



Ministerio
**de Salud
Pública**

2020

Diseño institucional de las direcciones departamentales de Salud. Descripción y análisis

Compromiso de Gestión 2020
Dirección General de Coordinación
Noviembre 2020

Equipo DIGECOOR – MSP



msp.gub.uy



Ministerio
de Salud
Pública

Montevideo, lunes 30 de noviembre de 2020

Dirección General de Secretaría

Equipo de Compromiso de Gestión

A quien corresponda:

Por medio de la presente me dirijo a usted para comunicarle mi aval al documento "Diseño institucional de las direcciones departamentales de Salud. Descripción y análisis" referente al Compromiso de Gestión 2020 de la Dirección General de Coordinación.

Sin otro particular saluda atentamente,



Dra Karina Rando

Directora General de Coordinación.



Diseño institucional de las direcciones departamentales de Salud. Descripción y análisis

Ministerio de Salud Pública

Dr. Daniel Salinas

Ministro de Salud Pública

Lic. José Luis Satdjian

Subsecretario

Gustavo Cardoso Muñoz

Director general de Secretaría

Dirección General de Coordinación

Dra. Karina Rando

Directora general de Coordinación



Ministerio
de Salud
Pública

Elaboración del informe

Equipo DIGECOOR (orden alfabético)

Graciela Almeda, Alejandra Arrarte, William Baptista, Martín Bazzino, Robert Berrospe, Óscar Garateguy, Diego Langone, Sandra Moresino, Geraldine Oronoz, Iliana Pedemonte, Ileana Poloni, , Karenn Sessa, Diego Soria, Aníbal Trujillo, Jessica Vega, Graciela Zunino.

Coordinación general de equipo: Diego Langone

Coordinación de subequipos: Sandra Moresino, Ileana Poloni, Diego Soria

Revisión y elaboración de marco teórico: Diego Langone, Diego Soria.

Diseño de herramientas, recolección y sistematización de datos sobre normativa: Graciela Almeda, Robert Berrospe, Óscar Garateguy, Diego Soria, Sandra Moresino, Ileana Poloni.

Diseño de herramientas, recolección y sistematización de datos sobre recursos humanos: Sandra Moresino, Karenn Sessa, Graciela Zunino, Diego Langone.

Diseño de herramientas, recolección y sistematización de datos sobre recursos materiales:

Graciela Almeda, Sandra Moresino, Geraldine Oronoz, Iliana Pedemonte, Óscar Garateguy.

Elaboración capítulo sobre complementación: Robert Berrospe, Sandra Moresino, Jessica Vega.

Conclusiones y recomendaciones: Diego Soria, Diego Langone.

Edición de anexos: Sandra Moresino.

Edición y revisión: Diego Soria, Sandra Moresino, Diego Langone, Karina Rando.



Listado de siglas y acrónimos

ANEP. Administración Nacional de Educación Pública

ANTEL. Administración Nacional de Telecomunicaciones

ASSE. Administración de los Servicios de Salud del Estado

BPS. Banco de Previsión Social

CAIF. Centro de Atención a la Infancia y la Familia

CCA. Consejo Consultivo Asesor

CECOED. Centro Coordinador de Emergencias Departamental

CDE. Comité Departamental de Emergencias

CES. Consejo de Educación Secundaria

CEV. Certificado Esquema de Vacunación

COTRYBA. Comisión de Tenencia Responsable y Bienestar Animal

DDS. Dirección Departamental de Salud

DIGECOOR. Dirección General de Coordinación

DIGESA. Dirección General de la Salud

DIGESE. Dirección General de Secretaría

EIC. Equipamiento Informático Completo

ELEPEM. Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores

ENAP. Escuela Nacional de la Administración Pública

Fabs. Frecuencia absoluta

FEMI. Federación Médica del Interior

FEPREMI. Federación de Prestadores Médicos del Interior

FESP. Funciones Esenciales de Salud Pública

Frel. Frecuencia relativa

GRP. Government Resource Planning (Sistema Integral de Gestión)

INAU. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INDA. Instituto Nacional de Alimentación



INE. Instituto Nacional de Estadística

JDD. Junta Departamental de Drogas

JUDESA. Junta Departamental de Salud

JLD. Junta Local de Drogas

JULOSA. Junta Local de Salud

JUNASA. Junta Nacional de Salud

LUC. Ley de Urgente Consideración

MEC. Ministerio de Educación y Cultura

MIDES. Ministerio de Desarrollo Social

MSP. Ministerio de Salud Pública

MVOTMA. Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente

OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud

POA. Plan Operativo Anual

ReNAC. Registro Nacional de Animales de Compañía

RePES. Registro Nacional de Prestadores de Servicios

RRHH. Recursos humanos

RRMM. Recursos materiales

SGH. Sistema de Gestión Humana

SG-DEVISA. Sistema de Gestión del Departamento de Vigilancia en Salud

SINAE. Sistema Nacional de Emergencia

SNIS. Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS. Seguro Nacional de Salud

TOFUP. Texto Ordenado de Normas sobre Funcionarios Públicos

UCC. Uruguay Crece Contigo

UDELAR. Universidad de la República

UDT. Unidad de Descentralización Territorial

UE. Unidad Ejecutora



ULOSEV. Unidad Local de Seguridad Vial

UNASEV. Unidad Nacional de Seguridad Vial

Índice de cuadros, figuras, gráficos y tablas

Texto central del informe

Cuadros

Cuadro 3.1. Direcciones departamentales de Salud. Normativa por año, tipo, vínculo y contenido.

Cuadro 3.2. Direcciones departamentales de Salud. Normativa indirecta por ámbito, rol, tipo y fuente.

Cuadro 3.3. Direcciones departamentales de Salud. Ámbitos de participación, rol, normativa y fuente.

Cuadro 5.1. Evolución del estado de los activos. Período 2018-2020. Set. 2020.

Cuadro 5.2. Evolución del estado de activos en las DDS. Período 2018-2020. Set. 2020.

Cuadro 5.3. DDS. Relación mobiliario necesario y tareas. Set. 2020.

Cuadro 5.4. DDS y sedes según situación patrimonial. Set. 2020.

Figuras

Figura 2.1. Representación del marco de análisis para el diseño institucional de las DDS.

Gráficos

Gráfico 4.1. Distribución de RRHH en DDS. Frecuencias absoluta y relativa. Set. 2020.

Gráfico 4.2. RRHH DDS. Distribución según tramos de edad en años. Set. 2020.

Gráfico 4.3. Distribución de respuestas según tareas (%). N=150.

Gráfico 4.4. Distribución de grupos de tareas según formación (estudios terciarios). Frec. relativa. Set. 2020.

Tablas

Tabla 4.1. RRHH DIGECOOR por DDS. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla 4.2. Sexo por DDS. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Paridad. Set. 2020.

Tabla 4.3. Distribución de RRHH DDS por generaciones y sexo. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Tabla 4.4. RRHH por DDS, generación y sexo, paridad y capacidades intergeneracionales. Set.2020.

Tabla 4.5. RRHH DDS. Vínculo contractual. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla 4.6. RRHH DDS. Distribución por DDS, tipo de vínculo contractual. Frecuencia relativa por DDS. Set. 2020.

Tabla 1.7. RRHH DDS. Período de ingreso al MSP. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020

Tabla 4.8. RRHH DDS según período de ingreso MSP. Frecuencia absoluta y relativa. Set. 2020.

- Tabla 4.9. RRHH DDS. Carga horaria. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.
- Tabla 4.10. RRHH DDS. Carga horaria semanal por DDS. Set.2020.
- Tabla 4.11. RRHH DDS. Escalafón y grado. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.
- Tabla 4.12. RRHH presupuestados según categorías de grado y período de ingreso al MSP. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.
- Tabla 4.13. Cantidad de RRHH presupuestados por DDS, escalafón y grado. Set. 2020.
- Tabla 4.14. Cantidad RRHH por DDS y categorías escalafonarias. Set. 2020.
- Tabla 4.15. RRHH DDS. Grado de avance educativo. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.
- Tabla 4.16. RRHH DDS. Formación por DDS y por máximo nivel alcanzado. Set. 2020.
- Tabla 2 RRHH DDS. Máximo nivel educativo alcanzado y categorías escalafonarias. Set. 2020.
- Tabla 4.18. RRHH DDS por título de grado universitario y categorías de profesionalización. Set. 2020
- Tabla 4.19. Cursos de educación técnica según áreas de conocimiento por DDS. Set. 2020.
- Tabla 4.20. RRHH DDS. Distribución por habilidades y destrezas específicas requeridas para el trabajo en el MSP. Set. 2020.
- Tabla 4.21. RRHH DDS. Distribución por áreas de trabajo. Set. 2020
- Tabla 4.22. RRHH DDS. Distribución por DDS y áreas de trabajo. Frecuencia absoluta y relativa. Set.2020.
- Tabla 4.23. RRHH DDS. Distribución de tareas en general. Frecuencia relativa. Set. 2020.
- Tabla 4.24. RRHH DDS. Grupos de tareas por DDS. Frecuencia relativa. Set. 2020.
- Tabla 4.25. RRHH DDS. Distribución de tareas según formación (estudios terciarios). Frecuencia relativa. Set. 2020.
- Tabla 4.26. Cooperativas sociales y servicios de limpieza por DDS y horas semanales por actividad principal. Set. 2020.
- Tabla 4.27. Cooperativas sociales por DDS y tareas. Set. 2020.
- Tabla 5.1. Equipos informáticos disponibles en las DDS. Cantidades, estado y utilidad actual. Set. 2020.
- Tabla 5.2. DDS. Cantidad de equipos informáticos completos (EIC) y relación con RRHH. Set. 2020.
- Tabla 5.3. DDS. Impresoras disponibles. Cantidades, estado y utilidad actual. Set. 2020.
- Tabla 5.4. DDS. Vehículos por DDS según propiedad y utilización. Set. 2020.

Anexo 2: Recursos humanos

Gráficos

Gráfico Anexo 2.1. RRHH DIGECOOR. Distribución por sexo. Set. 2020.

Gráfico Anexo 2.2. RRHH DIGECOOR. DDS. Distribución por sexo. Set. 2020.

Gráfico Anexo 2.3. RRHH DDS. Distribución por generación y sexo. Set. 2020.

Gráfico Anexo 2.4. RRHH DDS. Grado de avance en educación media según DDS. Set. 2020.

Gráfico Anexo 2.5. RRHH DDS. Distribución por realización de estudios terciarios. Set. 2020.

Gráfico Anexo 2.6. RRHH DDS. Distribución por continuación de estudios terciarios. Set. 2020.

Gráfico Anexo 2.7. RRHH DDS. Total de títulos de grado por institución y por DDS. Set. 2020.

Tablas

Tabla Anexo 2.1. RRHH DIGECOOR por DDS y equipo central. Frecuencia absoluta y relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.2. Distribución por sexo. Recursos humanos DIGECOOR por unidad organizativa y equipo central. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.3. Distribución por sexo. Recursos humanos DIGECOOR (sólo DDS). Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.4. RRHH DDS. Vínculo contractual por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.5. RRHH DDS. Escalafón y grado por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.6. RRHH DDS en comisión entrante y procedencia. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.7. RRHH DDS. Educación media y grados de avance por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.8. Tabla Anexo 2.8. RRHH DDS. Orientación en la educación media. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.9. RRHH DDS. Enseñanza terciaria por institución y por cantidad de estados de avance. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.10. RRHH DDS. Enseñanza terciaria (finalizada, en curso y no terminada). Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.11. RRHH DDS. Avance por institución Udelar y por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.12. RRHH DDS. Avance por institución UTEC y por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.13. RRHH DDS. Avance por institución Univ. privada y DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.14. RRHH DDS. Avance por institución Centros de formación docente y por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.15. RRHH DDS. Avance por institución enseñanza terciaria no universitaria y por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.16. Títulos de enseñanza terciaria por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.17. RRHH DDS. Comparativo personas con enseñanza terciaria y cantidad de títulos de grado. Set.2020.

Tabla Anexo 2.18. RRHH DDS. Carreras de grado. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set.2020.

Tabla Anexo 2.19. RRHH DDS. Carreras de grado por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.20. RRHH DDS. Estudios de posgrado (cursando, finalizado, no finalizado). Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.21. Número de RRHH DDS por número de estudios de especialización o diplomatura finalizados. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.22. Tabla Anexo 2.22. RRHH DDS por número de estudios de maestría. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.23. Número de especializaciones o diplomaturas, maestrías y doctorados por nombre del posgrado y DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.24. RRHH DDS. Número de cursos de educación técnica por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.25. RRHH DDS. Número de cursos por orientación, hasta 3 y más de 3, por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.26. RRHH DDS. N.º de personas por áreas de experiencia. Frec. relativa por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.27. RRHH DDS. Distribución por habilidades y destrezas. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.28. RRHH DDS. Distribución de habilidades y destrezas por DDS. Frecuencia relativa por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.29. RRHH DDS. Distribución de tareas por DDS. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.30. RRHH DDS. Distribución de tareas por DDS. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.31. RRHH DDS. Distribución tareas según departamento. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.32. RRHH DDS. Distribución de Grupos por DDS. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.33. RRHH DDS. Distribución de tareas por DDS. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.34. RRHH DDS. Distribución de tareas según sus estudios. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.35. RRHH DDS. Distribución de tareas según sus estudios. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.36. RRHH DDS. Distribución de tareas según sus estudios. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.37. RRHH DDS. Distribución de Grupos según sus estudios. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Tabla 4 RRHH DDS. Distribución de grupos de tareas según categorías de formación. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Tabla Anexo 2.39. RRHH DDS. Distribución de Grupos según sus estudios. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Anexo 3: Recursos materiales

Cuadros

Cuadro 3.1. Distribución mobiliaria según RRHH y por DDS. Set. 2020.

Cuadro 3.2. Resumen. Distribución de mobiliario-RRHH. Set. 2020.

Cuadro 3.3. Recursos en desuso factibles de redistribuir por DDS. Set. 2020.

Cuadro 3.4. Resumen de activos factibles de reubicar y estado. Set. 2020.

Cuadro 3.5. Sedes de las DDS. Variables y descripción. Set. 2020.

Tablas

Tabla Anexo 3.1. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Artigas.

Tabla Anexo 3.2. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Canelones-Ciudad de la Costa.

Tabla Anexo 3.3. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Canelones-Las Piedras.

Tabla Anexo 3.4. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Cerro Largo.

Tabla Anexo 3.5. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Colonia.

Tabla Anexo 3.6. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Durazno.

Tabla Anexo 3.7. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Flores.

Tabla Anexo 3.8. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Florida.

Tabla Anexo 3.9. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Lavalleja.

Tabla Anexo 3.10. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Maldonado.

Tabla Anexo 3.11. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Montevideo.

Tabla Anexo 3.12. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Paysandú.

Tabla Anexo 3.13. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Río Negro.

Tabla Anexo 3.14. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Rivera.

Tabla Anexo 3.15. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Rocha.

Tabla Anexo 3.16. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Salto.

Tabla Anexo 3.17. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. San José.

Tabla Anexo 3.18. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Soriano.

Tabla Anexo 3.19. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Tacuarembó.

Tabla Anexo 3.20. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Treinta y Tres.

Tabla Anexo 3.21. Activos. Resumen evolución del estado en el período 2018-2020. DDS.

Tabla Anexo 3.22. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Artigas.

Tabla Anexo 3.23. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Canelones-C. de la Costa.

Tabla Anexo 3.24. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Canelones-Las Piedras.

Tabla Anexo 3.25. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Cerro Largo.

Tabla Anexo 3.26. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Colonia.

Tabla Anexo 3.27. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Durazno.

Tabla Anexo 3.28. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Flores.

Tabla Anexo 3.29. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Florida.

Tabla Anexo 3.30. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Lavalleja.

Tabla Anexo 3.31. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Maldonado.

Tabla Anexo 3.32. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Montevideo.

Tabla Anexo 3.33. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Paysandú.

Tabla Anexo 3.34. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Río Negro.

Tabla Anexo 3.35. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Rivera.

Tabla Anexo 3.36. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Rocha.

Tabla Anexo 3.37. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Salto.

Tabla Anexo 3.38. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. San José.

Tabla Anexo 3.39. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Soriano.

Tabla Anexo 3.40. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Tacuarembó.

Tabla Anexo 3.41. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Treinta y Tres.

Tabla Anexo 3.42. Activos. Resumen variación –aumento o disminución- en el período 2018-2020.

Tabla Anexo 3.43. Número de equipos y porcentaje en buen estado y en uso por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 3.44. Número de impresoras y porcentaje en buen estado y en uso, por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 3.45. Relación equipos informáticos-RRHH por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 3.46. Relación cantidad de impresoras-RRHH por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 3.47. Número de vehículos por DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 3.48. Kilometraje total de los vehículos de las DDS. Set. 2020.

Tabla Anexo 3.49. Kilometraje total de los vehículos utilizados por ASSE. Set. 2020.

Tabla Anexo 3.50. Relación entre personas que manejan vehículos y llaves electrónicas. Set. 2020.

Tabla Anexo 3.51. Choferes y quienes



manejan, pero no son choferes. Set. 2020.

Contenido

Listado de siglas y acrónimos	5
Índice de cuadros, figuras, gráficos y tablas	8
Texto central del informe.....	8
Anexo 2: Recursos humanos	9
Anexo 3: Recursos materiales	11
Resumen ejecutivo	19
Introducción	21
Capítulo 1. Marco general.....	24
1.1. Del contexto	24
1.2. Delimitación del problema. Objetivos.....	27
1.2.1. Aclaración sobre la propuesta de trabajo	27
1.2.2. Objetivo general del informe	28
1.2.3. Objetivos específicos.....	28
Capítulo 2. Marco de análisis	29
2.1. ¿Qué son las políticas públicas?	29
2.2. Políticas públicas, organizaciones, instituciones y capacidades estatales	31
2.3. ¿Capacidades para qué? La rectoría en salud	34
2.3.1. Dimensiones de responsabilidad exclusiva	36
2.3.2. Dimensiones de la rectoría de responsabilidad compartida.....	38
Capítulo 3. Descripción de los antecedentes normativos y normativa vigente.....	40
3.1. Creación de las DDS. Antecedentes y actualidad.....	40
3.2. Mapa de relaciones ministerial, institucionales y sectoriales.....	44
3.2.1. Vínculos permanentes de las DDS con los actores departamentales	44



3.2.2. Descripción de la normativa sobre la inter-institucionalidad y sectorialidad.....	46
3.2.3. La coordinación intraministerial. Tareas y funciones que las DDS desarrollan en el territorio.....	50
3.2.4. ¿Las DDS desarrollan todas las tareas que realiza la autoridad sanitaria a nivel nacional?	54
Capítulo 4. Descripción del funcionamiento y estructura organizativa de las direcciones departamentales de Salud. Recursos humanos.....	55
4.1. Presentación de datos y análisis	55
4.1.1. Sexo y género	57
4.1.2. Generaciones.....	59
4.1.3. Vínculo contractual	65
4.1.4. Experiencia y antigüedad en el cargo.....	68
4.1.5. Carga horaria	73
4.1.6. La carrera administrativa: escalafones y grados.....	75
4.1.7. Formación.....	80
4.1.8. Habilidades y destrezas.....	85
4.1.9. Áreas en las que se desarrollan tareas.....	86
4.1.10. Principales tareas que cumplen las DDS	89
4.1.11. Cooperativas sociales	97
Capítulo 5. Descripción del funcionamiento y estructura organizativa de las direcciones departamentales de Salud. Recursos materiales, equipamiento informático, flota vehicular y sedes.....	104
5.1. Presentación de datos y análisis	104
5.1.1. Estado y cantidad de los activos materiales de las DDS.....	104
5.1.2. Equipamiento informático	106
5.1.3. Flota vehicular	109



5.1.4. Sedes	111
Capítulo 6. Procedimientos técnicos de la Dirección General de Coordinación.....	113
Acuerdos de complementación, coordinación y otras figuras contractuales.....	114
6.1. Definiciones operativas.....	114
6.1.1. Sistemas de salud	114
6.1.2. Complementación	115
6.1.3. Principales normas que regulan la complementación en marco del Sistema Nacional Integrado de Salud	119
6.1.4. Modalidades que pueden tomar los acuerdos entre los prestadores de salud.....	120
6.2. Proceso actual de elaboración, validación y firma de acuerdos.....	122
6.2.1. Oportunidades de mejora	123
Conclusiones preliminares y recomendaciones.....	125
Conclusiones preliminares	125
Recursos institucionales.....	125
Recursos humanos	127
Recursos materiales	129
Recomendaciones	131
Referencias bibliográficas	133
Normativa consultada.....	136
Anexo 1: Recopilación jurídica y descripción de espacios de participación inter-institucional y sectorial.....	141
Recopilación jurídica	141
Descripción de la normativa sobre la interinstitucionalidad e intersectorialidad	150
Otras funciones reguladas de las DDS. Competencias en materia de vigilancia en salud	166
Anexo 2: Recursos humanos	168



Ficha técnica.....	168
Formulario Perfil de Recursos Humanos de la Dirección General de Coordinación	173
Escalafones.....	194
Complemento de la presentación y análisis de datos.....	196
Anexo 3: Recursos materiales	237
Ficha técnica.....	237
Complemento de la presentación y análisis de datos.....	240
Anexo 4: Sobre la complementación de servicios.....	269
Modelo de acuerdo entre prestadores de salud.....	269
Flujograma propuesto para los acuerdos (colaboración, coordinación, complementación)	273

Resumen ejecutivo

El presente informe resume los principales resultados del análisis del rol que cumplen las direcciones departamentales de Salud (DDS), su forma de gestión y de ejercicio de la rectoría a nivel departamental e identifica recomendaciones para su fortalecimiento. Se detalla el diseño institucional actual de las DDS, incluyendo el análisis del funcionamiento, descripción de las competencias y de la estructura organizativa. Se trata de una primera aproximación en el marco de una iniciativa más amplia para profundizar el fortalecimiento institucional de las unidades encargadas de llevar la política de salud al territorio y colaborar en el liderazgo efectivo del MSP en sus funciones de rectoría, conducción y vigilancia del Sistema Nacional Integrado de Salud. El marco de análisis se nutre de una perspectiva de corte institucionalista ya que se entiende que las estructuras institucionales y organizacionales influyen en los procesos y resultados de las políticas públicas. Las iniciativas de los actores están mediadas por las pautas de conducta definidas en el entorno social, y por la asignación y distribución de roles, competencias, funciones y capacidades. El concepto de capacidades estatales, entendido como habilidad para tomar decisiones autónomas en busca de alcanzar los objetivos organizacionales y su operacionalización, en las dimensiones técnico-administrativa y política ocupan un rol central en el análisis.

Respecto de la dimensión técnico-administrativa se observa en las DDS un proceso de fortalecimiento institucional constante en el mediano plazo con distintas velocidades en función del período estudiado. No obstante, persisten algunas debilidades en su estructura y funcionamiento. En este sentido, se debe destacar la ausencia de una estructura organizacional con competencias y funciones definidas y de una clara división interna del trabajo.

El análisis de los recursos humanos arroja resultados preliminares positivos. En efecto, las DDS tienen recursos humanos calificados que a grandes rasgos implementan la política de salud en el territorio de forma competente y eficiente. También se observa una tendencia meritocrática en la división de las tareas en un contexto de escasa

división del trabajo interno. Sin embargo, es necesario destacar que existe una gran dispersión entre las DDS respecto a la dotación, nivel de formación, carga horaria de trabajo y formas de contratación de sus recursos humanos. Estas disparidades presumiblemente se reflejen en resultados dispares de las políticas sanitarias y el cumplimiento del rol rector en el territorio. Por otra parte, es necesario complementar el análisis con información que incluya datos comparativos de otras unidades organizativas territoriales del Gobierno Central y de otros casos similares de descentralización administrativa.

Con referencia a la utilización de los recursos materiales se debe mencionar el alto grado de formalidad del sistema dado los diversos sistemas de información que monitorean su estado y cantidad. Se observa una adecuación de los recursos materiales para el cumplimiento de las competencias asignadas, junto con algunos casos de DDS con déficit en algunas de las dimensiones analizadas, como mobiliario, equipamiento informático, flota vehicular y sedes.

Se recomienda avanzar en tres vías complementarias de trabajo: profundizar el análisis iniciado, crear un grupo de trabajo interno coordinado por la DIGECOOR, que estudie y realice propuestas respecto de algunas dimensiones referentes a la estructura institucional del Ministerio de Salud Pública que impacta en la implementación de la política de salud en el territorio y, a nivel ministerial evaluar la posibilidad de implementar una serie de medidas para fortalecer el funcionamiento de las DDS.

Introducción

El presente documento pretende ser un disparador de la discusión en torno al desarrollo institucional de las direcciones departamentales de Salud en tanto unidades de trabajo territoriales del MSP. El estudio se aboca a la cuestión de las funciones desarrolladas por el MSP en el territorio para un eficiente cumplimiento de la rectoría en salud a nivel nacional y en particular por departamento.

El propósito de este estudio es estudiar el rol que cumplen las direcciones departamentales de Salud (DDS), su forma de gestión y de ejercicio de la rectoría a nivel departamental, e identificar recomendaciones para su fortalecimiento. Contiene una descripción detallada del diseño institucional actual de las direcciones departamentales de Salud (DDS) ordenada en función de la normativa que les da origen, sustento, funcionamiento y competencias, de la estructura organizativa tanto de los recursos humanos como de los recursos materiales, y de los sistemas relacionales que establecen las DDS en el marco del trabajo intersectorial e interinstitucional. A la vez se analizan las dimensiones más relevantes para el diseño institucional con el fin de hacer recomendaciones y propuestas. Si bien estas se exponen al final junto con conclusiones preliminares, se trata de la primera parte de un trabajo de más largo aliento para contribuir al fortalecimiento institucional de las unidades encargadas de llevar la política de salud al territorio y colaborar en el liderazgo efectivo del MSP en sus funciones de rectoría, conducción y vigilancia del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el capítulo 1 se delimita el contexto del estudio con la definición del problema de estudio, el objetivo general y los objetivos específicos. El objetivo general es estudiar el rol que cumplen las DDS, su forma de gestión y de ejercicio de la rectoría a nivel departamental, e identificar recomendaciones para su fortalecimiento.

En el capítulo 2 se presenta el marco de análisis. Se desarrollan conceptos y herramientas: políticas públicas, organización y organizaciones, instituciones y marco institucional y sus reglas y las capacidades estatales y la rectoría en salud como cometido del MSP y las capacidades que implica.

El capítulo 3 recolecta la normativa y los procesos administrativos y técnicos en los que las DDS están insertos. La descripción de estos colabora en delinear los arreglos organizacionales y establecen una guía para esclarecer las funciones y tareas de las DDS. Se recorre un camino desde los antecedentes a la actualidad de las DDS en cuanto a la normativa relativa a su creación y desarrollo como unidad organizativa del MSP.

En el capítulo 4 se realiza una descripción detallada del diseño institucional actual de las DDS. Allí puede leerse los resultados de la sistematización y análisis de las herramientas diseñadas para la recolección de datos. La información sobre recursos humanos se obtuvo a partir de un formulario *on line* que recogió datos sobre formación, vínculo contractual y tareas que desarrollan las personas que trabajan las DDS.

En el capítulo 5 continúa la descripción de la estructura organizativa por medio de los recursos materiales (mobiliario, equipamiento informático, flota vehicular, sedes). También en este caso se diseñaron y desarrollaron herramientas específicas para la recolección de datos y luego para su presentación en relación con las capacidades estatales para cumplir con los objetivos de la unidad de trabajo.

En el capítulo 6, en el marco de los procedimientos técnicos de la DIGECOOR y de la complementación asistencial como prioridad en la gestión, se plantea un marco de definiciones y análisis para los acuerdos de complementación, coordinación y otras figuras contractuales.

Se presentan recomendaciones sobre las dimensiones más relevantes del diseño institucional con el fin de hacer propuestas de mejora. Si bien estas se exponen al final junto con conclusiones preliminares, tal como se expresó anteriormente, se trata de la primera parte de un trabajo de más largo aliento para contribuir al fortalecimiento institucional de las unidades encargadas de llevar la política de salud al territorio y colaborar en el liderazgo efectivo del MSP en sus funciones de rectoría, conducción y vigilancia del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Se han incluido cuatro anexos con información ampliatoria y/o de profundización sobre cada uno de los puntos tratados en el cuerpo central del informe.

Este documento cristaliza el compromiso de gestión que se planteó la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) para el año 2020. Su elaboración requirió de la participación y



dedicación de todo el equipo de la DIGECOOR, que trabajó en régimen de grupos y subgrupos conciliando esta tarea con las habituales y las propias del contexto de emergencia sanitaria, y diseñó e implementó diversas herramientas para la recolección y sistematización de datos.

Capítulo 1. Marco general

1.1. Del contexto

La constante evolución y creciente complejidad del sector salud replantea la importancia de fortalecer el marco político e institucional en el cual se definen e implementan las políticas públicas que enmarcan este proceso. En las últimas décadas, en Uruguay, se han creado nuevos mecanismos de implementación de la política de salud cuyo diseño implicó transformaciones institucionales. Dichas innovaciones –mediante las cuales se modificó la estructura existente y se generó una nueva configuración de relaciones intergubernamentales y gobernanza en el sector salud– dieron lugar, entre otros aspectos, al fortalecimiento de las entidades territoriales del MSP.

La creación de la DIGECOOR en 2016 supuso un impulso a estos cambios en términos institucionales y políticos y permitió la profundización del rol de coordinación y rectoría por parte de la autoridad sanitaria. El gobierno que asume en marzo de 2020 se propuso ser más eficiente “en la complementación de las coordinaciones departamentales y en la integración verdadera de los efectores de salud el terreno”,¹ con la DIGECOOR como instrumento para tal fin. Sin embargo, persisten múltiples desafíos para la profundización de estos cambios. A modo de ejemplo se puede hacer referencia a la necesidad de fortalecer las capacidades políticas y administrativas orientadas hacia la regulación de los servicios de salud en un entorno complejo y heterogéneo con particularidades propias según las diferentes regiones del país, lo que torna aún más difícil la actuación de las DDS y de la DIGECOOR.

La DIGECOOR tiene entre sus cometidos: A) Impulsar una gestión coordinada entre las diversas dependencias del Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional, regional, departamental y local. B) Lograr un trabajo coordinado y de complementación de servicios entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. C) Contribuir al desarrollo de una estrategia de trabajo que favorezca el funcionamiento armónico del Inciso en el vínculo con los demás actores institucionales o sociales que componen el Sistema Nacional Integrado de Salud, así como la formulación de una estrategia acorde a tales fines. D) Supervisar las Direcciones Departamentales de Salud (Artículo 140, ley n.º 19.535, 3 de octubre de 2017).

Por tanto, de cara a la mejora de las intervenciones públicas en esta área de políticas, se entiende imprescindible la evaluación del desarrollo institucional y de los mecanismos de intervención territorial para valorar su eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los objetivos designados en un marco que registre la temporalidad de las acciones. De este modo, se considera necesario elaborar un análisis de la estructura, del funcionamiento actual y mecanismos de intervención de las direcciones departamentales de Salud que, entre otras cosas, dé cuenta de las fortalezas y debilidades del proceso de reforma en esta área, y proponga vías para avanzar en su desarrollo institucional.

Las DDS requieren del desarrollo de capacidades estatales acorde a los nuevos desafíos sanitarios en un contexto de cambio permanente y participación creciente de la ciudadanía, los grupos corporativos y la sociedad civil. Por ello, el papel del aparato central del MSP y del sistema de relaciones intergubernamentales que lo vinculan con los niveles inferiores constituye un marco institucional relevante para pensar y generar las capacidades necesarias de las DDS en tanto nivel territorial donde se implementa la política sanitaria. Esto implica entre otros asuntos el estudio de los aspectos comunes, facilitadores e inhibidores de capacidades de las DDS. Fortalecer la coordinación entre los distintos niveles de gestión intraministeriales para la implementación de la política de salud a nivel territorial implica administrar y evaluar las relaciones de las DDS con las dependencias del MSP del nivel central. En este sentido, es relevante evaluar las capacidades del ministerio en su conjunto para asumir su agenda, tanto en lo que refiere a las relaciones con dependencias que se posicionan en escala jerárquica respecto de las DDS (DIGECOOR, Ministro), como en las que aun no teniendo una relación jerárquica directa con las DDS de alguna manera influyen y son influidas en su labor.

También es importante, siguiendo a Peter Evans (1996), evaluar la coordinación entre las capacidades estatales propias de las DDS y su entorno. De esta forma, se entiende que las intervenciones públicas se facilitan si la burocracia estatal se relaciona y puede ganarse el apoyo y cooperación de los actores del sector sin perder la capacidad de expresar sus preferencias de forma autónoma.² En nuestro caso, los actores relevantes pueden ser

² Evans utiliza el término *autonomía enraizada* (*embedded autonomy*) para referirse a los cuerpos de funcionarios estatales donde predominan la coherencia y autonomía corporativa *weberiana* junto con la capacidad de enraizamiento social. Esto último se logra mediante la cooperación y la creación de un

instituciones del sector público, organizaciones no gubernamentales, gremios, efectores de salud o trabajadores que desarrollan sus actividades en la jurisdicción territorial de una dirección departamental de Salud.

Otro aspecto a incluir en el análisis de los dispositivos territoriales del MSP es el relativo al *contexto institucional*, que incluye el marco normativo y las pautas de conducta *informales*³ que enmarcan las acciones de las direcciones departamentales de Salud incluyendo la distribución de los recursos que manejan, las atribuciones delegadas y la definición de competencias.

Finalmente, las capacidades internas de las DDS tanto desde el punto de vista administrativo como desde el político son dimensiones que deben ser incluidas en un análisis de estas características. Entre otros aspectos se hace referencia a las estructuras organizativas y a la definición de procedimientos administrativos y técnicos, a la posibilidad de incluir instrumentos de planificación estratégica en la gestión de la dirección, a las capacidades en materia edilicia y de recursos materiales y a las capacidades de los recursos humanos a cargo de las direcciones departamentales. Respecto a estas últimas dimensiones se debe subrayar la necesidad de analizar la probable heterogeneidad entre las DDS sobre la forma en que enfrentan sus cometidos en el marco de las competencias política y normativamente establecidas. Dicho análisis puede dar luz respecto de las asimetrías institucionales y organizativas de las DDS para afrontar los desafíos sanitarios a los cuales deben dar respuesta. Cabe acotar que la estructura organizacional interna es sumamente importante a fin de establecer qué unidades organizativas han de hacerse responsables del cumplimiento de las tareas. A veces, una misma tarea requiere el concurso de varias unidades en forma simultánea. Aquí se presenta la contracara de los problemas de nivel interinstitucional, pero en el plano intraorganizacional: es probable que la distribución de funciones no sea la óptima, o bien, que

conjunto de redes entre el sector público y los actores sociales del sector privado y –en su versión más amplia– la ciudadanía.

³ El término *informal* refiere a acuerdos y códigos de conducta usualmente no escritos o protocolizados. Este es el sentido que le da Douglass Cecil North (1990. p. 14) al término: “Las instituciones incluyen todo tipo de limitación que los humanos crean para dar forma a la interacción humana. ¿Son formales o informales las instituciones? Pueden ser una u otra cosa, pero yo estoy interesado tanto en limitaciones formales, por ejemplo, normas que idean los humanos, como en limitaciones informales, tales como acuerdos y códigos de conducta. Las instituciones pueden ser creadas como lo son las constituciones políticas de los Estados; o bien evolucionar simplemente a lo largo del tiempo, como evoluciona el derecho consuetudinario.”

la unidad responsable no exista formalmente (por ejemplo, que no tenga reflejo estructural y carezca de recursos). El relevamiento de estos hechos suministra indicadores sobre la situación organizativa interna.

En síntesis, este trabajo se propone analizar las direcciones departamentales de Salud las cuales son la estructura territorial de rectoría del MSP. Para ello se describirá el rol que cumplen, su forma de gestión y de ejercicio de la rectoría a nivel departamental, con la intención de proponer recomendaciones para su fortalecimiento.

1.2. Delimitación del problema. Objetivos

En aras de delimitar el problema objeto de este informe se plantean las siguientes preguntas problematizadoras y orientadoras:

¿Qué características se destacan en la estrategia de implementación territorial de la política de salud en términos organizativos y capacidad de coordinación?

¿Cuáles son las principales funciones y cometidos que tienen las DDS?

¿Qué distribución de competencias y capacidades decisorias existe entre el nivel central y el territorial? Y relacionado con esto, ¿cuál es el diseño institucional empleado?

1.2.1. Aclaración sobre la propuesta de trabajo

Este informe es parte de los compromisos de gestión 2020 de la Dirección General de Coordinación del Ministerio de Salud Pública. Todo el proceso de investigación –incluyendo la definición del marco de análisis, de las dimensiones y variables a estudiar, el diseño y desarrollo de herramientas para la recolección de datos, el relevamiento, organización y sistematización de los datos– fue realizado por el equipo de la DIGECOOR. Se ha dicho anteriormente que este informe es la primera etapa de un trabajo de más largo aliento. Debido a que la propia unidad ejecutora es parte del objeto de estudio, para evitar sesgos en las recomendaciones y conclusiones preliminares se entiende que para algunas dimensiones de análisis y relacionamientos entre variables habrá que prever una segunda etapa de la investigación donde estos sesgos sean controlados. De esta forma, es necesario externalizar el análisis de la interacción de la DIGECOOR con las DDS y de parte de la dimensión referente a las capacidades políticas de las DDS, así como también aspectos referentes al mecanismo de selección de directoras y directores departamentales, la formación, experiencia y competencias requeridas para estos cargos y su efecto en las capacidades de las DDS.

1.2.2. Objetivo general del informe

Se busca identificar el rol que cumplen las direcciones departamentales de Salud, su forma de gestión y de ejercicio de la rectoría a nivel departamental, a efectos de proponer recomendaciones para su fortalecimiento institucional.

1.2.3. Objetivos específicos

- Identificar, describir y sistematizar la normativa vigente.
- Describir y sistematizar las diferentes estructuras organizativas de las DDS.
- Realizar un análisis comparativo de las dimensiones de análisis más relevantes entre las DDS que puedan ser material para fortalecer el diseño institucional.
- Proponer líneas de acción para profundizar el estudio del diseño institucional de las DDS.

Capítulo 2. Marco de análisis

2.1. ¿Qué son las políticas públicas?

Un concepto que integra el objetivo general del informe que es necesario definir para el estudio de estos temas es el de política de salud como política pública. Se puede establecer una distinción del concepto de política (*politics*) del de políticas públicas (*policies*). El primero refiere al proceso y los procedimientos que delimitan las relaciones de poder y a la resolución pacífica de conflictos. Las políticas públicas (*policies*) son los *outputs* de las actividades políticas (*politics*) y comprenden el conjunto de decisiones y acciones relativas a la asignación imperativa de valores (das Graças Rua, 1997).

El concepto de política pública puede denotar diversos significados. Luis F. Aguilar Villanueva (1992) señala que puede ser entendida como un campo de acción gubernamental, un propósito general a realizar, una situación social deseada, una propuesta de acción específica, la normativa existente con respecto a determinado tema o problema, los objetivos y programas de un gobierno en un ámbito determinado, el modelo teórico, los resultados o el impacto de la actividad del gobierno, entre otros. Este autor identifica cuatro componentes comunes en las definiciones de políticas públicas: el institucional, el decisorio, el comportamental y el causal.⁴ El análisis de las políticas públicas no debe limitarse al estudio de las decisiones de los actores formalmente investidos con la facultad de tomar decisiones, sino que debe incluir el análisis de los posicionamientos y decisiones de los actores que tienen capacidad real de incidir en las diversas etapas del proceso de elaboración de la política y en los resultados de ese proceso.

⁴ En palabras de Aguilar Villanueva: “a) institucional, la política es elaborada o decidida por una autoridad formal legalmente constituida en el marco de su competencia y es colectivamente vinculante; b) decisorio, la política es un conjunto-secuencia de decisiones, relativas a la elección de fines y/o medios, de largo o corto alcance, en una situación específica y en respuesta a problemas y necesidades; c) comportamental, implica la acción o la inacción, hacer o no hacer nada; pero una política es, sobre todo, un curso de acción y no sólo una decisión singular; d) causal, son los productos de acciones que tienen efectos en el sistema político y social” (1992, pp. 23-24).

Este autor define la política pública como: “Reglamentos y programas gubernamentales, considerados individualmente o en su conjunto, esto es, los productos de las decisiones de autoridad de un sistema político. Puede tomar la forma de leyes, órdenes locales, juicios de corte, órdenes ejecutivas, decisiones administrativas y hasta acuerdos no escritos acerca de lo que se debe hacer” (1992, p. 24).

La política es, en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia, e) los hechos reales que la acción colectiva produce. (Aguilar Villanueva, 1992, p. 26)

Desde un punto de vista más restrictivo del concepto, Yves Meny y Jean-Claude Thoenig definen la política pública como:

... el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental (...) [Son] los actos y los “no actos comprometidos” de una autoridad pública frente a un problema o en un sector relevante de su competencia” (1992, p. 89). Tiene las siguientes características: un contenido, un programa, una orientación normativa, un factor de coerción, una competencia social (pp. 90-91).

El proceso de las políticas públicas se puede separar, analíticamente, en diversas etapas. En la etapa de formulación de la política la cuestión ingresa en agenda pública, se define el problema, los objetivos de la política y las actividades. En esta fase se pueden identificar distintas aproximaciones teóricas sobre el papel que debe jugar el análisis para la formulación de la política, que van desde el modelo lineal o racional-comprehensivo, que le confiere al análisis una importancia central, hasta el modelo incremental o transaccional, que se vale de la interacción y negociación en el proceso de elaboración de la política y utiliza el análisis táctica o casuísticamente (Aguilar Villanueva, 1992, p. 48). En la etapa de implementación se ejecuta la política.⁵ Dependiendo de las características del sistema político-institucional en el que se realizan las políticas estas pueden seguir una estrategia de implementación *top-down* (las autoridades políticas formulan la política, el ejecutor las pone en práctica tal como han sido definidas previamente) o *bottom-up* (la negociación, el juego político se extiende a las interacciones de los ejecutores y los actores que pueden influir en los resultados de la política) (Aguilar Villanueva, 1993; Meny y Thoenig, 1992).

⁵ Para Meny y Thoenig “la ejecución de una política pública se caracteriza por un conjunto de actividades individuales u organizativas que transforman conductas en el marco de un contexto prescriptivo establecido por una autoridad pública competente. Esta definición analítica da cuenta de dos facetas de la ejecución: una orientación normativa que incluye el cambio social y un sistema de acción compuesto normalmente por muchos actores. (...) La ejecución estructura un campo de acción en el que intervienen numerosos actores: los encargados formalmente de la ejecución (...) y otros actores más lejanos, en principio no afectados, pero que se movilizan porque la ejecución representa un desafío para ellos o para sus mandatarios”. (1992, pp. 168-171).

Meny y Thoenig (1992) definen la evaluación como “un juicio hecho sobre un dato con referencia a un valor”. La evaluación implica “la apreciación sistemática, sobre la base de métodos científicos, de la eficacia y de los efectos reales, previstos o no, buscados o no, de las políticas públicas”. Estos autores identifican cuatro ejes o aproximaciones a la evaluación: el estudio de los efectos o impactos de las intervenciones gubernamentales, el juicio sobre los objetivos de la política que implica valorar la relación de los objetivos con los resultados obtenidos, la innovación experimental que supone modificar la realidad social y utilizar la evaluación para proponer soluciones y, finalmente, la evaluación como actividad política lo que supone insertarla como parte del proceso de la política y como un problema de estudio.

2.2. Políticas públicas, organizaciones, instituciones y capacidades estatales

Las políticas públicas se desarrollan en organizaciones, las cuales pueden definirse como “grupos de individuos enlazados por alguna identidad común hacia ciertos objetivos” (North, 1990). Las actividades que realizan las organizaciones se producen dentro de un marco institucional. Las instituciones son todo tipo de limitación que las personas crean para enmarcar sus acciones –formales e informales–, lo cual reduce la incertidumbre estructurando las actividades diarias.

La estructura institucional y organizacional influye en los procesos y resultados de las políticas públicas pues las iniciativas de los actores están mediadas por las pautas de conducta definidas en el entorno social, y por la asignación y distribución de roles, competencias, funciones y capacidades dadas por el marco organizacional. En este punto se torna pertinente consultar, en primer término, a qué se hace referencia cuando se menciona la capacidad de un organismo gubernamental y, en segundo término, qué capacidades son necesarias para fortalecer y hacer más eficientes las iniciativas públicas.

Siguiendo a Enzo Completa se puede definir la capacidad estatal como:

... la habilidad real y potencial que deben poseer los estados y sus agencias específicas para articular intereses sectoriales, decidir un rumbo y tomar decisiones de manera autónoma, superando de manera exitosa las restricciones que plantea el entorno institucional, con el fin de alcanzar los objetivos organizacionales y de promover el bienestar general. (2017, p. 132)

De esta forma, se entiende la capacidad estatal como un concepto distinto al de desempeño o resultado. Por otra parte, la definición incluye el carácter relacional o político de la capacidad

estatal además del componente administrativo de carácter *weberiano*. Finalmente, esta enunciación al diferenciar entre habilidades reales y potenciales acerca el concepto de capacidades al de planificación estratégica, abre el espacio para el análisis de brechas y déficit de capacidades y permite el desarrollo de estrategias de fortalecimiento institucional (Completa, 2017, p. 131).

Pedro Narbondo, Conrado Ramos y Cristina Zurbriggen (2003) y Zurbriggen (2005) realizaron el ejercicio de operacionalización de las capacidades estatales para la administración central y las empresas públicas y para la gestión de la política comercial uruguaya. Para estos autores estas capacidades se constituyen a partir de tres tipos de recursos: i) recursos institucionales; ii) recursos materiales, iii) recursos humanos. Las diferentes formas de articulación de estos recursos les permiten a estos autores clasificarlas en tres tipos ideales de sistemas de capacidades estatales: i) burocrático-keynesiano de bienestar, ii) *new public management* de mercado, iii) participativo en redes. Estos tres tipos ideales pueden incluir en los casos concretos de estudio diversas combinaciones e incluso presentarse combinados con formas de patrimonialismo, clientelismo e informalidad. Sobre los tres tipos de recursos a partir de los cuales se constituyen las capacidades dicen estos autores:

[Los recursos institucionales] son el conjunto de reglas formales e informales que establecen qué organizaciones participan, así como su lógica de relacionamiento y acción inter- e intraorganizativo, tanto desde el punto de vista funcional como del punto de vista de las relaciones de conducción o coordinación, y de los mecanismos de participación que estén establecidos.⁶

⁶ En esta dimensión de análisis es necesario tener en cuenta: “a) los objetivos centrales del sistema organizativo encargado de la política en cuestión; b) los destinatarios de esa política; c) la división funcional del trabajo existente entre las distintas organizaciones, así como los mecanismos de coordinación y las formas de conducción predominantes (jerárquica, de red o de mercado. o una combinación de las mismas); d) la división funcional al interior de las organizaciones centrales; e) la estructura jerárquica al interior de las organizaciones centrales; f) la relación de las organizaciones centrales de la política de estudio con los órganos representativos del Estado; g) los mecanismos de *accountability* (política, jerárquica, legal y gerencial); h) los mecanismos de participación de los funcionarios y destinatarios de esas políticas” (Narbondo et al., 2003; Zurbriggen, 2005).

[Los recursos materiales] están constituidos por la cantidad, características técnicas y lógica de utilización de los instrumentos y bienes materiales disponibles por el conjunto de organizaciones y por cada organización componente del sistema institucional.⁷

[Los recursos humanos refieren a] la cantidad, calificación y orientaciones volitivas de los funcionarios o empleados del conjunto del sistema interorganizativo, su distribución entre las distintas organizaciones y, luego, más específicamente, a la cantidad de empleados en las organizaciones centrales y su distribución entre las distintas sub-unidades. El estudio de este sistema implica también el análisis del sistema de gestión de recursos humanos, así como de los grados de profesionalización y especialización para el cumplimiento de las tareas que se les encomienda.⁸

En este trabajo se entiende que las capacidades referidas por Narbondo et al. integran principalmente la dimensión administrativa. Respecto de la dimensión institucional, tal como luce en el primer objetivo específico, se hará referencia a las reglas formales que determinan las competencias de las direcciones departamentales de Salud, su relacionamiento con el casco central del MSP, la división interna del trabajo en cada dirección departamental y la cuantificación y cualificación de la participación en distintos ámbitos sectoriales e intersectoriales. Si bien las reglas informales pueden jugar un rol importante en el funcionamiento de la organización y se hará referencia a las que entendemos como más relevantes, por las razones especificadas en la sección sobre delimitación del problema se propondrá profundizar en su análisis en una etapa posterior. También se describirán: los principales procesos administrativos y determinados procesos técnicos que den cuenta de la lógica, y criterios de actuación de las direcciones departamentales de Salud y de la DIGECOOR;

⁷ En esta dimensión es importante evaluar los “a) Mecanismos obtención de recursos y distribución entre las distintas organizaciones (presupuestales, extrapresupuestales, venta de servicios, etc.). b) Cantidad de recursos de las organizaciones públicas centrales y del conjunto de las organizaciones de la gestión de la política estudiar. c) Adecuación técnica de los recursos disponibles y de su distribución. d) Mecanismos de contralor del gasto. e) Grado de formalidad del sistema. t) Consistencia o inconsistencia del sistema de recursos materiales y de su utilización” (Narbondo et al., 2003; Zurbriggen, 2005).

⁸ Es importante destacar en esta dimensión los siguientes aspectos: “a) Cantidad de funcionarios y empleados de las organizaciones públicas centrales y del conjunto de las organizaciones del sistema de acción de formulación e implementación de la política a estudiar. b) Régimen de relaciones laborales y articulación con los puestos de trabajo en las organizaciones públicas centrales y con menor nivel de detalle en las organizaciones públicas o privadas que forman parte del sistema. c) Tipos de relación entre políticos y funcionarios públicos. d) Capacidad técnica de los recursos humanos del sistema en general y con especial detalle de las organizaciones centrales. e) Grado de formalidad del sistema. f) Consistencia o inconsistencia del sistema” (Narbondo et al., 2003; Zurbriggen, 2005).

la dimensión, distribución y adecuación de los recursos materiales disponibles y su utilización en el cumplimiento de las competencias asignadas; la cantidad, formación y experiencia de los recursos humanos de las DDS, el tipo de vínculo que tienen con el Estado y la división del trabajo que existe en cada dirección departamental.

Como se dijo previamente, para tener un mapa completo de las capacidades de las DDS la descripción de la dimensión técnico-administrativa debe de ser complementada con el análisis de la dimensión política. En esta dimensión, coincidiendo con la definición realizada por Completa (2017), se destaca el aspecto relacional del accionar de las DDS. En este sentido, es importante analizar los ámbitos y canales de participación y relacionamiento con el entorno y las herramientas con que cuenta la DDS para cumplir con sus objetivos. Es importante analizar el tipo de liderazgo que tiene cada director y directora departamental, el estilo de conducción, el mecanismo de selección y el relacionamiento interno entre direcciones y personal de cada DDS. También es necesario analizar las capacidades de las DDS para participar en la formulación e implementación de la política (Narbondo et al., 2003) esto es, la distribución de los recursos de poder entre el centro y el territorio y en los territorios. Esto incluye las capacidades de conducción y coordinación de la DIGECOOR del trabajo de las DDS y los mecanismos de control (*accountability*) existentes en esa relación. En otro plano de clasificación también se entiende relevante analizar la utilización de mecanismos de planificación estratégica por parte de las DDS y la forma en la que se definen estos mecanismos. Se profundizará en el análisis de esta dimensión en otra etapa por los motivos ya expresados.

Si bien, la conceptualización de las capacidades de las DDS no necesariamente debe incluir la especificación de los fines o cometidos a los cuales esas capacidades deben atender, la especificación de las principales dimensiones de trabajo puede dar luz sobre las líneas de continuidad y cambios en sus competencias en un marco temporal, así como también, favorecer la interpelación de las tareas que cumplen estas direcciones actualmente con relación a la estructura institucional de la que disponen para tal fin.

2.3. ¿Capacidades para qué? La rectoría en salud

Respecto de los fines y cometidos para los que se requiere tener capacidad, con relación al objeto de estudio de este trabajo, se toma como punto de partida el concepto de rectoría en salud. La utilización de este concepto no busca invisibilizar las prioridades y posibles

modificaciones en el rumbo de la política sanitaria que cada gobierno realiza, sino facilitar un marco de análisis para evaluar tales cambios y continuidades. La capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria entre otros asuntos refiere a la posibilidad de planificación, ejecución de políticas y relacionamiento con los actores determinantes en las políticas públicas de salud (públicos y privados), la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. En términos más generales, es la capacidad del actor público para definir y hacer cumplir ciertos estándares y criterios entendidos como adecuados para el funcionamiento de un área de política.

Tomando la definición de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) se puede decir que

[la rectoría en salud es] el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno. Es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales. (2007, p. 6)

En 1997 los Estados miembro de la OPS/OMS definieron seis dimensiones de la función rectora contenidas en la Resolución CD40.R12 del 40° Consejo Directivo. La operacionalización del rol rector en salud implica identificar cuáles son las áreas de responsabilidad y las principales competencias que le corresponden a la autoridad sanitaria nacional. Las dimensiones se pueden ubicar tanto en el nivel central como en el departamental o local, incluso algunas de las funciones de las dimensiones pueden tener competencias en más de un nivel. Se dividen en tres dimensiones de competencia exclusiva del organismo rector y otras tres de responsabilidad compartida (Robles Guerrero, 2013; OPS/OMS, 1997 y 2007):⁹

⁹ En Uruguay, como Estado unitario y centralizado, donde las agencias del sistema de salud encargadas de las dimensiones básicas de la rectoría son dependientes del MSP, parece adecuado asimilar la noción de Autoridad Sanitaria Nacional a la del Ministerio de Salud Pública.

2.3.1. Dimensiones de responsabilidad exclusiva

Conducción sectorial. Comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la política nacional de salud. Implica articular los esfuerzos de los actores del sector para lograr a través de mecanismos participativos y la construcción de consensos, la movilización de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones propuestas.¹⁰ Formalmente, las DDS deben cumplir con los cometidos incluidos en esta función en su jurisdicción territorial. Las DDS actúan en representación del MSP en tanto rector y autoridad sanitaria en los espacios estatales convocados por otros órganos y por el propio MSP. La extensión, profundidad en su cumplimiento y herramientas disponibles para tal fin serán objeto de estudio de este informe.

Regulación y fiscalización. Dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud y garantiza su cumplimiento mediante la fiscalización y el control. El cumplimiento de esta función crea las bases normativas y para el desarrollo de las otras funciones rectoras.¹¹ El cumplimiento de esta función al igual que la anterior por parte de las DDS tiene relación con las competencias atribuidas, con la existencia de herramientas y mecanismos que facilitan su desarrollo y con las relaciones institucionales casco central del MSP-DDS.

¹⁰ Para desarrollar esta función la Autoridad Sanitaria necesita tener capacidad para: “Analizar la situación de salud, enfatizando la capacidad para recolectar y garantizar la disponibilidad y calidad de la información sanitaria. Definir prioridades y objetivos sanitarios, mediante diagnósticos de temas claves y de capacidad institucional para definir prioridades y objetivos nacionales de salud. Formular, diseminar, monitorear y evaluar estrategias, políticas, planes y programas de salud. Conducir, concertar, movilizar actores y recursos del sector. Promocionar la Salud, incluyendo el diseño y promoción de políticas de salud pública; y el fomento de la coordinación intersectorial. Asegurar la participación y control social en salud. Conducir y alinear la Cooperación Internacional en Salud a las prioridades y objetivos nacionales. Consolidar la participación política y técnica en organismos internacionales y subregionales. Garantizar la evaluación del desempeño del Sistema de Salud incluyendo la medición del logro de metas, de los recursos utilizados y de la eficiencia del sistema de salud” (OPS/OMS, 2007).

¹¹ El desarrollo de la función normativa requiere abarcar: “Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora. Fiscalización y control para hacer cumplir las regulaciones. Regulación y control de insumos médicos y tecnología sanitaria. Regulación y control de bienes y servicios. Regulación y control sanitario del medio ambiente. Regulación y certificación de recursos humanos en salud. Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y de estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios. Regulación y control del cumplimiento público y privado de los planes garantizados de prestaciones, asegurándose que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido por situaciones de riesgos etéreos o de patologías preexistentes” (OPS/OMS, 2007).

Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Este es el núcleo de funciones y responsabilidades propias de la autoridad sanitaria que aseguran la buena práctica de salud pública.¹² El desempeño de las FESP se relaciona con todas las otras dimensiones de la función rectora. Sin el ejercicio eficaz de la rectoría las FESP no pueden implementarse adecuadamente y sin el desempeño adecuado de las FESP los sistemas de salud no pueden alcanzar su meta máxima que es la salud de la población.

Las DDS desarrollan múltiples actividades en un abanico amplio de FESP. En este trabajo se buscará cuantificarlas y cualificarlas. A modo de ejemplo se pueden identificar algunas actividades que realizan las DDS en las siguientes dimensiones:

a. *Vigilancia epidemiológica (FESP 2)*. Refiere a toda actividad relacionada a la vigilancia epidemiológica, sea activa, atención a brotes, monitoreo, vectores, etcétera. Naturalmente muchas de estas actividades implican registro de información, por lo cual pueden estar en más de una dimensión. Ahora, por ser un tema tan sensible en materia de salud pública, es pertinente diferenciarlo y especificar todo lo que se hace en este tema.

b. Actividades en la dimensión *promoción y prevención de salud (FESP 2 y 3)*. Se trata de actividades tales como talleres sobre enfermedades no transmisibles o campañas de vacunación que gestiona, organiza y articula la DDS o aquellas en las que participa en forma total o parcial en el marco del trabajo de otras organizaciones (de la Comisión Nacional de Lucha contra el Cáncer, por ejemplo).

c. Actividades en la dimensión *comunicación social y relacionamiento con los medios de comunicación (principalmente FESP 1, 2, 3, 4 y 11)*. Se trata de aquellas actividades que implican la implementación territorial y colaboración en campañas de comunicación definidas por el MSP u otra institución estatal, y la previsión y planificación de actividades con los medios de comunicación tanto para brindar información (conferencias de prensa, por ejemplo)

¹²“FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud. FESP 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública. FESP 3. Promoción de la salud. FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud. FESP 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materias de la salud pública. FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud Pública. FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios. FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. FESP 9. Investigación en salud pública. FESP 10. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos. FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud”(OPS/OMS, 2002).

como para formar a los recursos locales en el manejo de determinados temas (por ejemplo, desayunos de trabajo con periodistas para el tratamiento de los intentos de autoeliminación).

d. Actividades en la dimensión *relevamiento y generación de información (principalmente FESP 1, 2, 3 y 7)*. Se trata de aquellas actividades de registro, control y sistematización de datos e información local a solicitud de la autoridad sanitaria o a iniciativa de la propia DDS para, por ejemplo, diagnósticos de salud, planes de acción departamentales en general, relevamientos de servicios de salud integrales o parciales, etcétera.

e. Actividades en la dimensión *promoción de la participación social (FESP 4)*. Esta dimensión implica actividades de participación de las DDS en los espacios previstos en el SNIS, en los que la propia DDS desee instalar y en aquellos instalados por la sociedad civil organizada y actores clave del territorio. Cabe recordar que las juntas departamentales de salud y las juntas locales de salud son convocadas por la DDS, y presididas por el director o directora departamental de Salud. En el Anexo 1 se relevan y describen los espacios de participación a nivel local en los que habitualmente participan las DDS.

2.3.2. Dimensiones de la rectoría de responsabilidad compartida

Modulación del financiamiento. Incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud. En esta dimensión del rol que cumplen las direcciones departamentales salud es la negociación con los prestadores de servicios de salud.

Garantía del aseguramiento. Focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población. Las direcciones departamentales tienen cometidos específicos referentes a garantizar el aseguramiento en su ámbito de jurisdicción, especialmente en materia de control del cumplimiento.

Armonización de la provisión. Es la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atención de la salud en forma equitativa y eficiente. Se puede asegurar la armonización y la complementariedad mediante la integración de las instituciones pertenecientes al sistema de redes de prestación de servicios de salud. El proceso de integración vertical refiere a la integración de diferentes niveles de complejidad, asegurando la coordinación entre atención primaria y los niveles más

especializados de la atención. La integración es horizontal cuando se refiere a instituciones de servicios de salud del mismo nivel de atención. La función rectora desempeña un papel importante de coordinación de las diferentes entidades que participan en la red, asegurando que la visión y meta de la red sea compartida por todos sus miembros (OPS/OMS, 2007).

Las direcciones departamentales de salud desempeñan cotidianamente actividades que impulsan la complementación asistencial, con la cadena de procesos asociados a esta: gestión y provisión de insumos para el diagnóstico de recursos instalados con base territorial, caracterización de la situación de salud con criterio territorial, análisis relacional de oferta de servicios y demandas de la población, planificación de opciones de desarrollo del sistema nacional integrado de salud según la escala territorial (local, departamental, regional), etcétera.

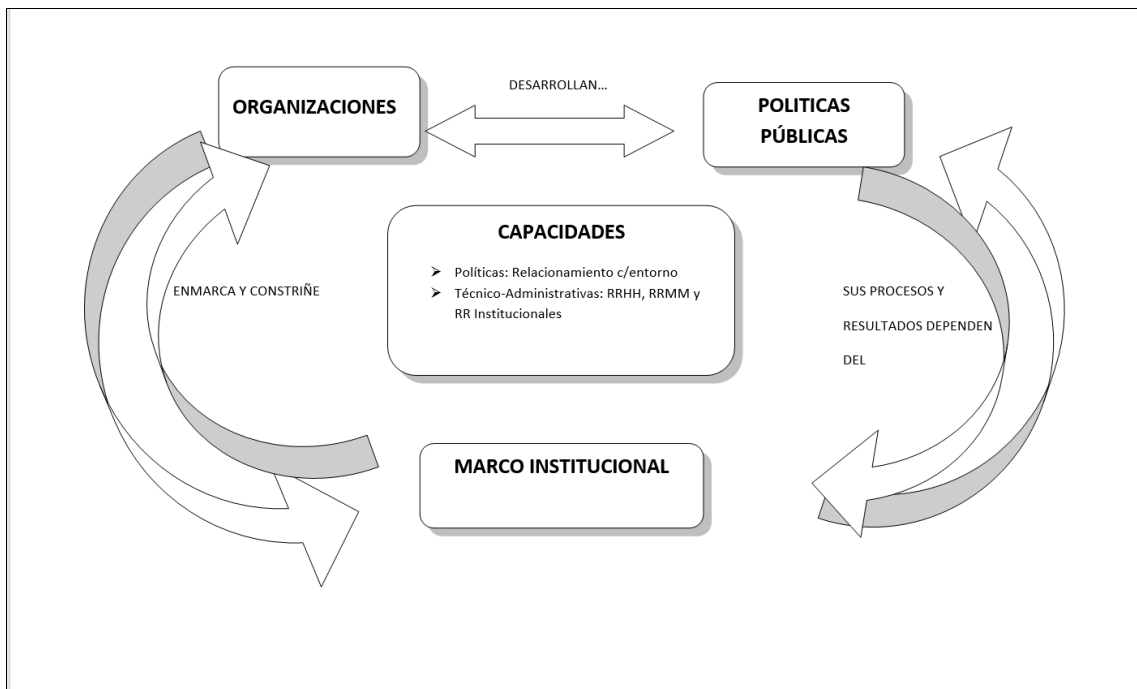


Figura 2.1. Representación del marco de análisis para el diseño institucional de las DDS. Fuente: elaboración propia.

Capítulo 3. Descripción de los antecedentes normativos y normativa vigente

En este capítulo se recopilan las principales normativas que directa o indirectamente forman parte del marco institucional de las direcciones departamentales de Salud (DDS). La recopilación y sistematización de la normativa vigente colabora en delimitar cuáles son los posibles arreglos organizacionales, funcionamientos y tareas que las DDS desarrollan en el territorio. Por normativa directa se entiende aquella que tiene como objeto a las DDS y, por indirecta, aquella en la que la DDS no es el objeto de la norma, pero esta determina y asigna formas de organizarse, funcionamientos y tareas. Dentro de las normas indirectas se identifican dos tipos, las que son elaboradas por el MSP y aquellas que son elaboradas por un organismo externo al MSP.

Las DDS forman parte de la estructura organizativa del MSP por lo que se encuentran sujetas a toda la normativa que aplica al sector público, particularmente la que rige para la Administración Central.

3.1. Creación de las DDS. Antecedentes y actualidad

Por el artículo 446 de la ley n.º 15.809 de Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones del período 1985-1990 se transforman nueve cargos de directores departamentales de salud (Canelones, Cerro Largo, Colonia, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Maldonado y Río Negro) en siete cargos de directores regionales de salud, y cuatro cargos de directores departamentales de salud (Paysandú, Rivera, Artigas y Tacuarembó) desaparecen para crear en su lugar cuatro cargos de naturaleza administrativa. El decreto n.º 69/992, reglamentario de esta ley, define las siguientes regiones sanitarias: Regional Norte (Artigas, Rivera y Cerro Largo); Regional Litoral Norte (Paysandú, Río Negro y Salto); Regional Litoral Sur (Colonia y Soriano); Regional Centro (Flores, Florida, Durazno y Tacuarembó); Regional Metropolitana (Canelones, Montevideo y San José); Regional Este (Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres). El artículo 2 del decreto establece que para ser director regional es requisito ser doctor en medicina y acreditar experiencia en dirección, subdirección o adscripción a centro público o privado. El artículo 3 establece la condición de residencia en la región y el artículo 4 dice que cada director regional depende de la Dirección General de ASSE y que está a cargo, entre otras tareas, de planificar y coordinar las tareas asistenciales de la región, cumplir y hacer cumplir la normativa, y proponer planes, programas y proyectos.

El artículo 393 de la ley n.º 16.736 de Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones del período 1995-1999 incorpora dieciocho directores departamentales de salud. El artículo no avanza en identificar la dependencia jerárquica de estos directores y sí establece que son sus funciones la de ejecutar políticas, programas, controles y planes que determine el MSP con un régimen horario de cuarenta horas semanales. El artículo establece la incompatibilidad con el desempeño de cargos directivos o gerenciales en los prestadores de salud.

Por el decreto n.º 460/001 del 4 de febrero de 2002 se aprobó el proyecto de reformulación de la estructura organizativa de las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud Pública. En el anexo de este decreto que contiene la información de la reestructura organizativa se lee que la Dirección General de la Salud (DIGESA) es responsable de proporcionar asesoramiento e información para conducir la política de salud, de promover salud, regular y controlar los servicios públicos y privados y sentar las bases técnicas para garantizar el acceso a las prestaciones de salud. En el capítulo III del documento de reestructura se lee que la DIGESA incluye cinco unidades organizativas que dependen de ella directamente; una de estas unidades son los Departamentos Regionales de Salud. En el mismo capítulo se establecen las funciones de las distintas unidades de la DIGESA y en lo que refiere a los Regionales de Salud se establece que colaboran con DIGESA en el desarrollo de las políticas y estrategias, facilitan objetivos y planes de las divisiones Salud de la Población, Servicios de Salud y Productos de Salud, y planifican, dirigen, coordinan y controlan las Unidades de Salud de cada región. El documento no especifica más información sobre estas unidades salvo que colaboran con el regional en las funciones que se le asignen.

La ley n.º 17.930 de Presupuesto Nacional período 2005-2009 modificó la conducción política territorial del MSP. Por el artículo 282 se suprimieron funciones de alta prioridad, un coordinador de regionales de salud, seis directores regionales, dos adjuntos de Dirección General de la Salud, dos asesores técnicos de Dirección General de la Salud, y se crearon 19 cargos de directores departamentales de salud, uno por cada departamento del país.

Las actuales direcciones departamentales de Salud (DDS) se crearon en la ley n.º 18.172 de rendición de cuentas correspondiente al ejercicio 2006. Desde su creación las DDS dependieron de DIGESA. En el organigrama dibujado en el decreto n.º 433/008, que aprobó el proyecto de reformulación de la estructura organizativa de la DIGESA en 2008, las DDS tenían

como principal función la de “desarrollar las funciones de rectoría y de autoridad sanitaria a nivel departamental”.

En 2010, la ley n.º 18.719 de Presupuesto Nacional, artículo 566, creó el cargo de particular confianza Coordinador General de Descentralización. Este coordinador dirigía la Unidad de Descentralización y dependía jerárquicamente de la DIGESA. Tenía como una de sus funciones coordinar y articular a las direcciones departamentales de Salud.

El decreto n.º 272/013 de reestructura organizativa del MSP en 2013 creó la Coordinación de la Descentralización Territorial como división dependiente de la Dirección General de Secretaría (DIGESE). Entre sus objetivos estaba “coordinar la interacción entre las Direcciones Departamentales implementando las políticas definidas en el Comité de Coordinación Territorial”. A pesar de estar mencionadas en el decreto n.º 272/013, las DDS no aparecían como unidades organizativas con descripción de nivel dentro de la estructura, funciones y actividades. Tampoco el decreto describía al Comité de Coordinación Territorial, que sí era dibujado en el organigrama.

Finalmente, en este recorrido histórico normativo se recupera la ley n.º 19.355 de Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones, ejercicio 2015-2019, en particular el artículo 451 por el cual se crea la Dirección General de Coordinación, unidad ejecutora 106, con los cometidos de impulsar una gestión coordinada entre distintos niveles territoriales y dependencias y supervisar a las direcciones departamentales de Salud. El artículo 451 fue modificado en la ley n.º 19.535 de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al ejercicio 2016 por el artículo 140 que señala que las DDS serán supervisadas por la DIGECOOR, siendo la primera vez que se deja por medio de una norma legal su relación jerárquica. A la vez, el artículo 141 transfiere las competencias de las direcciones departamentales de Salud, recursos materiales y financieros afectados a su gestión y los cargos de los DDS creados en la ley n.º 17.930 de la DIGESA a la DIGECOOR.

En el Anexo 1 se recupera y ordena la normativa y puede leerse la transcripción literal de los artículos e incisos mencionados en esta sección, además de otros que por sus características son de naturaleza contextual o complementaria.

El cuadro 3.1. resume la evolución normativa referente a las DDS y su vínculo administrativo y programático desde el año 2005 al presente (2020).

Cuadro 3.1. Direcciones departamentales de Salud. Normativa por año, tipo, vínculo y contenido.

Año	Norma	Vínculo administrativo y programático	Contenido relacionado directamente a las DDS
2005	Ley 17.930 artículo 282	No se menciona.	Se crean los cargos de directores. Son los únicos definidos para las DDS hasta la fecha. Son cargos de particular confianza.
2006	Ley 18.172 Creación de las 19 DDS	Dependen de DIGESA, administrativa y técnicamente. Sólo se vinculan directamente con el director. El vínculo de las unidades de trabajo de la DIGESA y DIGESE era a través del director.	Se crean las direcciones, pero no se delimitan sus funciones, competencias, tareas, etcétera. Pasan a depender de DIGESA, directamente de la dirección. No hay ningún órgano por encima de ellas ni por debajo. Su vínculo es directo con el director.
2008	Decreto 433/008 ref. de la estructura organizativa de la DIGESA en 2008	DIGESA – Director general de la Salud	Se les asigna por primera vez como función principal desarrollar las funciones de rectoría y de autoridad sanitaria a nivel departamental. Es la primera norma que les otorga un fin y sentido de ser. No están en el organigrama como unidades de trabajo.
2010	Ley 18.719, artículo 566	Se mantienen dependiendo administrativa y técnicamente de la DIGESA, pero con una vinculación directa a la nueva unidad de trabajo creada dentro de DIGESA.	Se crea un cargo de coordinador general de Descentralización. Este coordinador dirigía la Unidad de Descentralización y dependía jerárquicamente de la DIGESA. Tenía como una de sus funciones coordinar y articular a las direcciones departamentales de Salud.
2013	Decreto 272/013 Creación Coord. de la Descentralización Territorial	Las DDS quedan sujetas a la nueva unidad y pasan a DIGESE. Se crea una unidad para coordinar el trabajo en el territorio por encima de ellas y dependiente directamente de la Dirección General de Secretaría. Técnicamente dependen de DIGESA.	Las DDS no figuran como unidad organizativa en el decreto.
2015	Ley 19.355 Creación de DIGECOOR	Las DDS y la UDT pasan a depender de la DIGESA administrativa y técnicamente.	No se menciona ningún cambio.

2016	Ley 19.355 Creación de DIGECOOR	Pasan a depender administrativamente DIGECOOR	No hay normativa pero DIGECOOR las define representantes del MSP en cada departamento.
------	---------------------------------------	--	--

Fuente: elaboración propia.

Se observa una evolución contante en la normativa para fortalecer las DDS dentro del MSP hasta el 2016 con la creación de la DIGECOOR como unidad ejecutora que supervisa el funcionamiento de las DDS. Por otra parte, este proceso de fortalecimiento no fue acompañado de definiciones sobre la organización y estructura de las propias DDS en cuanto a sus funciones y cometidos en el marco del desarrollo de la rectoría en el territorio.

3.2. Mapa de relaciones ministerial, institucionales y sectoriales

3.2.1. Vínculos permanentes de las DDS con los actores departamentales

A continuación, se mencionarán las principales normativas de otros organismos del estado que por medio de ellas se les asigna a las DDS, roles, funciones y tareas mencionándolas en forma explícita.

Cuadro 3.2. Direcciones departamentales de Salud. Normativa indirecta por ámbito, rol, tipo y fuente.

ÁMBITO	ROL DDS	NORMATIVA	FUENTE
Junta Departamental de Drogas	Representa	Decreto 084/010 (Decreto 463/988 para Junta Nacional)	www.impo.com.uy/bases/decretos/84-2010
Dispositivo Ciudadela	Participa	Decreto 170/000, art. 2	ww.impo.com.uy/bases/decretos-originales/170-2000
Seguridad vial: Unidad Local de Seguridad Vial (ULOSEV)	Representa	Ley 18.113, arts. 2 y 3 y Ley 19.355, art. 45, inciso 17 (UNASEV y Junta Nacional)	www.impo.com.uy/bases/leyes/18113-2007
Comisión Departamental por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres	Representa	Ley 19.580, arts. 13, 16 y 17	www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017
Comisión de Tenencia Responsable y Bienestar Animal (COTRYBA)	Participa	Ley 18.471, art. 16-M Decreto 311/2016, art. 4	www.impo.com.uy/bases/leyes/18471-2009
Uruguay Crece Contigo	Participa	Res. 006/2012 OPP	No disponible
Comisión Patronato del Psicópata	Miembro	Ley 15.594, art. 1	legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6399072.htm
Centro Coordinador de Emergencia Departamental (CECOED)	Participa, miembro	Ley 18.621, art. 11, Decreto 65/020, Cap. 2, art. 9	www.impo.com.uy/bases/leyes/18621-2009
Mesa Interinstitucional de Políticas Sociales (MIPS)	Representa	Decreto 277/011	www.presidencia.gub.uy/normativa/2010-2015/decretos/decretos-08-2011

Mesa de desarrollo rural	Participa	Ley 18.126	legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6271378.htm
--------------------------	-----------	------------	--

Fuente: elaboración propia.

3.2.2. Descripción de la normativa sobre la inter-institucionalidad y sectorialidad

Previamente se consigna que en el Anexo 1 de este documento se describen en detalle los espacios institucionales que aparecen en este ítem y en los próximos.

Juntas Departamental y Local de Drogas. Estas juntas tienen como objetivo profundizar la descentralización y territorialización de las políticas de drogas. La consolidación de un nuevo modelo de abordaje de las políticas de drogas requiere del diálogo permanente y de la construcción de acuerdos entre los actores implicados. A su vez, demanda la profundización de la descentralización, territorialización y regionalización de la política de drogas mediante el fortalecimiento de las juntas departamentales (JDD) y de las juntas locales (JLD), la articulación con las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales (MIPS-MIDES), la participación de la sociedad civil y otros actores locales.

Para ello se requiere el compromiso sostenido de los organismos públicos presentes a nivel local, con una participación activa en el liderazgo, la toma de decisiones y la viabilización operativa de las intervenciones, en la perspectiva de construir políticas desde lo local en conjunto con las definiciones nacionales.

Según la formulación del literal b del artículo 4 del decreto n.º 084 del 2010 que crea estas juntas, las integran los representantes departamentales de los ministerios que integran la JND. Dado que la representación del MSP a nivel departamental recae sobre la DDS y que el Ministerio de Salud Pública integra la Junta Nacional de Drogas, la DDS cumple rol de representación en estas juntas.

Dispositivo Ciudadela. Se trata de centros de información, asesoramiento, diagnóstico y derivación en consumo problemático de drogas instalados en distintos puntos del país. Las tareas de las DDS en este espacio varían para cada departamento. En algunos casos las DDS se encargan de todo lo relacionado a la infraestructura edilicia y administración. En todos los casos las DDS colaboran en el diseño de la agenda de trabajo del dispositivo en cada departamento en lo referente a actividades de promoción y prevención.

Unidad Local de Seguridad Vial (ULOSEV). El artículo 45 de la ley n.º 18.113 señala a texto expreso que las direcciones departamentales de Salud integran las ULOSEV.

Comisiones departamentales y municipales para una Vida Libre de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres. Según el artículo 16 de ley n.º 19.580, el “Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres creará, en cada departamento del país, una Comisión Departamental por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres, integrada por representantes de las instituciones que lo conforman y reglamentará su integración y funcionamiento, teniendo en cuenta las particularidades de cada lugar, en consulta con los actores locales”.

Dado que el Ministerio de Salud Pública integra el Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres y que la representación del MSP a nivel departamental recae sobre las DDS, estas cumplen el rol de representación en las comisiones departamentales.

Programa Uruguay Crece Contigo (UCC). Es una política pública de cobertura nacional que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Según la experiencia constatada (no ajustada a una norma en particular) las DDS apoyan el trabajo de UCC a través de talleres de temas relacionados a la salud con instituciones locales tanto estatales como no estatales. También brindan apoyo en infraestructura y transporte para los equipos territoriales.

Centro coordinador de emergencias departamental (CECOED). El artículo 1 de la ley n.º 18.621 consagra un “Sistema Nacional de Emergencias, un sistema público de carácter permanente, cuya finalidad es la protección de las personas, los bienes de significación y el medio ambiente, ante el acaecimiento eventual o real de situaciones de desastre, mediante la coordinación conjunta del Estado con el adecuado uso de los recursos públicos y privados disponibles, de modo de propiciar las condiciones para el desarrollo nacional sostenible.”

En cada departamento existe un Comité Departamental de Emergencias (CDE) (artículo 12 de la ley) que son los órganos responsables de la formulación de políticas y estrategias de Gestión del Riesgo al nivel local, en consonancia con las políticas globales del SINAIE.

Bajo la coordinación de cada CDE se encuentra el Centro Coordinador de Emergencias Departamental (CECOED), que es el ámbito de articulación operativa para la Gestión Integral

del Riesgo. En cada CECOED hay una persona coordinadora, se trata de un funcionario o funcionaria designado/a por el intendente respectivo (artículo 14 de la ley).

El MSP a través de las DDS coordina junto con los prestadores de salud la atención de salud que sea necesaria y despliega los protocolos de epidemiología cuando sean pertinentes.

El 4 de marzo de 2020 se aprobó el decreto n.º 65/020, reglamentario de la ley n.º 18.621 de creación del Sistema Nacional de Emergencias (SINAE). El artículo 9 de este decreto, en el capítulo sobre las entidades departamentales y municipales, establece que los comités departamentales de emergencias, tal como dicta la ley estarán integrados por «el Intendente respectivo o quien este designe en su representación, quien lo presidirá, el Jefe de Policía Departamental y el Jefe de Destacamento de la Dirección Nacional de Bomberos del Ministerio del Interior, así como un representante del Ministerio de Defensa Nacional, un representante del Ministerio de Desarrollo Social y un representante del Ministerio de Salud Pública. Asimismo, serán miembros no permanentes del mismo, los representantes de los entes autónomos y servicios descentralizados presentes en el departamento, que serán convocados a participar por el Intendente o su representante, con la anuencia de los integrantes del Comité Departamental de Emergencias.

Visto este decreto, las DDS, en tanto representantes del MSP en cada departamento, integran el Comité Departamental de Emergencia respectivo. Además, apoyan el trabajo del CECOED a través de talleres de temas relacionados a la salud con instituciones locales tanto estatales como no estatales.

Mesas interinstitucionales de políticas sociales (MIPS). El decreto n.º 277/011 define a las MIPS como ámbitos de intercambio y articulación entre distintos organismos públicos con expresión territorial departamental, que tienen la finalidad de favorecer la integralidad y complementariedad en la implementación de las políticas públicas. En muchos de estos espacios participan activamente los gobiernos departamentales y municipales.

Son espacios de influencia departamental, presididos por los o las directores departamentales del MIDES y están integrados por los representantes de mayor nivel jerárquico de los ministerios y organismos públicos que integran el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Respecto de la integración de las MIPS, el artículo 3 del decreto señala que las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales podrán integrar, como invitados permanentes, a representantes de otras entidades públicas con presencia en el territorio .

Para el abordaje en profundidad de algunas problemáticas específicas y, como forma de organizar el trabajo, las MIPS se han organizado en mesas y/o comités temáticos (por ejemplo: Ruralidad, Adulto Mayor, lucha contra la violencia de género, prevención del suicidio, discapacidad, infancia adolescencia y familia) integrados en general por técnicos profesionales de las diferentes instituciones. Dichas mesas trabajan en forma simultánea y complementaria a las MIPS, presentando informes ante ellas, para la toma de decisiones de carácter político.

Según la experiencia constatada las DDS apoyan el trabajo de MIPS a través de talleres de temas relacionados a la salud con instituciones locales tanto estatales como no estatales, además de, en la mayoría de los casos, integrar las MIPS vía el artículo 3 antes mencionado

3.2.2.1. Comentarios generales sobre participación interinstitucional e intersectorial

Los espacios de participación son múltiples y muy diversos tanto en las temáticas como en las políticas que abordan.

Otros organismos del Estado identifican a las DDS y a su dirección como el actor de la cartera de Estado que es el MSP en el territorio. Esta identificación le asigna a las DDS funciones inherentes a la conducción sectorial en su territorio. Ello coincide con el rol de rector en salud en el departamento.

La representación como autoridad política sanitaria en el departamento es uno de los principales roles que estas normativas reflejan en la participación en dichos espacios. Pero esa función no es la única, también determina la capacidad de coordinar con los actores la implementación en conjunto de la política específica del ámbito.

También demanda cierta capacidad de sintetizar y operativizar la política de salud en esos espacios, y la capacidad de poder hablar de todos los temas inherentes a los cometidos del MSP.

Estos espacios requieren de una especialización técnica y administrativa importante debido a la amplitud de espacios, roles y temáticas a abordar.

Existe una variedad de procesos administrativos y técnicos del MSP de los cuales las DDS participan. Algunos de ellos están estipulados en normativas de la cartera y otros son definidos por las unidades ejecutoras (UE) del MSP. En la mayoría de ellos las DDS participan implementando alguna tarea y función asignada técnicamente por las unidades especializadas del MSP en los temas.

3.2.3. La coordinación intraministerial. Tareas y funciones que las DDS desarrollan en el territorio
En ejercicio de la función rectora a nivel territorial las DDS desarrollan actividades y participan de distintos ámbitos de decisión que atañen a las competencias de distintas unidades ejecutoras del MSP. El siguiente cuadro resume las principales vías de participación institucionalizada de las DDS en las distintas áreas inherentes a la rectoría en salud.

Cuadro 3.3. Direcciones departamentales de Salud. Ámbitos de participación, rol, normativa y fuente.

ÁMBITO	ROL DDS	NORMATIVA	Enlace
Comisión de Zoonosis	Participa	Ley 17.930	www.impo.com.uy/bases/decretos/491-2007
Comité de Mortalidad Infantil	Preside el Comité Regional	Decreto 340/2006	www.impo.com.uy/bases/decretos/340-2006/11
División Epidemiología	Participa y notifica	Decreto 41/012	www.impo.com.uy/bases/decretos/41-2012
Junta Departamental de	Preside en	Creación SNIS	www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-

Salud (JUDESA) y Junta Local de Salud (JULOSA) ¹³	la JUDESA y JULOSA y coordina y brinda apoyo adm. e infraestr.	Ley 18.211- Art. 23 JUNASA y Art. 27 JUDESA Y JULOSA Decreto 237/011	2007/61 www.impo.com.uy/bases/decretos/237-2011
--	--	--	---

Fuente: elaboración propia.

Las DDS tienen tareas y funciones asignadas por la Dirección General de la Salud (DIGESA) para la vigilancia epidemiológica, entendida como la observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población. En este marco, cobra relevancia la capacidad de respuesta de las unidades departamentales frente al perfil epidemiológico del país. A grandes rasgos sus tareas implican: detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades; identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones; observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades; detectar cambios en las prácticas de salud; investigar y controlar las enfermedades; planear los programas de salud; evaluar las medidas de prevención y control. En particular, las DDS son actores clave en la planificación y gestión del riesgo mediante la utilización de los ámbitos de coordinación sectoriales e intersectoriales, y de la vocería del MSP ante los medios de comunicación locales. Las DDS consolidan una red de comunicación y articulación de respuestas con los directores departamentales y organismos locales para la profundización de la coordinación intersectorial y la dinamización de las respuestas para atender situaciones emergentes a nivel nacional o departamental; el desarrollo de campañas de comunicación poblacional referidas al fomento de la vacunación antigripal y del certificado esquema de vacunación (CEV), las acciones de prevención del Dengue (entre otras) y también, el impulso de acciones eficaces y continuadas en los prestadores sanitarios en algunas áreas críticas, particularmente en lo que respecta a planes

¹³ Nótese que estamos utilizando las nominaciones coloquiales y de hecho que tienen estos espacios para facilitar la lectura. En rigor y según la ley n.º 18.211 se denominan Consejos Asesores Honorarios Departamentales de la Junta Nacional de Salud y Consejos Asesores Honorarios Locales de la Junta Nacional de Salud.

de contingencia (imprevistos internos, siniestralidad, epidemias, con base en criterios nacionales, regionales o locales).

Las DDS implementan en el territorio, mediante la coordinación y planificación con actores locales, las principales líneas de acción del MSP en materia de promoción de salud. El vínculo para estas actividades es con la DIGESA, área programática del MSP. Ha sido un desafío constante establecer una modalidad vincular en esta relación vertical entre el área programática del MSP y las DDS con el fin de establecer un arreglo organizacional para dar cuenta de las demandas por parte de esta área técnica del MSP. La Unidad de Descentralización Territorial (UDT) en su momento y la DIGECOOR en la actualidad tienen dentro de sus cometidos esta tarea.

Las DDS promueven la complementación asistencial, con la cadena de procesos asociados a ella: gestionar y proveer insumos para el diagnóstico de recursos instalados con base territorial, caracterización de la situación de salud con criterio territorial, análisis relacional de oferta de servicios y demandas de la población, planificación de opciones de desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) según la escala territorial (local, departamental, regional), etcétera.

Las DDS llevan adelante estrategias de comunicación social y de relacionamiento con los medios masivos de comunicación locales. En este sentido, desarrollan campañas de comunicación poblacional referidas al fomento de la vacunación antigripal y del CEV, a las acciones de prevención del Dengue mediante medidas de control de la proliferación de *Aedes Aegypti*, entre otras.

Las DDS relevan y generan información local, registro de actividades clave. Estas actividades colaboran en la actualización de diagnósticos de situación local con determinantes sociales y conocimiento de las necesidades y preferencias de todos los actores. Difunden, actualizan los relevamientos de las capacidades instaladas y fortalecen un sistema de información a nivel local que incluye: área de responsabilidad de los servicios; datos de población usuaria, mapas referenciados, etcétera, y otros instrumentos para la planificación local. Participan en el relevamiento de información relacionado a fiscalización, notificaciones, habilitaciones de servicios, cumplimiento de contrato de gestión.

Las DDS conducen espacios institucionales sectoriales de base departamental (JUDESA) y en el ámbito local (JULOSA). Las DDS aportan en procesos administrativos de estos espacios y también técnicos; investigan y mantienen informada a la Junta Nacional de Salud (JUNASA) sobre la situación general de salud en el departamento, así como sobre las situaciones del entorno que influyan en ella. Las DDS deben coordinar y liderar el desarrollo de los cometidos establecidos por decreto para las JUDESA: Difundir y proponer acciones para el mejoramiento de la salud de la población local; coadyuvar al cumplimiento en el territorio de los contratos de gestión suscriptos por la JUNASA con los prestadores que integran el Seguro Nacional de Salud (SNS); vigilar la observancia de las resoluciones de la JUNASA; promover el buen relacionamiento y los acuerdos de complementación entre los prestadores del SNIS; propiciar el intercambio, la concertación y coordinación intra e intersectorial, participando de las instancias respectivas y fomentando la participación de las organizaciones sociales así como la de otros actores públicos y privados con incidencia en la salud de la población, contribuir a la difusión de los derechos y deberes de los usuarios del SNIS y velar por su cumplimiento efectivo; recibir y analizar las propuestas y reclamaciones que reciban de entidades o personas respecto de asuntos de salud del departamento, y elevarlas a la JUNASA con un informe que incluya antecedentes, evaluación y, en su caso, propuestas de intervención a su respecto; promover, por propia iniciativa o en apoyo de la de otros actores institucionales y sociales, actividades locales tendientes a potenciar las políticas nacionales y/o departamentales de salud, y elevar a la JUNASA informes sobre sus resultados. Especialmente promoverán, como mínimo en forma anual, la realización de Asambleas Locales de Salud, fomentarán el intercambio con los Consejos Honorarios Departamentales de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y los Consejos Consultivos Asesores (CCA) de los prestadores del SNS, y promoverán la instalación de Consejos Asesores Honorarios Locales (o JULOSA) de la JUNASA colaborando en su instalación.

Las DDS realizan la recepción, gestión y traslado (según protocolos establecidos) de los planteos y solicitudes de la población, los actores sociales o las instituciones proveedoras de servicios de salud, sobre diversos temas. Entre otros: habilitación de servicios, denuncia sobre problemas en centros asistenciales, identificación de riesgos ambientales, coordinación de actores sectoriales en situaciones de emergencia climática, solicitud de medicamentos de alto costo, etcétera.

Las DDS promueven la participación social por medio del seguimiento del estado de situación de los diversos ámbitos creados a tales fines (JUDESA, JULOSA, CCA, Consejos Asesores Honorarios en ASSE), y potenciando la participación social en consejos consultivos, asambleas de salud, intervenciones en el campo de la promoción de salud, evaluación e impacto de actividades realizadas.

Las DDS son la representación institucional del MSP en el territorio ante la ciudadanía en general y en los ámbitos que corresponda (como se ha visto en este mismo capítulo).

3.2.4. ¿Las DDS desarrollan todas las tareas que realiza la autoridad sanitaria a nivel nacional?

La dimensión de la tarea que implica este conjunto de prioridades, la multiplicidad de ámbitos en los que estas se desarrollan simultáneamente y la diversidad de los interlocutores que tiene la autoridad sanitaria marcan la necesidad de definir un objetivo adicional.

Existen diversas tareas que realizan las DDS que se recopilaron y sistematizaron mediante una búsqueda en documentos, como las memorias anuales y planes operativos anuales (POA). El análisis ha identificado más de 40 actividades o tareas.

Se observa una diversidad de tareas asignadas a las DDS por parte de las distintas unidades ejecutoras del MSP. El rol que debe de cumplir la DDS en esas actividades también varía. Desde participar en un proceso de habilitación de un servicio de salud hasta representar al MSP en un espacio a nivel departamental. También se observa la asignación de competencias duplicadas como son algunas relacionadas a zoonosis y a inmunizaciones, donde coexisten unidades organizativas en el territorio con las mismas funciones que las DDS.

Las DDS participan en los procesos administrativos y técnicos del MSP en el territorio. Esto no quiere decir necesariamente que sean los “dueños” del proceso. Las etapas decisorias relativas al diseño y planificación son habitualmente privativas de las unidades especializadas del casco central del MSP, debiendo las DDS ejecutar e implementar las directivas técnicas de estas unidades. Finalmente, es necesario destacar que la diversidad de tareas asignadas por el propio MSP y organismos externos implica una complejidad significativa para la implementación de las acciones.

Capítulo 4. Descripción del funcionamiento y estructura organizativa de las direcciones departamentales de Salud. Recursos humanos

4.1. Presentación de datos y análisis

La cantidad de recursos humanos necesarios en una unidad de trabajo depende de muchos factores, entre otros, del volumen y cualidad de las tareas encomendadas. Al no contar con un estándar o una normativa que delimite concreta y claramente las competencias de las direcciones departamentales de Salud (DDS) no es sencillo en este punto realizar una evaluación de su adecuación a las necesidades organizacionales. Tampoco se ha utilizado en esta etapa –aunque se considera que puede ser relevante su inclusión– datos comparativos de otras unidades organizativas territoriales y del Gobierno Central. No obstante, un análisis comparativo respecto de la cantidad de recursos humanos (RRHH) de las 19 unidades de análisis (DDS), así como de otras dimensiones de análisis relativas a este tópico, puede arrojar luz sobre las fortalezas y debilidades de cada una de estas unidades organizativas en las dimensiones analizadas.

Para la recolección de datos se diseñó y desarrolló un formulario *on line* con 45 preguntas divididas en las secciones datos, vínculo institucional, escalafón y grado, formación, tareas, destrezas y habilidades y una última sección para comentarios. Para una descripción exhaustiva del proceso de diseño, implementación y sistematización de esta herramienta véase el Anexo 2 sección Ficha técnica y sección Formulario «Perfil de los Recursos Humanos de la Dirección General de Coordinación». A la vez, se sugiere la lectura de la sección «Complemento a la presentación de datos y análisis» del Anexo 2 que incluye tablas, gráficos y descripción sobre los recursos humanos que amplían y o profundizan la información aquí presentada.

La tabla 4.1. muestra la distribución de frecuencias absolutas y relativas de RRHH de la DIGECOOR por cada DDS producto del formulario aplicado a los funcionarios de las DDS en las 19 unidades de trabajo. A los efectos del estudio, y por tratarse específicamente de las capacidades institucionales de las DDS, se excluyó al equipo central de DIGECOOR (17 registros) generándose un N=150. El porcentaje de adhesión al formulario fue del 97 % (145 respuestas sobre un total de 150 invitaciones enviadas).

Para comparar la dotación de RRHH entre DDS debido a las dificultades para definir un estándar se propone utilizar el promedio de RRHH por DDS como aproximación para valorar su adecuación para el desarrollo de las tareas asignadas a la unidad de trabajo. En efecto, la última columna de la tabla 4.1. separa las DDS en dos categorías: las que tienen “dotación de RRHH por encima de la media” y las que tienen “dotación de RRHH por debajo de la media”. El valor de la media es 7.9. Más del 50% de las unidades de trabajo están por debajo de la media, es decir que tienen menos de 8 funcionarios. El rango de dotación es de 13 funcionarios, con un máximo de 17 y un mínimo de 4.

Tabla 4.1. RRHH DIGECOOR por DDS. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

DDS	F _{ABS}	F _{REL} (%)	Comparación Dotación RRHH entre DDS
DDS Canelones (*)	17	11	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Colonia	11	7	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Rivera	11	7	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Salto	11	7	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Paysandú	10	7	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Artigas	9	6	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Maldonado	9	6	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Tacuarembó	9	6	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Montevideo (*)	8	5	Dotación de RRHH por encima de la media
DDS Cerro Largo	7	5	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS Florida	7	5	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS Durazno	6	4	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS Flores	6	4	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS Rocha	6	4	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS San José	6	4	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS Río Negro	5	3	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS Lavalleja (*)	4	3	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS Soriano	4	3	Dotación de RRHH por debajo de la media
DDS Treinta y Tres	4	3	Dotación de RRHH por debajo de la media
TOTAL (N)	150	100	

(*) Las unidades organizativas marcadas con asterisco NO incluyen en cada caso a una persona del equipo con licencia médica en el momento del estudio.

Fuente: elaboración propia.

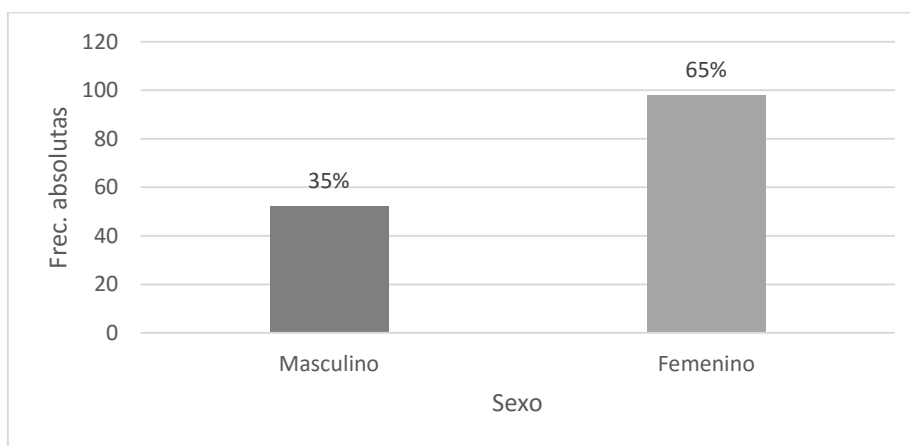
A continuación, se propone incluir en el análisis de las DDS una serie de dimensiones que se entiende pueden influir en las capacidades técnico-administrativas según las características de los RRHH.

4.1.1. Sexo y género

El sistema sexo-género puede interferir en el pleno aprovechamiento de las competencias disponibles en la organización, así como en el desarrollo de esas competencias por parte de varones y mujeres (MIDES, 2011).¹⁴ Por lo que se entiende necesario analizar sus posibles implicancias en las DDS.

El gráfico 4.1. muestra la distribución de trabajadores de las DDS según sexo. La mayoría son mujeres. El 65 % son mujeres y el 35 % son hombres.

Gráfico 4.1. Distribución de RRHH en DDS según sexo. Frecuencias absoluta y relativa. Set. 2020.



Nota. En el Anexo 2 se presentan los datos incluyendo el equipo central.

Fuente: elaboración propia con base en Encuesta a RRHH DDS (setiembre 2020) y base de datos de RRHH de la DIGECOOR (marzo 2020).

La tabla 4.2. de frecuencia absoluta y frecuencia relativa permite observar la distribución por sexo considerando todas las DDS. Los guarismos más altos de feminización del trabajo de las DDS se dan en Canelones (94 %), Florida (86 %), Lavalleja (75 %), Maldonado (89 %), Salto (73 %), San José (83 %) y Soriano (75 %). En cambio, la relación se invierte en Río Negro, Tacuarembó y Treinta y Tres donde el 60 %, 67 % y el 75 % respectivamente son hombres. En estos tres casos los directores departamentales son hombres. En las DDS Durazno, Montevideo y Rocha hay paridad en la cantidad de hombres y de mujeres.

Prácticamente, todas las personas se identificaron con el género correspondiente al sexo (es decir, mujeres se identificaron con género mujer, por ejemplo). No hubo personas que se

¹⁴ Ver http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/19649/1/6_guia_diagnostico.pdf

identificaran con la opción «trans». Sin desconocer las diferencias semánticas de los conceptos género y sexo, y de las minorías no representadas (como la población trans), se puede hipotetizar que la paridad en términos de sexo (o de género) brinda mayores posibilidades para incorporar diversidad de perspectivas a la implementación de las competencias conferidas a las DDS, a la vez que facilita la recepción de demandas e inquietudes relativas a problemáticas de grupos específicos de la población, fortaleciendo las capacidades de estas unidades de trabajo para dar respuesta a estas situaciones. Los resultados del análisis se pueden ver en la última columna de la tabla 4.2. en la cual se clasificó a las 19 DDS en términos de la relación entre la cantidad de hombres y la cantidad de mujeres. Se clasificó como DDS con “paridad sexo/género” cuando la relación de hombres y mujeres (o viceversa) es igual o mayor que 1/3. O sea, cuando hay por lo menos un hombre cada tres mujeres y una mujer cada tres hombres. Cuando la relación es menor a 1/3 se clasificó a las DDS en la categoría “DDS sin paridad sexo/género”.

Tabla 4.2. Sexo por DDS. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Paridad. Set. 2020.

DDS	F _{ABS}	F _{ABS} Mujer	F _{ABS} Hombre	F _{REL} (%)	% MUJER	% HOMBRE	Paridad
DDS Tacuarembó	9	3	6	6%	33%	67%	DDS con paridad
DDS Río Negro	5	2	3	3%	40%	60%	DDS con paridad
DDS Cerro Largo	7	3	4	5%	43%	57%	DDS con paridad
DDS Durazno	6	3	3	4%	50%	50%	DDS con paridad
DDS Montevideo (*)	8	4	4	5%	50%	50%	DDS con paridad
DDS Rocha	6	3	3	4%	50%	50%	DDS con paridad
DDS Colonia	11	6	5	7%	55%	45%	DDS con paridad
DDS Rivera	11	7	4	7%	64%	36%	DDS con paridad
DDS Artigas	9	6	3	6%	67%	33%	DDS con paridad

DDS Flores	6	4	2	4%	67%	33%	DDS con paridad
DDS Paysandú	10	7	3	7%	70%	30%	DDS sin paridad
DDS Salto	11	8	3	7%	73%	27%	DDS sin paridad
DDS Lavalleja (*)	4	3	1	3%	75%	25%	DDS sin paridad
DDS Soriano	4	3	1	3%	75%	25%	DDS sin paridad
DDS San José	6	5	1	4%	83%	17%	DDS sin paridad
DDS Florida	7	6	1	5%	86%	14%	DDS sin paridad
DDS Maldonado	9	8	1	6%	89%	11%	DDS sin paridad
DDS Canelones (*)	17	16	1	11%	94%	6%	DDS sin paridad
DDS Treinta y Tres	4	1	3	3%	25%	75%	DDS sin paridad
TOTAL	150	98	52	100%	65%	35%	

(*) Las unidades organizativas marcadas con asterisco NO incluyen en cada caso a una persona del equipo con licencia médica en el momento del estudio.

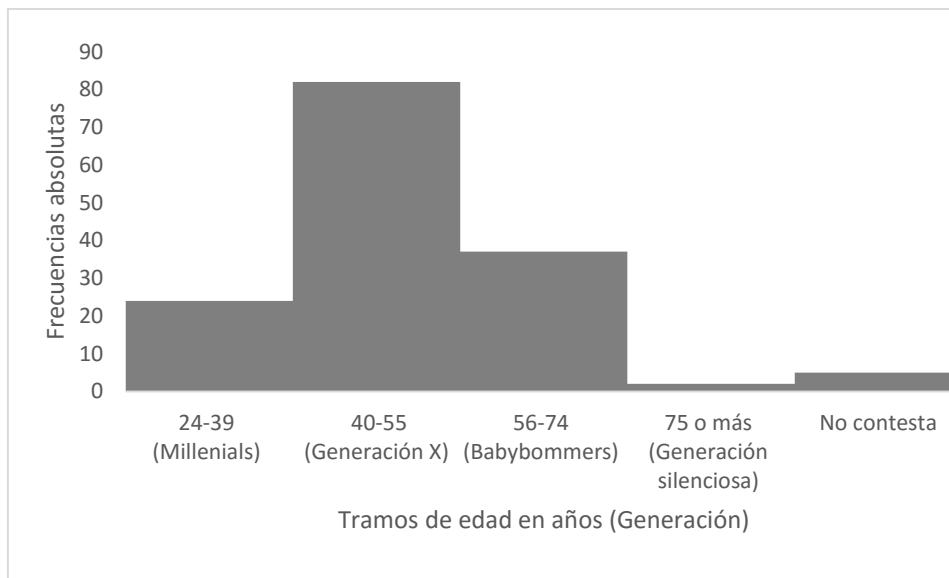
Fuente: elaboración propia.

4.1.2. Generaciones

Otra variable que probablemente incida favorable o desfavorablemente en las capacidades organizacionales es la configuración de las edades de los RRHH. En este trabajo se ha utilizado el término generación de pertenencia con la clasificación de Neil Howe y William Strauss (1997) para analizar los grupos etarios de los RRHH de las DDS. La generación corresponde al año de nacimiento según la teoría del pulso o de Strauss-Howe quienes definen 8 generaciones: generación perdida (1901-1927), generación silenciosa (1928-1945), *babyboomers* (1946-1964), X (1965-1980), *millenials* o Y (1981-1996), Z (1997-2012), Alfa (2013 en adelante). En particular cada generación se identifica por una serie de valores e ideologías sobre el mundo que incluyen entre otros el mundo laboral.

El gráfico 4.2. resume la información respecto de la distribución generacional de las DDS. Un poco más de la mitad de los RRHH pertenece a la generación X, nacidos entre 1965 y 1980, es decir, tiene entre 40 y 55 años al momento del estudio. La generación de los *babybombers* es la segunda más frecuente, son los RRHH nacidos entre 1946 y 1964, es decir, tiene entre 56 y 74 años al momento del estudio. Cabe señalar que la generación X duplica a la de los *babybombers*. La generación de los *millenials* es la tercera más frecuente, son los RRHH nacidos entre 1981 y 1996, es decir, tiene entre 24 y 39 años al momento del estudio. La frecuencia de la generación silenciosa asciende a un 1 % (nacidos antes de 1945).

Gráfico 4.2. RRHH DDS. Distribución según tramos de edad en años. Set. 2020.



Fuente: elaboración propia.

Agrupando las generaciones y los entornos etarios correspondientes, el 71 % tiene hasta 55 años al momento del estudio. La tabla 4.3. muestra la distribución por sexo en cada generación. Con excepción de los nacidos antes de 1945, que son dos hombres, en el resto de las generaciones la mayoría son mujeres. En la generación X (1965-1980) la cantidad de mujeres prácticamente duplica a la cantidad de hombres y en la generación *millenials* la relación es de 5 a 1.

Tabla 4.3. Distribución de RRHH DDS por generaciones y sexo. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Generación	F _{ABS} Mujer	F _{ABS} Hombre
Entre 24 y 39 años (<i>Millenials</i>)	20	4
Entre 40 y 55 años (Generación X)	22	15
Entre 56 y 74 años (<i>Babybommers</i>)	52	30
75 años o más (Generación silenciosa)	0	2
No contesta	4	1
Total	98	52

Fuente: elaboración propia.

Respecto de la influencia de la generación o tramos de edad en el funcionamiento institucional (Dutra, 2017; Dávila 2012) se puede hipotetizar que, las DDS que cuentan con determinado patrón de interacción entre distintas generaciones que se basa en el predominio cuantitativo de las generaciones intermedias –con experiencia pero con perspectivas laborales de mediano plazo–, que a su vez cuentan con personas de las generaciones de los extremos –jóvenes con poca experiencia institucional pero con perspectivas laborales de largo plazo y añosos con experiencia y depositarios de parte importante de la memoria institucional– tienen más capacidades institucionales para responder a las demandas de su entorno que las DDS donde predominan las generaciones de los extremos –los más jóvenes y más añosos–. Estas presunciones se han operacionalizado de la siguiente manera: de las DDS con por lo menos un integrante de 24 a 39 años (*millenials*) y por lo menos un integrante de 56 o más años (*babybommers* y generación silenciosa) y con una mayoría relativa de integrantes en tramos etarios medios se espera que tengan más fortalezas institucionales que las DDS que no cuenten con una diversidad y estructura etaria similar.

La tabla 4.4. resume los datos referentes al intercambio de capacidades intergeneracionales y los referentes a la existencia de paridad de sexo-generación en las DDS. Las últimas dos columnas clasifican a las DDS según cuenten o no con paridad de sexo-género tal y como ha sido definida *ut supra*, y si cuentan o no con capacidades de intercambio intergeneracional.

Tabla 4.4. RRHH por DDS, generación y sexo, paridad y capacidades intergeneracionales. Set.2020.

DDS	Generación	Total	F _{ABS} Mujer	F _{ABS} Hombre	Paridad sexo/género	Capacidades intergeneracionales
Artigas	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	2	0	2		
	40-55 (Generación X)	6	5	1		
	24-39 (Millenials)	1	1	0		
	No contesta	0	0	0		
Canelones	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS sin paridad	DDS sin intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	14	14	0		
	40-55 (Generación X)	1	0	1		
	24-39 (Millenials)	1	1	0		
	No contesta	1	1	0		
Cerro Largo	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	3	2	1		
	40-55 (Generación X)	4	1	3		
	24-39 (Millenials)	0	0	0		
	No contesta	0	0	0		
Colonia	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	3	2	1		
	40-55 (Generación X)	6	2	4		
	24-39 (Millenials)	1	1	0		
	No contesta	1	1	0		
Durazno	75 o más (Generación silenciosa)	1	0	1	DDS con paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	0	0	0		
	40-55 (Generación X)	4	2	2		
	24-39 (Millenials)	1	1	0		
	No contesta	0	0	0		
Flores	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS sin intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	0	0	0		
	40-55 (Generación X)	3	1	2		
	24-39 (Millenials)	3	3	0		
	No contesta	0	0	0		
Florida	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS sin	DDS con intercambio



	56-74 (Babybombers)	1	1	0	paridad	de capacidades intergeneracionales
	40-55 (Generación X)	4	3	1		
	24-39 (Millenials)	2	2	0		
	No contesta	0	0	0		
Lavalleja	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS sin paridad	DDS sin intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	0	0	0		
	40-55 (Generación X)	4	3	1		
	24-39 (Millenials)	0	0	0		
	No contesta	0	0	0		
Maldonado	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS sin paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	4	3	1		
	40-55 (Generación X)	3	3	0		
	24-39 (Millenials)	2	2	0		
	No contesta	0	0	0		
Montevideo	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS sin intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	5	3	2		
	40-55 (Generación X)	1	0	1		
	24-39 (Millenials)	0	0	0		
	No contesta	2	1	1		
Paysandú	75 o más (Generación silenciosa)	1	0	1	DDS sin paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	2	1	1		
	40-55 (Generación X)	5	4	1		
	24-39 (Millenials)	2	2	0		
	No contesta	0	0	0		
Río Negro	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	1	0	1		
	40-55 (Generación X)	3	2	1		
	24-39 (Millenials)	1	0	1		
	No contesta	0	0	0		
Rivera	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	2	2	0		
	40-55 (Generación X)	7	4	3		
	24-39 (Millenials)	2	1	1		
	No contesta	0	0	0		



Rocha	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	1	1	0		
	40-55 (Generación X)	3	0	3		
	24-39 (Millenials)	2	2	0		
	No contesta	0	0	0		
Salto	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS sin paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	2	1	1		
	40-55 (Generación X)	7	5	2		
	24-39 (Millenials)	2	2	0		
	No contesta	0	0	0		
San José	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS sin paridad	DDS sin intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	2	1	1		
	40-55 (Generación X)	3	3	0		
	24-39 (Millenials)	0	0	0		
	No contesta	1	1	0		
Soriano	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS sin paridad	DDS sin intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	0	0	0		
	40-55 (Generación X)	3	2	1		
	24-39 (Millenials)	1	1	0		
	No contesta	0	0	0		
Tacuarembó	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS con paridad	DDS con intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	2	0	2		
	40-55 (Generación X)	5	2	3		
	24-39 (Millenials)	2	1	1		
	No contesta	0	0	0		
Treinta y Tres	75 o más (Generación silenciosa)	0	0	0	DDS sin paridad	DDS sin intercambio de capacidades intergeneracionales
	56-74 (Babybombers)	2	0	2		
	40-55 (Generación X)	1	1	0		
	24-39 (Millenials)	1	0	1		
	No contesta	0	0	0		
Total		150	98	52		

Fuente: elaboración propia.

4.1.3. Vínculo contractual

La distribución de los funcionarios de una unidad organizativa según el vínculo contractual permite identificar y explicar algunas dimensiones importantes de las capacidades organizacionales. En primer término, transparenta el régimen laboral –derechos y obligaciones– de los funcionarios. Más específicamente, permite identificar los incentivos, sistemas de carrera, mecanismos de ascenso, restricciones y expectativas que tienen los funcionarios y sus superiores. Mientras que algunos vínculos laborales contienen amplias garantías contra el poder discrecional de los superiores jerárquicos, otros tipos de contrato colocan al funcionario en una posición de dependencia clara respecto de la voluntad y valoración de sus superiores. Mientras algunos contratos premian el desempeño de los funcionarios otros tipos de vínculos privilegian la continuidad laboral, el apego a los procedimientos, la formación y la capacidad técnica.

La tabla 4.5. muestra las frecuencias absoluta y relativa de los tipos de vínculos laboral con la institución. Vale previo a su lectura hacer la siguiente aclaración. En el formulario de relevamiento esta variable se diseñó con la posibilidad de marcar más de una opción dado que una misma persona puede reportar más de una condición en su vínculo laboral con la institución. No hubo ninguna respuesta en las opciones «Estoy en provisorio», «Soy becario/a», «Soy pasante» y «Tengo un contrato de arrendamiento de obra». Las únicas dos categorías que coincidieron en una misma respuesta fueron «Soy presupuestada/o» y «Estoy en pase en comisión».

Tabla 4.5. RRHH DDS. Vínculo contractual. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Vínculo	F _{ABS}	F _{REL} (%)
Cargo Q	19	13
Contrato de trabajo	9	6
Contrato por Comisión de Apoyo	7	5
Presupuestado, en pase en comisión	12	8
Soy presupuestada/o	97	65
No contesta	5	3
Acuerdo Intendencia y Ministerio	1	1
Total	150	100

Fuente: elaboración propia.

De los datos obtenidos se desprende que la mayoría de los funcionarios (72 %) son presupuestados. Este tipo de vínculo laboral tiene características protegidas constitucionalmente y por el marco legal vigente. Se puede agregar que ingresan por los grados más bajos de sus respectivos escalafones y que tienen en teoría derecho a ascender por concurso, donde se consideren méritos y antigüedad en el cargo. También hay 9 vínculos laborales en la categoría contrato de trabajo que están regulados en el artículo 92 del Estatuto del Funcionario Público de la Administración Central (ley n.º 19.121). Estos contratos son todos referentes a funcionarios que realizan tareas técnico-profesionales en los departamentos de Florida, Lavalleja, Montevideo, Paysandú, Rocha, Salto, San José, Soriano y Tacuarembó. Estos funcionarios cuentan con un contrato formalizado por escrito para desempeñar tareas transitorias, excepcionales, a término, o tareas permanentes específicas y cuya contratación se realiza con cargo a partidas para jornales y contrataciones, por el plazo de hasta dos años pudiendo prorrogarse por idéntico plazo. Si bien estos funcionarios tienen un contrato a término, tienen un régimen intermedio de protección entre los funcionarios “presupuestados” y los “contratados por comisión de apoyo” pues, al ser un contrato que define tareas específicas y tiene un plazo establecido, restringe la discrecionalidad del superior jerárquico. El tipo de vínculo contratos de comisión de apoyo, que incluye a 7 funcionarios de las DDS, tiene una mayor precariedad respecto al régimen de trabajo en relación con los “presupuestados” pues no habilita el derecho al ascenso, ni a la carrera administrativa y otorga

mayor discrecionalidad al superior jerárquico referente a la continuidad y renovación del contrato. Del total de 7 funcionarios contratados por Comisión de Apoyo, 3 lo son en calidad de técnicos, 3 en calidad de profesionales y 1 en calidad de administrativo. En las DDS de Florida, Salto y Canelones están los profesionales, en Tacuarembó, San José y Salto, los técnicos y, el administrativo, en la DDS Canelones.

El cargo Q incluye aquellos cargos cuyo carácter de particular confianza es determinado por la ley (artículo 43 de la Ley n.º 15.809), hay uno por departamento, y son los funcionarios de mayor jerarquía a nivel departamental.

Un funcionario de Treinta y Tres tiene un vínculo especial porque trabaja para la DDS mediante acuerdo con la Intendencia Departamental, que es su unidad de origen.

La tabla 4.6. organiza los distintos tipos de vínculos contractuales en cada DDS. Las DDS Rivera, Artigas, Maldonado Cerro Largo y Durazno tienen –excluyendo al cargo de dirección Q– a todos sus funcionarios en la categoría de “presupuestados”. Las DDS de Canelones, Paysandú, Rocha, Tacuarembó, Río Negro, Salto, Flores, Lavalleja, Montevideo, Soriano y Colonia presentan una mayor cantidad de tipos de vínculo distintos predominando en términos cuantitativos los funcionarios presupuestados. En las DDS de Florida, San José y Treinta y Tres los funcionarios presentan una minoría de vínculos de trabajo estables y alta dispersión de tipos de vínculos. La alta dispersión de vínculos contractuales a menudo plantea diferencias en el régimen laboral y en términos de remuneraciones e incentivos a funcionarios que cumplen generalmente funciones similares.

Tabla 4.6. RRHH DDS. Distribución por DDS, tipo de vínculo contractual. Frecuencia relativa por DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Q	Presup.	Contrato por Comisión de Apoyo	Presup. pase en comisión	Contrato de trabajo	No contesta	Acuerdo Intendencia y Ministerio	Total
DDS Rivera	9%	91%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
DDS Artigas	11%	89%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
DDS Maldonado	11%	89%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
DDS Cerro Largo	14%	86%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
DDS Durazno	17%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
DDS Canelones	6%	71%	12%	6%	0%	6%	0%	100%
DDS Paysandú	10%	70%	0%	10%	10%	0%	0%	100%
DDS Rocha	17%	67%	0%	0%	17%	0%	0%	100%
DDS Tacuarembó	11%	67%	11%	0%	11%	0%	0%	100%
DDS Río Negro	20%	60%	0%	0%	0%	0%	20%	100%
DDS Salto	9%	55%	18%	9%	9%	0%	0%	100%
DDS Flores	17%	50%	0%	33%	0%	0%	0%	100%
DDS Lavalleja	25%	50%	0%	0%	25%	0%	0%	100%
DDS Montevideo	13%	50%	0%	0%	13%	25%	0%	100%
DDS Soriano	25%	50%	0%	0%	25%	0%	0%	100%
DDS Colonia	9%	45%	0%	36%	0%	9%	0%	100%
DDS Florida	14%	43%	14%	14%	14%	0%	0%	100%
DDS San José	17%	33%	17%	0%	17%	17%	0%	100%
DDS Treinta y Tres	25%	25%	0%	50%	0%	0%	0%	100%
Total	13%	65%	5%	8%	6%	3%	1%	100%

Fuente: elaboración propia.

4.1.4. Experiencia y antigüedad en el cargo

La lógica burocrática en las DDS convive con modelos gerenciales y clientelares, no obstante, es el modelo más prevalente y con mayor arraigo histórico. La lógica organizacional burocrática tiene tres características principales relacionadas con el perfil del funcionario según las necesidades y requerimientos del cargo. Estas tres últimas son la formación profesional, el máximo rendimiento y el ejercicio del cargo como actividad que puede aprenderse (Martínez Castilla, 2016, p. 149).

Algunas interpretaciones respecto de la relación entre la cantidad de años de permanencia en una DDS y la posibilidad de trasmisión de experiencias y conocimientos a nivel intergeneracional –de más añosos a más jóvenes– pueden hacerse considerando estudios de Max Weber sobre la burocracia y sus funcionarios e investigaciones vinculadas a las teorías de las organizaciones en diversos campos disciplinares (como la psicología o la sociología).

Para analizar la posibilidad de trasmisión de experiencias y conocimientos de quienes hace más tiempo que están en una DDS a los más nuevos como sustento de las lógicas de funcionamiento y de conservación de saberes y prácticas adquiridas en el ejercicio de la función, se toman conceptos sobre la cultura organizativa que algunos autores relacionan con la memoria social de las organizaciones (Booth, Clark, Delahaye, Procter y Rowlinson, 2005), la memoria colectiva (Aguilar y Quintero, 2005) y, más recientemente, con la memoria organizacional o los sistemas de memoria organizacional (Reátegui, Poma, Benítez y Rodríguez, 2015)¹⁵.

La memoria colectiva es una reconstrucción conjunta y constante de eventos pasados a partir de conversaciones cotidianas que mantiene un grupo social (Aguilar y Quintero, 2005, p. 286). Según esto, mediante las interacciones y el lenguaje se da sentido a la práctica social en las organizaciones, y se producen y reproducen las prácticas que hacen al trabajo cotidiano. La memoria colectiva «es el resultado de una trama colectiva que moldea las formas de recuerdo y olvido, las conveniencias de lo que puede ser rememorado, celebrado y evitado» (Aguilar y Quintero, 2005, p. 295) y es una forma de no repetir o prever los errores del pasado, así como la recuperación de buenas prácticas.

¹⁵ En general estos enfoques le objetan a la teoría de las organizaciones cuestiones de carácter metodológico dado que los insumos que se toman en cuenta a la hora de construir la memoria son preparados sólo por una parte del funcionariado, a veces ajeno a la centralidad, y a veces porque sólo se escribe y muestra aquello que interesa en determinada coyuntura. Dice Ott (1989) al respecto: «las publicaciones oficiales, como folletos, informes anuales o artículos de prensa (...) suelen reflejar sólo lo que un equipo de ejecutivos y relaciones públicas quiere hacer notorio». A la vez, las teorías de la organización no explican los significados colectivos asociados al pasado porque se limitan a interpretar el pasado a partir del presente.

Como se ha dicho, la recuperación de las prácticas organizacionales se asume desde la memoria organizacional o los sistemas de memoria organizacional como medio por el cual el conocimiento pasado es utilizado en las actividades actuales. «Está vinculada al desarrollo de sistemas capaces de capturar lo que debe ser archivado, de categorizar el conocimiento almacenado, de establecer una conexión entre los contenidos y el conocimiento humano, de ayudar a la creación de nuevos conocimientos, de facilitar el proceso de compartir conocimiento y permitir la recuperación del conocimiento para la toma y el apoyo de la acción humana» (Pérez y Ramos, 2013 citados por Reátegui, et. al, 2015). A los efectos de este estudio cabe destacar que la memoria organizacional no sólo abarca insumos y herramientas «tangibles» como bases de datos, archivos digitales o en papel, informes institucionales, fechas conmemorativa y archivos de prensa, sino también «el conocimiento tácito relacionado con el trabajo en las cabezas de los empleados» (Reátegui et. al, 2015). Se propone operacionalizar las ideas de recolección de la memoria organizacional del siguiente modo: las DDS que tienen mayoría de recursos humanos con más de 5 años en el MSP (Categorías “% de RRHH con más de 20 años de ingreso al MSP” y “% de RRHH con más de 5 y menos de 20 años de ingreso al MSP”) pero que a su vez cuentan con RRHH recientemente ingresados al MSP (categoría “% de RRHH con hasta 5 años de ingreso al MSP”) tienen más posibilidades de intercambio de capacidades intergeneracionales que DDS con mayoría de RRHH ingresados recientemente. Esto significa más facilidades para el desarrollo del proceso de compartir conocimiento y permitir la recuperación del conocimiento a nivel organizacional.

La tabla 4.7. muestra la distribución de los funcionarios según el período de ingreso al MSP. En el período 2005-2009 se produjo la mayor cantidad de ingresos, período en el que también se ubica la mediana de la distribución. Se observa que más de la mitad de los funcionarios de las DDS tiene 10 o más años de permanencia en el MSP.

Tabla 5.7. RRHH DDS. Período de ingreso al MSP. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020

Período	F _{ABS}	F _{REL} (%)	F _{REL} Acumuladas (%)
Hasta 1989	13	9	9
Período 1990-1994	6	4	13
Período 1995-1999	8	5	18
Período 2000-2004	8	5	23
Período 2005-2009	50	33	56
Período 2010-2014	24	16	72
Período 2015-2019	15	10	82
2020	21	14	96
N/C	5	3	99
Total	150	100	

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4.8. se organizan los ingresos al MSP por período y por cada DDS. Del análisis de los datos se puede señalar que la mayoría de las DDS cumplen con el criterio definido previamente, favoreciendo las condiciones para la recuperación de las prácticas organizacionales desde la memoria organizacional o los sistemas de memoria organizacional como medio por el cual el conocimiento pasado es utilizado en las actividades actuales. La excepción refiere a las DDS de Lavalleja, Soriano y Treinta y Tres en las cuales el 50 % o más de sus RRHH ingresaron en los últimos 5 años.

Tabla 4.8. RRHH DDS según período de ingreso MSP. Frecuencia absoluta y relativa. Set. 2020.

DDS	Períodos de ingreso al MSP										% RRHH por períodos de ingreso/total RRHH		
	1989	1990-1994	1995- 1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015- 2019	2020	N/C	Total	+ 20 años	15-20 años	1-5 años
Artigas	0	1	2	0	4	1	0	1	0	9	33,3	55,6	11,1
Canelones	1	0	0	3	7	3	1	1	1	17	5,9	76,5	11,8
C. Largo	3	0	0	0	2	1	0	1	0	7	42,9	42,9	14,3
Colonia	0	0	0	0	4	3	1	2	1	11	0,0	63,6	27,3
Durazno	0	2	1	1	0	1	0	1	0	6	50,0	33,3	16,7
Flores	0	0	1	0	1	0	3	1	0	6	16,7	16,7	66,7
Florida	0	0	0	0	4	1	1	1	0	7	0,0	71,4	28,6
Lavalleja	0	0	0	1	0	1	1	1	0	4	0,0	50,0	50,0
Mald.	1	0	1	1	3	1	1	1	0	9	22,2	55,6	22,2
Mvdeo.	0	0	0	1	3	0	0	2	2	8	0,0	50,0	25,0
Paysandú	0	0	0	0	6	3	0	1	0	10	0,0	90,0	10,0
Río Negro	0	1	0	0	1	1	1	1	0	5	20,0	40,0	40,0
Rivera	1	1	3	1	4	0	0	1	0	11	45,5	45,5	9,1
Rocha	1	0	0	0	1	2	1	1	0	6	16,7	50,0	33,3
Salto	1	1	0	0	4	4	0	1	0	11	18,2	72,7	9,1
San José	1	0	0	0	2	0	1	1	1	6	16,7	33,3	33,3
Soriano	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4	0,0	50,0	50,0
Tbó	4	0	0	0	3	0	1	1	0	9	44,4	33,3	22,2

T. y Tres	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4	0,0	25,0	75,0
Total	13	6	8	8	50	24	15	21	5	150	18,0	54,7	24,0

4.1.5. Carga horaria

Dada la relativa diversidad referente a los regímenes laborales de los RRHH de las DDS, la cantidad de horas trabajadas será incluida en el análisis como un indicador complementario a la cantidad de funcionarios. Los resultados indican que a igual número de funcionarios existen diferencias entre DDS en el volumen total de horas trabajadas.

Tabla 4.9. RRHH DDS. Carga horaria. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Carga horaria	F _{ABS}	F _{REL} (%)
20 horas semanales	2	1
24 horas semanales	1	1
30 horas semanales	73	49
36 horas semanales	13	9
40 horas semanales	37	25
Full time	19	13
No contesta	5	3
Total	150	100

Fuente: elaboración propia.

La tabla anterior (4.9.) muestra los resultados agregados de las frecuencias absoluta y relativa para la carga horaria que cumplen los RRHH de las DDS. Prácticamente la mitad (49 %) cumple 30 horas semanales y la cuarta parte (25 %) cumple 40 horas semanales, que son dos cargas horarias habituales en la administración pública. El promedio de carga horaria semanal es de 33 horas. La carga horaria que más se repite es 30 horas semanales. Quienes cumplen 20 horas semanales (2) son profesionales contratados por Comisión de Apoyo para trabajar en la DDS Florida y en la DDS Salto. Una persona cumple horario de 24 horas semanales en la DDS

Colonia y un profesional en comisión entrante del Hospital de ASSE. Si bien los directores departamentales de salud declaran trabajar a tiempo completo en las DDS, no existe una normativa específica que determine el régimen de trabajo de los cargos Q en general y de los directores departamentales de salud en particular, más allá de lo dicho anteriormente referente a que deben de ser creados por la vía legal, que son de particular confianza y que su designación y destitución es realizada por el órgano administrativo correspondiente. La última columna de la tabla 4.10. muestra el total de horas semanales trabajadas por DDS. El promedio de horas semanales trabajadas por DDS es de 222 horas a partir del cual se propone ubicar a las DDS que están por encima y por debajo del promedio.

Tabla 4.10. RRHH DDS. Carga horaria semanal por DDS. Set.2020.

DDS	Carga horaria semanal							Total	Total semanales trabajadas*
	20 h	24 h	30 h	36 h	40 h	Full time	N/C		
DDS Canelones	0	0	12	1	2	1	1	17	476
DDS Salto	1	0	3	0	6	1	0	11	350
DDS Rivera	0	0	6	4	0	1	0	11	324
DDS Colonia	0	1	4	0	4	1	1	11	320
DDS Paysandú	0	0	7	0	2	1	0	10	290
DDS Maldonado	0	0	5	0	3	1	0	9	270
DDS Tacuarembó	0	0	5	0	3	1	0	9	270
DDS Artigas	0	0	6	2	0	1	0	9	252
DDS Cerro Largo	0	0	3	2	1	1	0	7	202
DDS Florida	1	0	2	1	2	1	0	7	196
DDS Durazno	0	0	1	1	3	1	0	6	186
DDS Flores	0	0	2	1	2	1	0	6	176
DDS Rocha	0	0	2	1	2	1	0	6	176
DDS Montevideo	0	0	5	0	0	1	2	8	150
DDS San José	0	0	2	0	2	1	1	6	140
DDS Río Negro	0	0	3	0	1	1	0	5	130
DDS Lavalleja	0	0	1	0	2	1	0	4	110
DDS Soriano	0	0	1	0	2	1	0	4	110
DDS T. y Tres	0	0	3	0	0	1	0	4	90
Total	2	1	73	13	37	19	5	150	4218

*No se incluye en el cálculo al Director Deptal (categoría *full time*).

Fuente: elaboración propia.

4.1.6. La carrera administrativa: escalafones y grados

El escalafón y el grado de los funcionarios públicos se relaciona con la formación y tareas encomendadas, así como también, provee elementos de valoración de la carrera administrativa.

Los datos de las siguientes tablas muestran que de los 97 funcionarios que son presupuestados en las DDS, un 52 % corresponde al escalafón A Profesional y B Técnico. Los escalafones C y D que corresponden principalmente a tareas administrativas representan al 39 % de la distribución. Los escalafones E “Oficios y F “Servicios auxiliares” alcanzan el 8% restante de la distribución. En cuanto al grado, es necesario mencionar que el grado de ingreso varía según el escalafón descrito (ver detalle en el Anexo 2, sección “Escalafones”). El 57 % de los funcionarios presupuestados de las DDS actualmente se encuentra en el grado de ingreso de su respectivo escalafón. Con excepción de un funcionario del escalafón E, el resto se dispersa en los siguientes grados de la mitad inferior de sus respectivos escalafones. Estos datos reflejan escasas oportunidades de concursos e instancias de ascenso una vez que se ha ingresado a la función, con posibles consecuencias negativas en términos de incentivos y perspectivas de carrera administrativa.

Tabla 4.11. RRHH DDS. Escalafón y grado. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020. *

Escalafón	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	F _{ABS}	F _{REL} (%)
A	No existe			28	2	0	0	12	1	45	46
B	No existe		6	0	0	1	1	0	0	8	8
C	19	1	1	2	2	0	0	0	0	25	26
D	1	2	5	0	1	1	3	0	0	13	13
E	1	1	0	2	1	1	0	0	1	7	7
F	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total										97	100

Ver en el Anexo 2 una descripción detallada de Escalafones. Los grados mínimos y máximos de los escalafones a que refiere la tabla son: Escalafón A mínimo Grado 4 máximo Grado 16, Escalafón B mín. G3 máx. G15, Escalafones C y D mín. G1 máx. G14, Escalafón E mín.G1 máx.G13, Escalafón F mín.G1 máx. G10 (Artículo 27 de la ley n.º 16.170).

*No se incluye los cargos Q ni los pases en comisión entrantes.

Fuente: elaboración propia.

La tabla 4.12. permite una aproximación a la magnitud del problema referente a la inexistencia de mecanismos de ascenso, al relacionar la fecha de ingreso al MSP con el grado. El porcentaje de RRHH con el mínimo grado de ingreso de todos los escalafones incluidos en las DDS asciende al 57 %. De los funcionarios que tienen el grado mínimo de ingreso, el 68 % ingresó hace más de 10 años, el 27 % ingresó en el período 2010-2014 y sólo en 5 % ingresó en los últimos 5 años. La amplia mayoría de los funcionarios que tienen grados más altos no superan la mitad inferior de la escala referida a cada escalafón. En los últimos 10 años, aunque ingresó el 18 % de los funcionarios presupuestados, ninguno ha ascendido de grado. Como conclusión se puede afirmar que, aunque formalmente se puede hacer carrera, eso no se ve reflejado en la realidad, presumiblemente por la falta de concursos de ascenso interno.

Tabla 4.12. RRHH presupuestados según categorías de grado y período de ingreso al MSP. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Período de ingreso	RRHH con grado mínimo de ingreso. Frecuencias Absolutas			RRHH con grado mínimo de ingreso. Frecuencias relativas.		
	Grado mín. ingreso	Otros grados superiores	Totales	Grado mínimo de ingreso	Otros grados superiores	Totales
1979- 1989	0	12	12	0%	29%	12%
1990-1994	0	6	6	0%	14%	6%
1995-1999	2	6	8	4%	14%	8%
2000-2004	1	7	8	2%	17%	8%
2005-2009	34	11	45	62%	26%	46%
2010-2014	15	0	15	27%	0%	15%



2015-2019	3	0	3		5%	0%	3%
Total	55	42	97		100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Extendiendo el análisis de las categorías de escalafones y grados a cada DDS, la última columna de la tabla 4.13. cuantifica en términos relativos el porcentaje de RRHH con grado mínimo de ingreso respecto al total de funcionarios presupuestados de cada DDS.

Tabla 4.13. Cantidad de RRHH presupuestados por DDS, escalafón y grado. Set. 2020.

DDS	Téc.-Prof. (Ay B)		Adm. (C y D)		Serv.aux. y oficios			Tot.	% grado mín /
	Gr. mín. ingr.	G5 a G9	Gr. mín. ingr.	G2 a G7	Gr. mín. ingr.	G2 a G6	N/C		
Durazno	0	1	1	3	0	1	0	6	17%
R. Negro	1	1	0	0	0	1	0	3	33%
C. Largo	1	1	1	1	0	1	0	5	40%
Tbó.	1	1	1	2	0	0	0	5	40%
Rivera	2	3	2	2	0	0	0	9	44%
Artigas	3	1	1	2	0	1	0	8	50%
Lavalle	1	1	0	0	0	0	0	2	50%
S. José	1	0	0	1	0	0	0	2	50%
Colonia	3	0	1	1	0	0	2	7	57%
Canelones	5	3	2	1	0	1	0	12	58%
Maldonado	3	2	1	1	1	0	0	8	63%
Flores	1	0	1	1	0	0	0	3	67%
Salto	2	1	2	1	0	0	0	6	67%
Paysandú	3	1	2	1	0	0	0	7	71%
Montevideo	1	1	2	0	0	0	0	4	75%
Rocha	2	0	1	0	0	1	0	4	75%
Florida	3	0	0	0	0	0	0	3	100%
Soriano	1	0	1	0	0	0	0	2	100%

T y Tres	0	0	1	0	0	0	0	1	100%
Total	34	17	20	17	1	6	2	97	57%

Finalmente, el análisis de la estructura escalafonaria también permite un acercamiento a la adecuación de las tareas y funciones efectivamente desarrolladas por las DDS. La tabla 4.14. busca destacar las posibles deficiencias de dotación de alguna categoría escalafonaria por departamento. En la tabla se incluyen, además de los funcionarios presupuestados, al resto del personal de las DDS con excepción del trabajo realizado por las cooperativas sociales las cuales van a ser analizadas posteriormente en este informe. Se puede identificar dos patrones respecto a la dotación de RRHH: DDS con dotación de RRHH en todas las categorías escalafonarias y DDS con carencia de RRHH en alguna categoría. Los casos Treinta y Tres, Río Negro y Lavalleja sin técnicos-profesionales el primero y sin administrativos el segundo son los que presentan mayores problemas de dotación.

Tabla 4.14. Cantidad RRHH por DDS y categorías escalafonarias. Set. 2020.

DDS	(Q)	Esc. A, B y similares	Esc C, D y similares	Esc. E, F y similares	NC	Total	Dotación RRHH por categorías
ARTIGAS	1	4	3	1	0	9	Dotación de RRHH de todas las categorías escalafonarias
CANELONES	1	10	4	1	1	17	Dotación de RRHH de todas las categorías escalafonarias
CERRO LARGO	1	2	3	1	0	7	Dotación de RRHH de todas las categorías escalafonarias
COLONIA	1	5	3	1	1	11	Dotación de RRHH de todas las categorías escalafonarias
DURAZNO	1	1	3	1	0	6	Dotación de RRHH de todas las categorías escalafonarias
MALDONADO	1	5	2	1	0	9	Dotación de RRHH de todas las categorías escalafonarias
ROCHA	1	3	1	1	0	6	Dotación de RRHH de todas las categorías escalafonarias
TACUAREMBÓ	1	3	3	2	0	9	Dotación de RRHH de todas las categorías escalafonarias
TREINTA Y TRES	1	0	2	1	0	4	Sin técnicos-profesionales
MONTEVIDEO	1	3	2	0	2	8	Sin RRHH de servicios y oficios
PAYSANDÚ	1	6	3	0	0	10	Sin RRHH de servicios y oficios
RIVERA	1	5	5	0	0	11	Sin RRHH de servicios y oficios
FLORES	1	3	2	0	0	6	Sin RRHH de servicios y oficios
FLORIDA	1	5	1	0	0	7	Sin RRHH de servicios y oficios
RÍO NEGRO	1	2	0	2	0	5	Sin Administrativos
SALTO	1	7	3	0	0	11	Sin RRHH de servicios y oficios
SAN JOSÉ	1	2	2	0	1	6	Sin RRHH de servicios y oficios

SORIANO	1	2	1	0	0	4	Sin RRHH de servicios y oficios
LAVALLEJA	1	3	0	0	0	4	Sin Adm. / Sin RRHH de servicios y oficios
Total	19	71	43	12	5	150	

Fuente: elaboración propia.

4.1.7. Formación

El análisis de la formación de los recursos humanos desde una perspectiva institucional busca identificar capacidades organizativas producto de la calificación del personal perteneciente a las unidades de trabajo de estudio. De esta forma, se describirán las capacidades técnicas, el grado de profesionalización y especialización del personal para cumplir con los cometidos asignados. También se buscarán pistas sobre los requisitos y métodos de selección del personal y de la existencia o ausencia de mecanismos de ascenso por concurso y méritos.

Tabla 4.15. RRHH DDS. Grado de avance educativo. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Nivel educativo más alto alcanzado ¹⁶	F _{ABS}	F _{REL} (%)	F _{REL. ACUM}
Primaria incompleta	1	1%	1%
Ciclo básico incompleto	3	2%	3%
Ciclo básico completo	15	10%	13%
Formación media superior incompleta	11	7%	20%
Formación media superior completa	12	8%	28%
Formación terciaria no universitaria incompleta	7	5%	33%

¹⁶ La pregunta 15 del formulario aplicado preguntó por el último año aprobado en la enseñanza media. La pregunta 16 del formulario preguntó por el año que se está cursando. En caso de no estar cursando la opción a marcar era «No estoy cursando». De la lectura de la base de datos surgió que en la pregunta 16 se repetía la opción de la pregunta 15. En estos casos se procedió a sustituir el contenido del campo de la pregunta 16 por «No estoy cursando». Dado que 2 personas contestaron que tenían primaria incompleta, y por lo tanto no completaron esta sección, se sumaron dos registros bajo la categoría «no aplica» para N=150.

Según el diseño del formulario la opción «Ninguna opción de las anteriores» es igual a tener enseñanza primaria completa y ningún año aprobado en la enseñanza media. Se detectó que en 17 casos las respuestas eran inconsistentes debido a que se marcó la opción «Ninguna de las anteriores» y sin embargo se completó y especificó los títulos obtenidos en la enseñanza universitaria. En estos casos se sustituyó la respuesta «Ninguna de las anteriores» por la opción de tercer año de bachillerato aprobado. También se subsanaron las inconsistencias entre las respuestas al último año aprobado en la enseñanza media y la formación universitaria (en 13 casos quienes poseen título universitario no eligieron la opción de tercer año de bachillerato aprobado).

Formación terciaria no universitaria completa	3	2%	35%
Tecnicatura universitaria completa	5	3%	38%
Carrera universitaria de grado incompleta	4	3%	41%
Carrera universitaria de grado completa	21	14%	55%
Diploma/Especialidad incompleta	14	9%	64%
Diploma/Especialidad completa	38	25%	89%
Maestría incompleta	3	2%	91%
Maestría completa	7	5%	96%
Doctorado completo	1	1%	97%
No contesta	5	3%	100%
Total	150	100%	

Fuente: elaboración propia.

La anterior tabla resume los resultados de la formación formal de los RRHH pertenecientes a las DDS. Se describe la formación de forma ordinal mediante una categorización que identifica el máximo nivel educativo alcanzado. La mediana de la distribución se encuentra en la categoría “Carrera universitaria de grado completa”, esto es la mitad del personal que trabaja en las DDS tiene formación universitaria de grado o posgrado. En el extremo inferior de la distribución hay un porcentaje de un 20 % de funcionarios que no completó el nivel medio superior.

La tabla 4.16. profundiza la información respecto de la formación de los RRHH discriminando por DDS. La última columna identifica las DDS que se alejan de la distribución general y tienen menos de la mitad de sus RRHH con formación universitaria de grado o posgrado. Estas DDS son Durazno, Rivera, San José y Treinta y Tres.

Tabla 4.16. RRHH DDS. Formación por DDS y por máximo nivel alcanzado. Set. 2020.

DDS	FORM. PRIMARIA Y SECUND.					TERCIARIA Y UNIV. INICIAL				GR. UNIV. COMP. Y POSGRADO							N/C	% Grado univ. Compl./Posgrado
	1°Inc	CBInc	CBC	Binc	Bcom	3NUI	3NUC	TUC	GRIn	GC	DI/EI	DC/EC	MI	MC	DC			
Artigas	0%	0%	22%	11%	0%	0%	0%	11%	0%	33%	0%	22%	0%	0%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Canelo.	0%	0%	12%	6%	12%	6%	0%	6%	0%	18%	18%	18%	0%	0%	0%	6%	Más del 50% UC/Posg	
C. Largo	0%	0%	29%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	14%	14%	14%	14%	0%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Colonia	0%	9%	0%	9%	0%	0%	9%	0%	9%	18%	18%	18%	0%	0%	0%	9%	Más del 50% UC/Posg	
Durazno	0%	17%	17%	17%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	0%	0%	0%	Menos del 50% UC/Posg	
Flores	0%	0%	0%	17%	0%	0%	0%	0%	17%	0%	17%	50%	0%	0%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Florida	0%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	43%	14%	29%	0%	0%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Lavallej	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	25%	25%	0%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Maldo.	0%	0%	11%	22%	0%	0%	0%	0%	11%	11%	11%	22%	0%	0%	11%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Mdeo.	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	0%	13%	25%	0%	13%	0%	25%	Más del 50% UC/Posg	
Paysa.	0%	0%	0%	10%	20%	0%	0%	20%	0%	20%	0%	30%	0%	0%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Rivera	9%	0%	9%	18%	9%	9%	0%	0%	0%	9%	0%	27%	9%	0%	0%	0%	Menos del 50% UC/Posg	
Rocha	0%	0%	0%	0%	17%	33%	0%	0%	0%	0%	17%	0%	0%	33%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
R.N.	0%	20%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	40%	0%	0%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Salto	0%	0%	0%	0%	9%	9%	18%	0%	0%	18%	0%	36%	0%	9%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
S. José	0%	0%	17%	0%	17%	0%	0%	17%	0%	0%	0%	17%	0%	17%	0%	17%	Menos del 50% UC/Posg	
Soriano	0%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	25%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
Tacuar.	0%	0%	11%	11%	0%	11%	0%	0%	0%	22%	11%	33%	0%	0%	0%	0%	Más del 50% UC/Posg	
T. Tres	0%	0%	50%	0%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	Menos del 50% UC/Posg	
Total	1%	2%	10%	7%	8%	5%	2%	3%	3%	14%	9%	25%	2%	5%	1%	3%		

1°Inc=Primaria incompleta, CBInc=Ciclo básico incompleto, CBC=Ciclo básico completo, Binc=Formación media superior incompleta, Bcom=Formación media superior completa, 3NUI=Formación terciaria no universitaria incompleta, 3NUC=Formación terciaria no universitaria completa, TUC=Tecnicatura universitaria completa, GRIn=Carrera universitaria de grado incompleta, GC=Carrera universitaria de grado completa, DI/EI=Diploma/Especialidad incompleta, DC/EC=Diploma/Especialidad completa, MI=Maestría incompleta, MC=Maestría completa, DC=Doctorado completo, N/C=No contesta

Fuente: elaboración propia.

Tal como ha sido descrito en el apartado referente a la carrera administrativa, la descripción de los grados según escalafones tiene una lógica que incluye niveles de formación y profesionalización de los RRHH. La tabla 4.17. relaciona los datos de formación con las respuestas relativas a las categorías escalafonarias de los trabajadores. Se incluye además de los funcionarios presupuestados al resto del personal de las DDS con excepción del trabajo realizado por las cooperativas sociales. Se puede destacar que 5 funcionarios presupuestados en la categoría Técnico-profesionales (escalafones A, B) declararon tener formación de nivel medio superior, lo cual no se ajustaría al patrón descrito en estos escalafones. Por otra parte, también se debe señalar que hay 5 funcionarios con formación universitaria técnica, de grado o posgrado que tienen cargos de naturaleza administrativa (escalafones C, D y similares). El escalafón del resto de los funcionarios que respondieron la consulta se ajusta a la formación acreditada. Es de destacar que, aunque no haya una normativa que lo especifique, todos los cargos de confianza política (Q) tienen formación de grado o posgrado universitaria.

Tabla 6 RRHH DDS. Máximo nivel educativo alcanzado y categorías escalafonarias. Set. 2020.

Formación: máximo nivel educativo alcanzado.	RRHH DDS según categorías escalafonarias					
	Técnico-profesionales (Esc. A, B y similares)	Administrativos (Esc C, D y simil.)	Serv. auxil. y oficios (Esc. E, F y simil.)	Q	n/c	Total
Primaria incompleta	0	1	0	0	0	1
Ciclo básico incompleto	0	1	2	0	0	3
Ciclo básico completo	2	7	6	0	0	15
Formación media superior incompleta	1	8	2	0	0	11
Formación media superior completa	1	9	2	0	0	12
Formación terciaria no universitaria incompleta	1	6	0	0	0	7
Formación terciaria no universitaria completa	1	2	0	0	0	3
Tecnicatura universitaria completa	4	1	0	0	0	5
Carrera universitaria de grado incompleta	0	4	0	0	0	4
Carrera universitaria de grado completa	17	3	0	1	0	21
Diploma/Especialidad incompleta	8	0	0	6	0	14
Diploma/Especialidad completa	27	1	0	10	0	38
Maestría incompleta	3	0	0	0	0	3
Maestría completa	5	0	0	2	0	7
Doctorado completo	1	0	0	0	0	1
No contesta	0	0	0	0	5	5
Total	71	43	12	19	5	150

Fuente: elaboración propia.

Para profundizar el análisis de los RRHH con formación de grado universitario, en la tabla 4.18. se distinguen 6 categorías de profesionalización. La amplia mayoría son profesionales del área de la salud. Un 30 % son doctores en Medicina y un 36 % licenciados Enfermería. Datos que denotan que las áreas de profesionalización son acordes a las funciones asignadas.

Tabla 4.18. RRHH DDS por título de grado universitario y categorías de profesionalización. Set. 2020

Categorías de profesionalización	F _{ABS}	F _{REL} (%)
Dr./a Medicina	27	30%
Lic. En Enfermería	32	36%
Lic. en Psicología	8	9%

Otros profesionales de la salud	14	16%
Otros profesionales	2	2%
Profesionales de las ciencias sociales	6	7%
Total	89	100%

Esta información es complementada con los datos relativos a la formación en áreas técnicas. La siguiente tabla resume las respuestas ante la consulta de los cursos aprobados o en curso. La información de los cursos se organiza por áreas de conocimiento y por DDS. Es de destacar la cantidad de cursos de epidemiología, administración, gestión y políticas de salud, áreas que se relacionan directamente con el trabajo de las DDS. También se debe de mencionar las diferencias entre DDS respecto de la formación técnica de sus RRHH, mientras que Canelones, Salto y Maldonado son los departamentos cuyos RRHH tienen más cursos técnicos y Colonia, Flores, Río Negro y Montevideo son los que menos cursos técnicos tienen.

Tabla 4.19. Cursos de educación técnica según áreas de conocimiento por DDS. Set. 2020.



DDS	Auxiliares del área clínica	Área de Epidemiología	Adm, Gestion y políticas de Salud	Informática y sistemas de info	Otros	Total
DDS Canelones	3	1	14	11	8	37
DDS Salto	0	1	18	4	4	27
DDS Maldonado	7	2	1	6	2	18
DDS Rocha	8	0	5	3	0	16
DDS Tacuarembó	2	4	5	4	1	16
DDS Rivera	5	1	5	2	2	15
DDS Paysandú	3	0	2	5	3	13
DDS Durazno	0	0	6	2	2	10
DDS Florida	1	1	2	4	2	10
DDS San José	2	1	2	3	2	10
DDS Cerro Largo	2	0	5	2	0	9
DDS Soriano	1	0	4	2	2	9
DDS Lavalleja	0	1	4	2	1	8
DDS Treinta y Tres	2	0	2	1	3	8
DDS Artigas	3	0	0	2	0	5
DDS Colonia	1	1	0	1	1	4
DDS Flores	1	0	1	1	1	4
DDS Río Negro	0	0	0	1	1	2
DDS Montevideo	0	0	0	0	0	0
Total	41	13	76	56	35	221

Fuente: elaboración propia.

4.1.8. Habilidades y destrezas

En el MSP se utilizan sistemas de información que es necesario conocer para desarrollar las tareas correspondientes a alguna de las principales áreas de trabajo de la unidad organizativa. Los sistemas de información refieren a la vigilancia epidemiológica, a la gestión de los RRHH del MSP, a la gestión integral de los principales procesos realizados y, de modo más general, al manejo de las herramientas informáticas para realizar las tareas diarias de trabajo. La tabla 4.20. resume las menciones que tuvo cada herramienta y se presenta la frecuencia respecto del total de RRHH de las DDS. El 76 % de los RRHH de las DDS señala que maneja herramientas informáticas (procesadores de texto, presentación por diapositivas, planillas de

cálculo). El 65 % señala que maneja el Sistema de Gestión Humana (SGH), (en teoría todos los funcionarios deben usar esta herramienta para asentar sus incidencias, faltas, licencias, etcétera). Prácticamente la mitad del total de los RRHH de las DDS dice que maneja el SG-DEVISA, el sistema de expedientes (Integradoc) y el GRP.

Tabla 4.20. RRHH DDS. Distribución por habilidades y destrezas específicas requeridas para el trabajo en el MSP. Set. 2020.

Herramientas	Total de menciones	%
Informática	114	76
SG-DEVISA	78	52
Integradoc	72	48
Formularios	71	47
SGH	97	65
GRP	72	48
Ninguna	7	5
No contesta	5	3

Fuente: elaboración propia.

La información desagregada por DDS se muestra en el Anexo 2. Debido a que el manejo de estas herramientas se relaciona con las tareas efectivamente realizadas –con excepción de las herramientas informáticas y del SGH– en la amplia mayoría de los casos bastaría con que por lo menos un funcionario de la DDS tenga conocimiento de ellas. Este es el caso de las 19 DDS.

4.1.9. Áreas en las que se desarrollan tareas

Tal y como se indicó anteriormente, no existe una delimitación normativa específica de las competencias de las DDS, por lo que para conocer la división del trabajo y el grado de especialización de estas unidades organizativas es necesario indagar sobre las tareas que efectivamente realizan sus funcionarios. Un indicador que permite una aproximación al tema refiere a la distribución de los RRHH por áreas de trabajo. Como se ve en la tabla 4.21., casi la

mitad de los RRHH de las DDS se ubican en el área técnica y en el área de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En el área epidemiológica se ubican un 38 %, y algo más de la tercera parte del total de RRHH de las DDS entiende que trabaja en el área administrativa. Una cuarta parte ubica sus tareas en el área de la secretaría y una quinta parte del total entiende que colabora directamente con la dirección sea en carácter de asesor/a, adjunto/a o secretaria/o de la dirección.

Tabla 4.21. RRHH DDS. Distribución por áreas de trabajo. Set. 2020.

Área	Total que se ubicaron en el área	%
Dirección	19	12,67
Colaboración directa con dirección	31	20,67
Asesoría Legal	2	1,33
Área Técnica	73	48,67
Área Administrativa	47	31,33
Epidemiología	57	38,00
Promoción de la Salud y prevención de enfermedades	70	46,67
Transporte	23	15,33
Secretaría	26	17,33

Fuente: elaboración propia.

La tabla 4.22. distribuye los resultados de la tabla anterior por cada DDS e incluye la distribución porcentual de cada área respecto al total de RRHH en cada DDS. Aunque algunas de las categorías no son en forma necesaria mutuamente excluyentes (por ejemplo, epidemiología y el área técnica) del análisis de la tabla se desprende la escasa división del trabajo por áreas en las DDS, dado que en promedio los funcionarios identificaron más de 2 áreas de trabajo por persona. En las DDS Artigas, Lavalleja,

Montevideo y Soriano no hay funcionarios que se identifiquen con el área transporte. En la DDS Lavalleja ningún funcionario se ubicó en el área administrativa. En la DDS Treinta y Tres nadie se ubica en el área técnica. Es importante destacar que con excepción de Paysandú y Florida, el resto de las DDS no cuentan con personal dedicado al área legal. Cerro Largo, Durazno, Florida y Lavalleja no cuentan con personal dedicado al área secretarial. La condición de cumplir con la función de referente epidemiológico fue identificada en todas las DDS menos en las de Treinta y Tres y Río Negro, que declaran no tener referente epidemiológico. En la DDS Canelones se ubicaron 3 personas como referente epidemiológico y en Lavalleja 2 personas.

Tabla 4.22. RRHH DDS. Distribución por DDS y áreas de trabajo. Frecuencia absoluta y relativa. Set.2020.

Unidad de análisis	Dirección	Colaboración con Director	Asesoría Legal	Área Técnica	Área Admin.	Epidemiología	Promoción de la Salud	Transporte	Secretaría	Total RRHH	Dirección	Colaboración con director	Asesoría Legal	Área Técnica	Área Admin.	Epidemiología	Promoción de la salud	Transporte	Secretaría
DDS Artigas	1	1	0	4	3	4	4	0	1	9	11%	11%	0%	44%	33%	44%	44%	0%	11%
DDS Canelones	1	5	0	13	5	3	7	1	5	17	6%	29%	0%	76%	29%	18%	41%	6%	29%
DDS Cerro Largo	1	0	0	4	1	5	5	2	0	7	14%	0%	0%	57%	14%	71%	71%	29%	0%
DDS Colonia	1	2	0	4	4	2	6	1	1	11	9%	18%	0%	36%	36%	18%	55%	9%	9%
DDS Durazno	1	0	0	1	2	1	2	2	0	6	17%	0%	0%	17%	33%	17%	33%	33%	0%
DDS Flores	1	1	0	3	3	2	3	1	2	6	17%	17%	0%	50%	50%	33%	50%	17%	33%
DDS Florida	1	3	1	4	3	4	3	3	0	7	14%	43%	14%	57%	43%	57%	43%	43%	0%
DDS Lavalleja	1	1	0	1	0	2	2	0	0	4	25%	25%	0%	25%	0%	50%	50%	0%	0%
DDS Maldonado	1	2	0	6	3	5	5	1	2	9	11%	22%	0%	67%	33%	56%	56%	11%	22%
DDS Montevideo	1	3	0	3	1	2	3	0	1	8	13%	38%	0%	38%	13%	25%	38%	0%	13%
DDS Paysandú	1	3	1	4	3	4	4	1	2	10	10%	30%	10%	40%	30%	40%	40%	10%	20%
DDS Río Negro	1	1	0	2	4	3	4	1	2	5	20%	20%	0%	40%	80%	60%	80%	20%	40%
DDS Rivera	1	1	0	4	5	7	6	2	3	11	9%	9%	0%	36%	45%	64%	55%	18%	27%
DDS Rocha	1	2	0	3	1	1	3	1	1	6	17%	33%	0%	50%	17%	17%	50%	17%	17%
DDS Salto	1	2	0	6	2	3	3	2	1	11	9%	18%	0%	55%	18%	27%	27%	18%	9%
DDS San José	1	1	0	3	1	2	2	1	1	6	17%	17%	0%	50%	17%	33%	33%	17%	17%
DDS Soriano	1	1	0	2	2	1	1	0	2	4	25%	25%	0%	50%	50%	25%	25%	0%	50%
DDS Tacuarembó	1	2	0	6	2	4	6	2	1	9	11%	22%	0%	67%	22%	44%	67%	22%	11%
DDS Treinta y Tres	1	0	0	0	2	2	1	2	1	4	25%	0%	0%	0%	50%	50%	25%	50%	25%
TOTAL	19	31	2	73	47	57	70	23	26	150	13%	21%	1%	49%	31%	38%	47%	15%	17%

Fuente: elaboración propia.

4.1.10. Principales tareas que cumplen las DDS

En aras de profundizar el análisis realizado en el apartado anterior, a continuación, se describirá la respuesta de los funcionarios a la pregunta relativa a cuáles son las tareas que realizan más habitualmente, es decir, a las que más tiempo dedican de su carga horaria, pudiendo marcar más de una opción. La tabla 4.23. resume la distribución de tareas. La última columna y el gráfico siguiente muestran el porcentaje de respuesta sobre el total de RRHH de las DDS (N=150). En primer término, se destaca que en promedio cada funcionario identificó 10 tareas de la lista facilitada en calidad de cumplimiento habitual. Las respuestas se pueden dividir en tres categorías según las frecuencias: el primer conjunto de tareas refiere a las realizadas por un porcentaje que oscila entre el 41,3 y 68.7 % de los RRHH e incluye actividades de diversa índole –desde tareas relacionadas a la gestión administrativa, pasando por tareas relativas a la promoción y prevención de enfermedades, de registro, control, inspección, habilitación de servicios, hasta tareas de asesoramiento y realización de informes técnicos—. El segundo grupo de tareas es de corte técnico y está relacionado con el control epidemiológico, al control de los prestadores y de planificación estratégica, que son tareas realizadas por 1 de cada 3 funcionarios (entre 30.7 % y 37.3 %). Finalmente, en una categoría residual, se puede identificar una cantidad diversa de tareas realizadas por un 1 de cada 4 funcionarios.

Tabla 4.23. RRHH DDS. Distribución de tareas en general. Frecuencia relativa. Set. 2020.

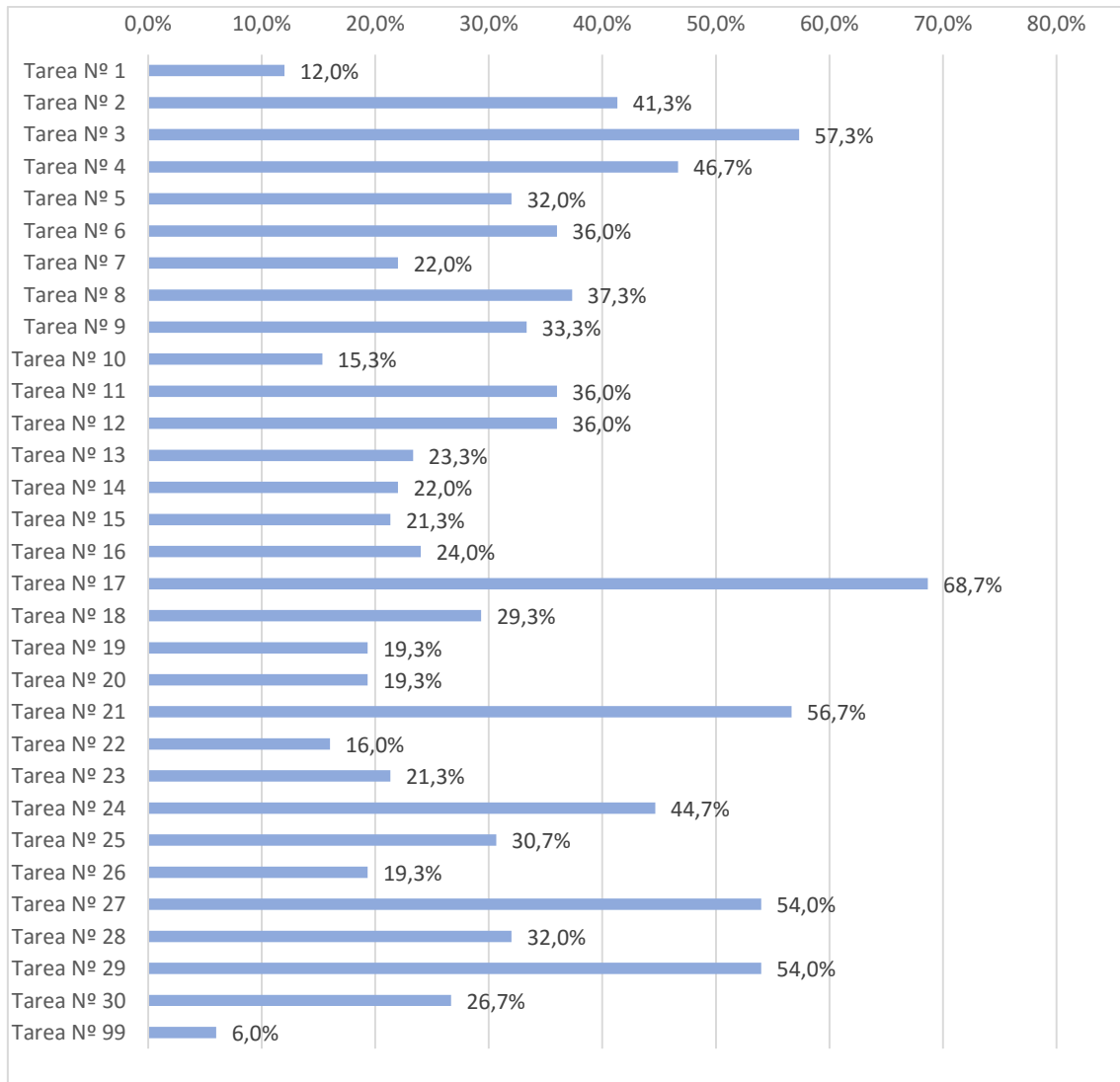
Unidad de análisis: tareas	F _{ABS}	F _{REL} (%)	Distribución de funcionarios según tareas (%) N=150
N° 1. Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos.	18	1,2%	12,0%
N° 2. Coordinación de reuniones, levantamiento de actas.	62	4,2%	41,3%
N° 3. Realizar inspecciones sanitarias.	86	5,8%	57,3%
N° 4. Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias.	70	4,7%	46,7%
N° 5. Elaborar informes de vigilancia epidemiológica.	48	3,2%	32,0%
N° 6. Investigar y monitorear casos y brotes epidemiológicos.	54	3,6%	36,0%
N° 7. Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud.	33	2,2%	22,0%
N° 8. Realizar controles e inspecciones del cumpl. de la normativa sanitaria por parte de los prestadores.	56	3,8%	37,3%
N° 9. Monitorear eventos de notificación obligatoria.	50	3,4%	33,3%
N° 10. Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras.	23	1,5%	15,3%
N° 11. Prevenir eventos epidemiológicos.	54	3,6%	36,0%
N° 12. Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores.	54	3,6%	36,0%
N° 13. Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios.	35	2,3%	23,3%
N° 14. Rendir fondo permanente, controlar facturas.	33	2,2%	22,0%
N° 15. Gestionar sistemas SGH.	32	2,1%	21,3%
N° 16. Manejar vehículo.	36	2,4%	24,0%
N° 17. Atender a los usuarios telefónica y presencialmente.	103	6,9%	68,7%



N° 18. Planificar y coordinar en conjunto con el CECEOED.	44	3,0%	29,3%
N° 19. Planificar rondas rurales.	29	1,9%	19,3%
N° 20. Coordinar las ferias de salud rural.	29	1,9%	19,3%
N° 21. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	85	5,7%	56,7%
N° 22. Realizar el mantenimiento básico de la planta física coord. con los servicios correspondientes.	24	1,6%	16,0%
N° 23. Habilitar servicios de salud.	32	2,1%	21,3%
N° 24. Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos.	67	4,5%	44,7%
N° 25. Hacer el POA (plan operativo anual).	46	3,1%	30,7%
N° 26. Llevar la agenda de la unidad organizativa.	29	1,9%	19,3%
N° 27. Hacer informes técnicos.	81	5,4%	54,0%
N° 28. Formular los compromisos de gestión.	48	3,2%	32,0%
N° 29. Asesorar y acompañar las actividades en territorio.	81	5,4%	54,0%
N° 30. Gestionar sistema GRP.	40	2,7%	26,7%
N° 99. No contesta	9	0,6%	6,0%
TOTAL	1491	100,0%	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4.3. Distribución de respuestas según tareas (%). N=150. *



* El número de tarea corresponde con el de la tabla anterior.

Fuente: elaboración propia.

Aunque se puede ver en el Anexo 2 tres tablas que resumen la distribución de las tareas por departamento, la cantidad de categorías identificadas y la dispersión en las respuestas de los funcionarios dificulta el análisis por DDS. Para facilitar la comprensión de los datos se propone realizar una recategorización de las tareas, según se indica a continuación:

Tareas relacionadas con la dirección:

- Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos.
- Realizar controles e inspecciones del cumplimiento de la normativa sanitaria por parte de los prestadores.

Tareas relacionadas a la gestión administrativa:

- Coordinación de reuniones, levantamiento de actas.
- Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios.
- Rendir fondo permanente, controlar facturas.
- Gestionar sistemas SGH.
- Atender a los usuarios telefónica y presencialmente.
- Gestionar sistema GRP.
- Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos.
- Llevar la agenda de la unidad organizativa.
- Realizar el mantenimiento básico de la planta física coordinando con los servicios correspondientes.

Tareas relacionadas con la vigilancia epidemiológica:

- Elaborar informes de vigilancia epidemiológica.
- Investigar y monitorear casos y brotes epidemiológicos.
- Monitorear eventos de notificación obligatoria.
- Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores.
- Prevenir eventos epidemiológicos.
- Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras.

Tareas relacionadas con promoción de la salud y prevención de enfermedades:

- Realizar inspecciones sanitarias.
- Planificar rondas rurales.
- Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades
- Coordinar las ferias de salud rural.

Tareas relacionadas con registro, control, inspección, habilitación de servicios:

- Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias.
- Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud.
- Realizar controles e inspecciones del cumplimiento de la normativa sanitaria por parte de los prestadores.
- Habilitar servicios de salud.

Transporte:

- Manejar vehículo

Tareas relacionadas con planificación estratégica de la DDS:

- Hacer el POA (plan operativo anual)

La tabla 4.24. resume la información de las tareas ordenadas según el criterio antes descrito y por departamento. Se remite nuevamente al Anexo 2 para ver dos tablas que describen los

valores absolutos y relativos por tareas. Las “tareas administrativas” son en términos relativos las que tienen mayor frecuencia de respuestas en la mayoría de las DDS, con excepción de Artigas, Rivera, Tacuarembó y Treinta y Tres donde las más frecuentes son las relativas a la “vigilancia epidemiológica”. Estas junto con las relativas a “promoción de salud y prevención de enfermedades”, y “registro, control inspección y habilitación de servicios de salud” completan el cuadro de las tareas que con más frecuencia realizan los funcionarios de las DDS, siendo en promedio el 76 % si se las considera en conjunto para todas las DDS. Se debe mencionar que en la DDS de Treinta y Tres no hay referencias de los funcionarios respecto a la realización de tareas de “planificación”, de “dirección” o a “otras tareas técnicas”.

Tabla 4.24. RRHH DDS. Grupos de tareas por DDS. Frecuencia relativa. Set. 2020.

DDS	Dirección	Administración	Epidemiología	Promoción Y prevención registro, control, inspecc. Habilit.	Transporte	Planificación	Otras tareas técnicas	Asesorar y acomp. activ. en territorio	No contesta	Total	
ARTIGAS	4%	22%	28%	16%	11%	0%	6%	5%	6%	1%	100%
CANELONES	3%	36%	15%	15%	11%	1%	8%	6%	5%	1%	100%
CERRO LARGO	3%	28%	21%	17%	17%	2%	4%	3%	4%	0%	100%
COLONIA	5%	23%	14%	20%	17%	3%	5%	7%	5%	1%	100%
DURAZNO	6%	41%	18%	8%	10%	4%	4%	4%	4%	0%	100%
FLORES	8%	25%	20%	14%	8%	4%	8%	6%	6%	0%	100%
FLORIDA	4%	29%	13%	12%	12%	5%	11%	7%	6%	0%	100%
LAVALLEJA	3%	27%	22%	15%	12%	4%	6%	4%	6%	0%	100%
MALDONADO	2%	32%	16%	14%	16%	1%	7%	6%	4%	0%	100%
MONTEVIDEO	6%	26%	17%	17%	11%	0%	6%	4%	9%	4%	100%
PAYSANDÚ	5%	32%	15%	18%	9%	1%	4%	7%	8%	0%	100%
RIVERA	3%	19%	27%	15%	17%	3%	7%	5%	4%	0%	100%
ROCHA	2%	35%	9%	14%	14%	4%	9%	7%	5%	2%	100%
RÍO NEGRO	4%	29%	21%	18%	10%	1%	10%	2%	5%	0%	100%
SALTO	4%	29%	18%	12%	15%	4%	4%	7%	6%	1%	100%
SAN JOSÉ	6%	28%	17%	17%	14%	1%	6%	5%	5%	1%	100%
SORIANO	4%	37%	13%	15%	9%	4%	4%	4%	7%	2%	100%
TACUAREMBÓ	6%	25%	26%	15%	10%	2%	5%	7%	5%	0%	100%
TREINTA Y TRES	0%	25%	29%	17%	17%	8%	0%	0%	4%	0%	100%
Total	4%	29%	19%	15%	13%	2%	6%	5%	5%	1%	100%

El cruce de la información relativa a las tareas habituales que los funcionarios realizan con el nivel de formación de los RRHH permite aproximarse al grado de profesionalización que tienen los funcionarios que desarrollan las tareas específicas en la DDS, al grado de especialización del trabajo y, más en general, al uso de pautas meritocráticas para gestionar las organizaciones estatales. En el Anexo 2 se puede ver los valores absolutos. De la siguiente tabla (4.25.) se desprende en primer término, que a grandes rasgos predomina una tendencia meritocrática en la división del trabajo de las DDS. De la mano de lo anterior se puede afirmar que hay una escasa división del trabajo interno en las DDS. Esto último se ve reflejado en dos aspectos, por un lado, en que un 30 % de las tareas que realizan los funcionarios que no tienen formación terciaria requieren presumiblemente para un eficiente desarrollo niveles de formación más elevados del que declaran tener (ver Anexo 2). Por otra parte, el 22 % de las tareas que declaran realizar los trabajadores con formación terciaria son del área de tareas administrativas (ver Anexo 2).

Tabla 4.25. RRHH DDS. Distribución de tareas según formación (estudios terciarios). Frecuencia relativa. Set. 2020.

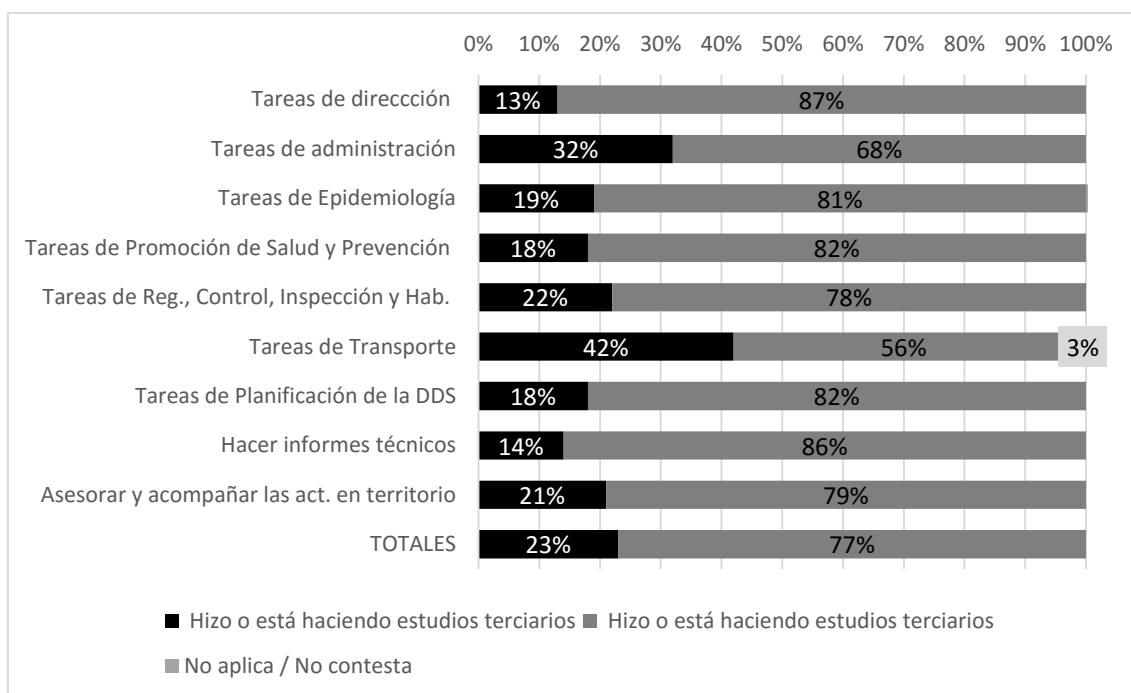
Unidad de análisis	No	Sí	N/A, N/C	TOTAL
N° 1. Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos.	6%	94%	0%	100%
N° 2. Coordinación de reuniones, levantamiento de actas.	15%	85%	0%	100%
N° 3. Realizar inspecciones sanitarias.	21%	79%	0%	100%
N° 4. Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias.	26%	74%	0%	100%
N° 5. Elaborar informes de vigilancia epidemiológica.	17%	83%	0%	100%
N° 6. Investigar y monitorear casos y brotes epidemiológicos.	19%	81%	0%	100%
N° 7. Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud.	15%	85%	0%	100%
N° 8. Realizar controles e inspecciones del cumpl. de la normativa sanitaria por parte de los prestadores.	18%	82%	0%	100%
N° 9. Monitorear eventos de notificación obligatoria.	16%	82%	2%	100%
N° 10. Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras.	13%	87%	0%	100%
N° 11. Prevenir eventos epidemiológicos.	22%	78%	0%	100%
N° 12. Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores.	22%	76%	2%	100%
N° 13. Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios.	40%	60%	0%	100%
N° 14. Rendir fondo permanente, controlar facturas.	42%	58%	0%	100%
N° 15. Gestionar sistemas SGH.	28%	72%	0%	100%
N° 16. Manejar vehículo.	42%	56%	3%	100%
N° 17. Atender a los usuarios telefónica y presencialmente.	31%	69%	0%	100%
N° 18. Planificar y coordinar en conjunto con el CECEOED.	16%	84%	0%	100%

N° 19. Planificar rondas rurales.	21%	79%	0%	100%
N° 20. Coordinar las ferias de salud rural.	14%	86%	0%	100%
N° 21. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	15%	85%	0%	100%
N° 22. Realizar el mantenimiento básico de la planta física coord. con los servicios correspondientes.	42%	58%	0%	100%
N° 23. Habilitar servicios de salud.	28%	72%	0%	100%
N° 24. Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos.	36%	64%	0%	100%
N° 25. Hacer el POA (plan operativo anual).	17%	83%	0%	100%
N° 26. Llevar la agenda de la unidad organizativa.	28%	72%	0%	100%
N° 27. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	14%	86%	0%	100%
N° 28. Formular los compromisos de gestión.	19%	81%	0%	100%
N° 29. Asesorar y acompañar las actividades en territorio.	21%	79%	0%	100%
N° 30. Gestionar sistema GRP.	40%	60%	0%	100%
N° 99. No contesta	0%	44%	56%	100%
Total	23%	77%	0%	100%

Fuente: elaboración propia.

El gráfico 4.4. presenta los datos de la tabla anterior por grupos de tareas.

Gráfico 4.4. Distribución de grupos de tareas según formación (estudios terciarios). Frecuencia relativa. Set. 2020.



Fuente: elaboración propia.

4.1.11. Cooperativas sociales

Sobre la ficha técnica de recolección de datos

La recolección de datos sobre las cooperativas sociales contratadas para trabajos en el marco de las direcciones departamentales de Salud se hizo por medio de una planilla Excel elaborada con base en fuentes documentales propias de la DIGECOOR. Se recuperó información sobre la definición de la modalidad asociativa y su marco legal, la fecha de inicio de contratación de cooperativas por parte del MSP, cantidad de licitaciones realizadas y los términos de referencia.

Se definieron las siguientes variables para la actualización de datos: actividad, número de personas, horas diarias, horas semanales, tareas, costo mensual, costo por hora.

En la primera quincena de agosto se realizó el envío de la planilla a cada DDS. Este proceso de llenado de planilla se reforzó vía telefónica en más de una oportunidad. El proceso de recolección de datos se completó a fines de setiembre de 2020. Dado que en varios casos el dato obtenido por medio de la DDS en cuanto a las tareas que desempeñan las cooperativas no estaba suficientemente detallado, se apeló a revisar los archivos con información enviada por las propias cooperativas y se consultó a la Unidad de Zoonosis y Vectores.

Definición y tareas

Dado que se trata de una modalidad de trabajo específica detallaremos en qué consisten las cooperativas sociales. Cabe decir también que se contrata para las DDS empresas de limpieza, no necesariamente cooperativas.

Las cooperativas sociales son un programa del Ministerio de Desarrollo Social cuyo objetivo es la promoción de oportunidades de desarrollo e inclusión social y económica de personas en situación de vulnerabilidad.

Esta modalidad de trabajo fue contratada por el MSP, por primera vez en el año 2012. La contratación se realiza mediante un llamado a licitación abreviada de cuyos términos de referencia se extraen el objeto del llamado y las características del trabajo a realizar. Según el objeto del llamado se trata de realizar tareas relacionadas al relevamiento de la situación epidemiológica, la salud ambiental, la promoción y prevención en salud. En cuanto a los servicios a realizar por medio de las cooperativas sociales se tiene:

-Detección y eliminación de envases, recipientes y todo elemento que pueda servir como reservorio donde pueda generarse la larva y posteriormente el mosquito trasmisor del Dengue y otras enfermedades.

- Ejecución del LIRAA.
- Actividades de información a la comunidad.
- Apoyo a la realización de talleres o ferias de salud.
- Realización de encuestas o consultas en la comunidad o en poblaciones específicas.
- Asistencia en las tareas relativas a las situaciones de emergencia y desastre.
- Otras tareas que requiera la DDS.

Es importante destacar que en ningún caso se prevé tareas de tipo asistencial y que las actividades se pueden desarrollar tanto en la capital departamental como en otras localidades; en este último caso el MSP asume la logística.

Para evaluar el aporte de las cooperativas al cumplimiento de los cometidos de las DDS se propone observar las horas semanales totales trabajadas por las cooperativas en cada DDS. La información de la tabla 4.26. permite clasificar a las DDS según el aporte de las cooperativas a sus procesos de trabajo. Un primer grupo de 5 DDS cuenta con un apoyo importante de las cooperativas en términos de horas trabajadas. Un segundo grupo de 9 DDS cuenta con un apoyo intermedio de las cooperativas a sus procesos de trabajo. Un tercer grupo de 5 DDS no cuenta con apoyo o lo tiene en forma mínima.

Tabla 4.26. Cooperativas sociales y servicios de limpieza por DDS y horas semanales por actividad principal. Set. 2020.

DDS	Horas semanales trabajadas por actividad principal		
	Actividades de apoyo a las tareas de la DDS	Servicios de limpieza	Total
Paysandú	216	20	236
Tacuarembó	190	12	202
Salto	130	12	142
Rio Negro	108	12	120

Colonia	100	12	112
Rivera	80	10	90
Artigas	65	12	77
Treinta y Tres	54	21	75
Lavalleja	54	14	68
Rocha	54	12	66
Florida	54	12	66
Soriano	54	12	66
Cerro Largo	50	12	62
Maldonado	30	22	52
Durazno	36	12	48
Flores	36	12	48
Canelones	No tiene	12	12
San José	No tiene	No tiene	No tiene
Montevideo	No tiene	No tiene	No tiene
Totales	1311	231	1542

Fuente: elaboración propia con base en formulario y archivos preexistentes.

Finalizando la descripción de las cooperativas, se presenta una tabla que describe las tareas que desempeñan, dedicadas principalmente a apoyar el trabajo de vigilancia epidemiológica. Se detallan en la tabla las cooperativas contratadas según los términos de referencia antes expuestos dado que, como se ha dicho, algunos los servicios de limpieza son cumplidos por empresas.

Tabla 4.27. Cooperativas sociales por DDS y tareas. Set. 2020.

DDS	NOMBRE COOPERATIVA	TAREAS DESEMPEÑADAS
Artigas	CASSAPA	Actividades relacionadas con el Dengue, Chiguinguña y Zika. Entrega de folletería y levantamiento larvario casa a casa y cementerios. Censo de perros. Relevamiento de gomerías y chatarrerías. Leishmaniasis, notificación de animales infectados a los veterinarios para su análisis. Rellenado de planillas por cantidad de perros. Tratamiento de focos positivos en conjunto con otras instituciones.
Bella Unión	COOPSONOR	Sin datos.
Cerro Largo	COSOLMME	Programa Dengue. Visita casa por casa de los segmentos asignados. Investigación del peridomicilio y de recipientes que contienen agua. Capturas de larvas y pupas. Educación sanitaria, participación del LIRAA. Censo de perros. Identificación de focos insalubres.
Colonia	COOPERATIVA SACRAMENTO	Control de puntos estratégicos: vigilancia de criaderos de mosquitos en gomerías, cementerios (trimestral). Entrega de folletería informativa, asesoramiento a la población. Descacharrización de viviendas. Entrega de peces para el control de larvas de mosquitos. Vigilancia de ovitrampas en Campana y Conchillas donde se detectó el vector (plan piloto).
Durazno	COSEL	Actividades relacionadas con dengue (descacharrización, inspección de gomerías, chatarrerías, relevamiento en cementerio y fuentes de plazas, control de ovitrampas en Trinidad y localidades rurales, cubriendo todos los puntos de riesgo)
Flores	COSEL	Actividades relacionadas con dengue (descacharrización, inspección de gomerías, chatarrerías, relevamiento en cementerio y fuentes de plazas). Control de ovitrampas en Trinidad y localidades rurales, cubriendo todos los puntos de riesgo. Estudio de muestras recolectadas en las inspecciones ejecutadas.

		<p>Colaboración en el armado, instalación y seguimiento de ovitrampas en centros poblados del departamento. Encuesta de hogares.</p> <p>Promoción y prevención (campaña antigripal)</p> <p>También colaboraron con actividades diarias de funcionamiento.</p>
Florida	Bicentenario	<p>Actividades relacionadas con la promoción de salud, prevención de enfermedades transmitidas por el <i>Aedes Aegypti</i>. Visitas domiciliarias a diario con el fin de brindar información respecto a la proliferación del mosquito. Seguimiento de las viviendas que han dado positivas para Aedes. Educación a la población, con la entrega de folletería en viviendas.</p>
Lavalleja	COSDEHU	<p>Tareas de vigilancia epidemiológicas, promoción y prevención en salud e intervención en situaciones de emergencia socio-sanitarias</p>
Maldonado	COSDEHU	<p>Tareas relacionadas al relevamiento de la situación epidemiológica, la salud ambiental, la promoción y prevención en salud, la educación del impacto de las emergencias y desastres en salud, encuestas, relevamientos de datos y otras tareas que la DDS defina a nivel del territorio. Control de ovitrampas en puntos estratégicos. Control de gomerías, fuentes y viveros. Realizar tratamiento de criaderos con larvicida. Sensibilizar y lograr la adhesión a la campaña por parte de la población. Brindar charlas educativas y talleres en los centros de enseñanza del departamento.</p>
Paysandú	COSEDEN	<p>Participación en Campaña de Combate y control de <i>Aedes Aegypti</i>. Aplicación del método LIRAA. Colocación y seguimiento de ovitrampas. Vigilancia vectorial mediante inspección de peridomicilios en otras localidades del Departamento. Diagnóstico epidemiológico mediante identificación del vector en diferentes estadios: huevos, larvas y pupas. Descacharrización, gomerías cementerios, talleres. Vigilancia de Leishmaniasis canina.</p>

		Colocación de trampas de luz CDC. Capacitación a funcionarios de los Municipios en la tarea de campo. Participación en Ferias de Salud. Difusión de material informativo.
Río Negro	DMS	Tareas relacionadas al relevamiento de la situación epidemiológica, la salud ambiental, la promoción y prevención en salud. Encuesta y relevamiento de datos y otras tareas y políticas definidas por el MSP para el territorio. Concientización, educación y promoción puerta a puerta en el departamento sobre el vector trasmisor del Dengue. Encuesta larvaria 100% de la ciudad de Fray Bentos, barrio Anglo, Las Cañas. Extracción de muestras para analizar. Control de puntos estratégicos, gomerías, cementerios y chatarrerías. Detección y eliminación de envases y recipientes y todo otro elemento similar. Participación activa en descacharrización en el departamento. Participación activa en el método LIRAA. Participación en ferias sociales, informando sobre el Dengue. Participación en talleres de Leishmaniasis.
Rivera	GADI	Limpieza de frascos y etiquetados de los mismos, relleno de botellas con larvicidas. Reposición de folletería. Mantenimiento de trampas para flebótomo. Registro e ingreso de datos. Se realiza control y seguimiento de puntos estratégicos en la ciudad de Rivera y un total de 50 localidades. Encuestas y manejo ambiental (descacharrización)
Rocha	COSDEHU	Tareas de vigilancia epidemiológicas, promoción y prevención en salud e intervención en situaciones de emergencia socio-sanitarias
Salto	NARANJITA	Colocación y retiro de ovitrampas. Búsqueda de casos sospechosos de Dengue y Leishmaniasis. Lectura de forma inmaduras de Aedes (huevos). Colocación y retiro de trampas de luz. Ingreso informático de datos. Fumigación con motomochilas y aspersoras, mantenimiento de equipos. Acompañamiento a veterinarias en muestreo canino para Leishmaniasis visceral. Descacharrización. LIRAA. Registro de materiales en depósito

		(Economato). Difusión a la población.
Soriano	DMS	Campaña contra el dengue, test de LIRAA. Descacharrizaciones en diferentes barrios. Actividades de educación. Controles en domicilios para evaluar si la población captó la educación brindada. Búsqueda de recipientes con larvas. Promoción de salud y prevención mediante entrega de folletería.
Tacuarembó	COOPSOACS	Prevención del Dengue. Actividades relaciona a Leishmaniasis: capacitación en trampeo de capturas de flebótomos, fumigación, colocación de trampas. Tareas de salud ambiental. Promoción y prevención en salud. Encuestas y relevamiento de datos. Educación para la salud en escuelas y comunidad. Apoyo campaña antigripal y otras, recorriendo diferentes policlínicas. Encuesta larvaria en la ciudad y localidades. Descacharrización en Paso de los Toros y Tacuarembó.
Treinta y Tres	COSALE	Relevamiento de la situación epidemiológica y salud ambiental, DENGUE Detección y eliminación de envases, recipientes y todo elemento que pueda servir como reservorio en la ciudad de Treinta y Tres. Control de puntos rojos en la ciudad de Treinta y Tres y localidades (Cerro Chato, Valentines y Santa Clara, Vergara, Arrozal 33, Rincón y Charqueada). Participación de LIRAA (otoño y primavera). Acompañamiento en investigaciones de campo, leptospirosis y hantavirus. Participación en actividades de formación a la comunidad, talleres de alimentación saludable, talleres de prevención de suicidio, Semana del corazón, seguridad Vial (2019). Apoyo en visitas y relevamiento de ELEPEM.

Fuente: elaboración propia con base en documentos aportados por cooperativas.

Capítulo 5. Descripción del funcionamiento y estructura organizativa de las direcciones departamentales de Salud. Recursos materiales, equipamiento informático, flota vehicular y sedes

5.1. Presentación de datos y análisis

En el marco teórico se definieron los recursos materiales como los instrumentos y bienes materiales disponibles. En este sentido, importa evaluar si la cantidad, características y lógica de utilización se ajustan a las necesidades organizacionales para cumplir con los cometidos y competencias de las DDS. También es importante evaluar los mecanismos de contralor que existen para su adecuada provisión y funcionamiento.

Las fuentes de información estuvieron orientadas a la búsqueda de datos actualizados sobre los recursos materiales (mobiliario, electrodomésticos, etcétera) y equipamiento informático de las direcciones departamentales de Salud (DDS) pertenecientes a la DIGECOOR. Dichas fuentes de información fueron de dos tipos: vivas y documentales. Las fuentes vivas tienen base en la recopilación de datos suministrados por personal de DIGECOOR y otras áreas de MSP central y por funcionarios de las DDS. En cuanto a las fuentes documentales se realizó la gestión para obtener bases de datos institucionales, correos electrónicos y otros instrumentos digitalizados.

El primer punto a destacar con relación a este tópico es el alto grado de formalidad del sistema dado que se cuenta con diversos sistemas de información que monitorean el estado y cantidad de recursos disponibles a nivel ministerial. De acuerdo con las fuentes de información relevadas, los datos que se presentan a continuación refieren al estado general de los activos materiales de las DDS, al equipamiento informático en general, a las bocas de red y finalmente a la flota vehicular. Se sugiere la lectura del Anexo 3 secciones «Ficha técnica» y «Complemento de la presentación de datos y análisis» a efectos de ampliar y profundizar en la información de este capítulo.

5.1.1. Estado y cantidad de los activos materiales de las DDS

En el caso de los activos materiales, dado que las DDS cuentan con la información desde 2018 en sistema GRP, se solicitaron esos datos. Se identificó el tipo y número de recurso material, ubicación en el departamento, estado y funcionamiento. Se definió como categoría de análisis la «evolución del estado del activo» para comparar el estado del activo según el inventario 2018 con lo reportado por la DDS y así identificar la variación en la conservación en dos momentos distintos. Se definió la categoría de análisis «redistribución de activos» para

identificar los activos en buen estado que están en desuso. Se definió la categoría de análisis «distribución de activos» para estudiar disponibilidad de mobiliario por funcionario para la realización de su tarea. Finalmente se definió la categoría de análisis «variación de activos» para dar cuenta del aumento, invariabilidad o reducción de activos.

En el Anexo 3 se detalla la información respecto de la evolución de los activos por DDS. El cuadro 5.1. indica que actualmente las DDS cuentan con 2033 activos materiales lo que representa un aumento neto del 3 % de los activos en 2020 respecto de 2018.

Cuadro 5.1. Evolución del estado de los activos. Período 2018-2020. Set. 2020.

TOTAL ACTUAL	Aumento neto según inventario
2033	3 %

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por todas las DDS.

El cuadro 5.2. resume la información detallada en el Anexo 3 con referencia a la evolución por DDS del estado de los activos en 2020 respecto de 2018. Un total de 7 DDS tienen un porcentaje más alto de activos en estado bueno o regular en 2020 respecto de 2018.

Cuadro 5.2. Evolución del estado de activos en las DDS. Período 2018-2020. Set. 2020.

DDS que tienen un porcentaje mayor de activos en estado bueno o regular en 2020 respecto de 2018	DDS que tienen un porcentaje menor de activos en estado bueno o regular en 2020 respecto de 2018
Canelones	Artigas
Durazno	Cerro Largo
Florida	Colonia
Maldonado	Flores
Río Negro	Lavalleja
Salto	Montevideo
Treinta y tres	Paysandú
	Rivera
	Rocha
	San José
	Soriano
	Tacuarembó

Fuente: elaboración propia.

Otro indicador para evaluar la adecuación los recursos materiales a los cometidos y tareas de las DDS refiere a la relación de RRHH con respecto al material disponible. En este sentido, se propone valorar las cantidades de escritorios y sillas de escritorio respecto de los RRHH. El cuadro siguiente resume esta información. En las DDS hay 1.25 sillas de escritorio y 1.33 escritorio por cada RRHH. En el Anexo 3 se presenta la información genérica del cuadro 5.3. discriminada por cada DDS.

Cuadro 5.3. DDS. Relación mobiliario necesario y tareas. Set. 2020.

Cantidad de RRHH en DDS	150
Total, sillas para escritorio en DDS	188
Total, escritorios en DDS	199
Relación sillas de escritorio / RRHH DDS	1.25
Relación escritorios / RRHH DDS	1.33

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por todas las DDS.

5.1.2. Equipamiento informático

En cuanto al equipamiento informático se utilizó la base de datos con la que cuenta el Área de Gobierno Electrónico del MSP para cada DDS. El área asesoró y remitió información oportuna. Se generaron planillas Excel para cada DDS y se enviaron con solicitud de llenado correspondiente y posterior remisión vía mail. En la primera quincena de agosto de 2020 se completó este proceso de obtención de información de partida, elaboración de planillas para recabar información y envió a cada DDS.

En la segunda quincena de agosto se realizó una orientación y seguimiento personalizado telefónico a cada DDS sobre la remisión de los datos para que se ajustaran a los tiempos programados. Para el análisis de los datos, en la primera quincena de setiembre se procedió en forma genérica y en forma particular por cada DDS.

El equipo informático es un tipo especial de equipamiento material por la importancia que tiene en el desarrollo de las actividades organizativas en la actualidad. En el relevamiento realizado se privilegiaron los siguientes criterios: identificación de la unidad, ubicación, estado y situación actual.

Tabla 5.1. Equipos informáticos disponibles en las DDS. Cantidades, estado y utilidad actual. Set. 2020.

DDS	Cantidad*	Buen estado	En uso
CANELONES	88	84%	89%
SALTO	65	92%	97%
PAYSANDÚ	53	81%	85%
RIVERA	52	94%	96%
MALDONADO	50	100%	100%
SORIANO	50	68%	72%
COLONIA	46	98%	83%
FLORIDA	39	100%	88%
FLORES	37	100%	89%
RIO NEGRO	33	97%	97%
TACUAREMBÓ	32	100%	100%
SAN JOSÉ	32	89%	84%
ARTIGAS	30	100%	100%
LAVALLEJA	30	90%	90%
CERRO LARGO	28	97%	100%
TREINTA Y TRES	27	93%	97%
ROCHA	27	82%	100%
DURAZNO	24	100%	100%
MONTEVIDEO	22	100%	77%
Total	765	93%	92%

* Incluye mouses, teclados, torres, monitores.

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por todas las DDS.

Esta tabla (5.1.) describe la cantidad, el porcentaje en buen estado y en uso del equipo informático de las DDS, esto incluye mouses, teclados, torres y monitores. En total hay una dispersión grande respecto de los recursos que tiene cada DDS. La amplia mayoría de los equipos informáticos está en uso y en buen estado. Para poder evaluar la adecuación de los recursos informáticos a las necesidades de las DDS es necesario relacionarlos con los RRHH. La tabla 5.2. resume esta información. Equipo informático completo incluye todos los recursos necesarios para un RRHH (teclado, monitor, mouse y procesador). Hay 10 DDS donde la relación supera la unidad, o sea que hay más de un equipo informático por RRHH. Esta relación llega a 1.5 en Soriano. En las 9 DDS restantes la relación es menor que 1. Los departamentos de Colonia, Tacuarembó, Montevideo y Cerro Largo son los que presentan mayor déficit de equipos informáticos.

Tabla 5.2. DDS. Cantidad de equipos informáticos completos (EIC) y relación con RRHH. Set. 2020.

DDS	RRHH	EIC	Relación EIC/RRHH
SORIANO	4	6	1,5
FLORES	6	8	1,3
TREINTA Y TRES	4	5	1,3
RIO NEGRO	5	6	1,2
CANELONES	17	18	1,1
RIVERA	11	11	1,0
FLORIDA	7	7	1,0
ROCHA	6	6	1,0
SAN JOSÉ	6	6	1,0
LAVALLEJA	4	4	1,0
SALTO	11	10	0,9
PAYSANDÚ	10	9	0,9
ARTIGAS	9	8	0,9
MALDONADO	9	8	0,9
DURAZNO	6	5	0,8
COLONIA	11	9	0,8
TACUAREMBÓ	9	7	0,8
MONTEVIDEO	8	6	0,8
CERRO LARGO	7	5	0,7
Total	150	144	0,96

Fuente: elaboración propia.

Para completar la descripción de los recursos informáticos se incluye la tabla 5.3. que describe las impresoras disponibles en las DDS. Se incluye información respecto de la cantidad, el porcentaje en uso y en buen estado y la relación de equipos informáticos completos respecto de las impresoras por DDS. Todas las DDS tienen por lo menos una impresora, 10 DDS tienen hasta 3 EIC por impresora. Las 8 DDS restantes tienen de 3 a 6 EIC por impresora.

Tabla 5.3. DDS. Impresoras disponibles. Cantidades, estado y utilidad actual. Set. 2020.

DDS	Cantidad	En estado (%)	En uso (%)	EIC*/Impresoras
DURAZNO	4	100%	100%	1,3
LAVALLEJA	3	100%	100%	1,3
SAN JOSÉ	4	75%	75%	1,5
SORIANO	4	75%	75%	1,5
TREINTA Y TRES	3	100%	100%	1,7
COLONIA	5	100%	100%	1,8
MALDONADO	4	100%	100%	2,0
TACUAREMBÓ	3	100%	100%	2,3
FLORES	3	100%	100%	2,7
RIVERA	4	100%	100%	2,8
ROCHA	2	50%	50%	3,0
FLORIDA	2	100%	100%	3,5
ARTIGAS	2	100%	100%	4,0
CANELONES	4	100%	100%	4,5
PAYSANDÚ	2	100%	50%	4,5
CERRO LARGO	1	100%	100%	5,0
SALTO	2	100%	100%	5,0
RIO NEGRO	1	100%	100%	6,0
MONTEVIDEO	s/d	s/d	s/d	s/d
Total	53	95%	92%	2,7

EIC=Equipo informático completo.

Fuente: elaboración propia.

5.1.3. Flota vehicular

La cantidad de vehículos pertenecientes a las DDS también refleja disparidad en la distribución territorial de los recursos materiales. Si la descripción se centra en los vehículos disponibles para ser utilizados por la DDS, se puede observar que hay 8 DDS con 2 o 3 vehículos y 10 DDS que cuentan con un vehículo. Montevideo es la única DDS que no cuenta con vehículo propio, aunque puede acceder a utilizar la flota del casco central.

Tabla 5.4. DDS. Vehículos por DDS según propiedad y utilización. Set. 2020.

DDS	Cantidad de vehículos propiedad y utilizados por cada DDS	Cantidad de vehículos propiedad de la DDS y utilizados por ASSE	Total vehículos pertenecientes a cada DDS
PAYSANDÚ	3	2	5
SALTO	3	2	5
COLONIA	3	1	4
ARTIGAS	2	2	4
RIVERA	2	1	3
TACUAREMBÓ	2	1	3
CANELONES	2	0	2
ROCHA	2	0	2
RIO NEGRO	1	2	3
CERRO LARGO	1	1	2
DURAZNO	1	1	2
FLORES	1	1	2
FLORIDA	1	1	2
LAVALLEJA	1	1	2
MALDONADO	1	1	2
SAN JOSÉ	1	1	2
SORIANO	1	1	2
TREINTA Y TRES	1	1	2
Totales	29	20	49

Fuente: elaboración propia.

5.1.4. Sedes

Una última dimensión a considerar respecto de los recursos materiales de las DDS refiere a las sedes en las que desarrollan las actividades de la unidad organizativa.

La recolección de datos sobre las sedes de las DDS se hizo por medio de una planilla Excel elaborada con base en fuentes documentales previas de la DIGECOOR con información al respecto. Una primera recolección de datos se realizó en el marco de una consulta específica sobre el estado de sedes que se realizó en el mes de junio de 2020. En el mismo período se solicitó al Departamento Notarial del MSP la situación contractual y monto del alquiler de cada una de ellas. A través de correos electrónicos y contacto telefónico se completó la recolección de la información.

Se definieron las siguientes variables y categorías para la actualización de datos:

Situación. Con las categorías «alquilada», «propia», «comodato» y «préstamo» se dio cuenta de la situación contractual de las sedes.

Estado. Con las categorías «sin reparaciones» y «con reparaciones» se dio cuenta del estado de conservación y mantenimiento de cada sede.

Tipo. Esta variable se completó para el caso de haber elegido «con reparaciones» para optar por «edilicia», «eléctrica», «sanitaria», «carpintería», «otros» para dar cuenta del rubro principal en el cual caen las reparaciones a realizar.

Observaciones. Variable tipo *string* para detallar el tipo de reparación en particular según las categorías de la variable *Tipo*.

Para el caso de las sedes con situación contractual «alquilada» se definieron *Fecha de firma de contrato*, *Plazo del contrato* y *Monto de alquiler*.

Garaje. Esta variable dio cuenta de la situación contractual del activo asumiendo las categorías «alquilado», «propio», «préstamos», «no aplica», «comodato».

En el Anexo 3 se presenta información detallada respecto de las variables mencionadas. El cuadro 5.4. clasifica las DDS según la situación de la/s sede/s en la que desempeñen sus tareas. Se propone distinguir las DDS con sedes propias de las sedes alquiladas y las que tienen el régimen de comodato o son producto de préstamos de otras organizaciones estatales. Se entiende que una sede propia denota mayor presencia y permanencia en el territorio y por lo tanto más capacidades para cumplir las tareas de las DDS que una sede alquilada. De la misma forma, una sede a préstamo o en comodato denota una situación mayor de precariedad de la

DDS en el territorio que una sede alquilada o propia. Los datos indican que hay 6 DDS con sede propia, 10 con sede alquilada y 7 con sede a préstamos o en comodato.

Cuadro 5.4. DDS y sedes según situación patrimonial. Set. 2020.

DDS*	SITUACION
FLORIDA	Propia
RIVERA	Propia
TREINTA Y TRES	Propia
MONTEVIDEO	Propia
MALDONADO	Propia
TACUAREMBÓ	Propia
ARTIGAS	Alquilada
RÍO NEGRO	Alquilada
ROCHA	Alquilada
SORIANO	Alquilada
CANELONES - CIUDAD DE LA COSTA	Alquilada
CANELONES - LAS PIEDRAS	Alquilada
CERRO LARGO	Alquilada
FLORES	Alquilada
PAYSANDÚ	Alquilada
SAN JOSÉ	Alquilada
COLONIA_COLONIA DEL	Comodato MTOP
COLONIA_CARMELO	Espacio en préstamo dentro del local de MIDES
DURAZNO	Comodato IMD
SALTO	Comodato BPS
LAVALLEJA	Comodato ASSE sin plazo
ARTIGAS - BELLA UNIÓN	Comodato con alcaldía de Bella Unión (en trámite)
TACUAREMBÓ- P. DE LOS TOROS	Préstamo OPP

* Nótese que Artigas, Colonia Canelones, Tacuarembó tienen dos sedes en el departamento.

Fuente: elaboración propia.

Capítulo 6. Procedimientos técnicos de la Dirección General de Coordinación

La complementación asistencial es una de las principales estrategias políticas y programáticas que el Ministerio de Salud Pública (MSP) se ha propuesto para el desarrollo de un sistema de salud que asegure la provisión de servicios para los usuarios con equidad y accesibilidad.

Desde la ley n.º 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, pasando por otras normativas y planes estratégicos del MSP, la complementación asistencial es una definición explícita de la institución. Es un mandato institucional que ha permanecido en el tiempo expresado de distintas formas. La política y estrategia de complementar integra el marco institucional del MSP e involucra a las DDS en tanto son las unidades designadas para desarrollar la rectoría y autoridad sanitaria en cada departamento. Esto además en el marco por el cual una de las dimensiones que hace al ejercicio de la rectoría en salud radica en armonizar la provisión de servicios de salud.

El rol que desarrollan las DDS en la complementación es diverso y con distinta intensidad. Cualquiera sea la intensidad de la participación de las DDS, existe una compleja red de articulaciones y coordinaciones con sistemas de vinculación institucionales que no están definidas, en el sentido que todos los procesos son y transitan relativamente por el mismo camino. Esos procesos han quedado sujetos a los liderazgos y a la coyuntura, por lo que las tareas concretas de las DDS en ellos es diversa, de diferente intensidad, de liderazgo o de participación testimonial etcétera.

Esa complejidad se expresa a la vez en la participación de distintos ámbitos técnicos y políticos del MSP en la elaboración, definición e implementación de un acuerdo de complementación, de coordinación o un tipo contractual en la prestación de servicios de salud. Muchas veces las DDS son las voceras y síntesis de la diversidad de perspectivas técnicas que intervienen a lo largo del proceso.

Uno de las recomendaciones apunta a establecer las reglas de juego que enmarque los tiempos y procesos para complementar. La DIGECOOR ha transitado ese camino hace unos meses con el fin de elaborar una propuesta a ser valorada por las autoridades. El espíritu de la propuesta alimenta este capítulo. En el Anexo 4 se exhibe el flujograma planteado para la redefinición del proceso desde el planteo de una inquietud de complementación hasta la firma del acuerdo, que además dialoga con la última versión del software de complementación que desarrolla el Área de Gobierno Electrónico con la DIGECOOR.

Acuerdos de complementación, coordinación y otras figuras contractuales

Los acuerdos incluyen distintas modalidades de cooperación entre partes diversas con la finalidad de actuar en alguna de las dimensiones de la salud de la población (en particular, la dimensión sanitaria).

A la fecha de elaboración de este documento la DIGECOOR registra en su base de datos 600 acuerdos, en general entre prestadores de salud públicos y privados. La próxima implementación del software que a la fecha está en etapa de producción-validación se estima mejorará tanto la cantidad como la calidad del registro. La implementación del software —que es fundamentalmente una herramienta de registro, control y reporte— debe complementarse con el reconocimiento y estudio del proceso administrativo-institucional, es decir, de los caminos institucionales que siguen los acuerdos, en general largos, y de la necesaria consideración de la normativa que aplique, con sus interpretaciones y posibles vacíos.

Los caminos institucionales de los acuerdos dependen tanto del tipo de acuerdo como de su naturaleza, de las partes que acuerdan y del uso de herramientas adecuadas. Cabe decir que además de la herramienta software, otra herramienta desarrollada es la de los modelos de acuerdo (véase en el Anexo 4 un modelo general), muy útil debido a que la especialidad jurídica no está presente prácticamente en ninguna DDS.

6.1. Definiciones operativas

6.1.1. Sistemas de salud

La OPS/OMS define a los sistemas de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”. Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud (2000). Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas.

En nuestro país la iniciativa de la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud tiene como objetivo implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación de la salud de los usuarios, incluidos los cuidados paliativos.

La integración de los sistemas de salud puede tener distintas modalidades, las cuales pueden ser agrupadas en integración horizontal, integración vertical, integración real e integración virtual.

A la integración horizontal la podemos definir como la coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios. Como ejemplos de este tipo de integración encontramos a las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención.

A la integración vertical la podemos definir como la coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios. Como ejemplo de este tipo de integración encontramos a los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir, hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir, hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos; también existe la posibilidad de la integración vertical con la aseguradora de la salud.

A la integración real la podemos definir como la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema, propiedad unificada de los activos.

Encontramos a la integración virtual en la integración a través de relaciones y no a través de la propiedad de los activos como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema. Esta modalidad utiliza contratos, acuerdos, alianzas estratégicas, afiliaciones o franquicias, los cuales simulan los beneficios de la propiedad de los activos. Este tipo de integración puede coexistir con la propiedad de los activos.

Vistas las definiciones mencionadas, y teniendo presente que la ley n.º 18.211 dispone que el Sistema Nacional Integrado de Salud se organice en redes, podemos decir que la denominada integración virtual es el tipo que más condice con nuestro sistema y en el cual se enmarca y toma vida la complementación.

En este contexto situamos a la complementación en el rol de instrumento de integración.

6.1.2. Complementación

Del análisis del marco normativo existente en nuestro país podemos concluir que no existe norma que recoja a texto expreso la definición de complementación. Sin perjuicio de lo antes dicho, podemos mencionar que el contrato de gestión celebrado entre JUNASA y los prestadores establece acciones a tener en cuenta en el marco de la complementación y del análisis de estas acciones se podría inferir un concepto de complementación.

Dicho lo anterior, resulta necesario considerar el contenido de la trigésima cuarta cláusula del contrato de gestión celebrado, el cual refiere específicamente a la «Complementación de servicios y acciones de salud» (Decreto n.º 081/12).

El numeral 1 de esta cláusula define la complementación como

... la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina.

A partir de este contexto y del análisis del alcance semántico del término *complementación* se arriba a una definición que se entiende aplicable al caso del sector salud en Uruguay en la que se recogen algunas características o premisas de partida a tener en consideración a la hora de diseñar esquemas de este tipo:

La complementación es el conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más instituciones aseguradoras–prestadoras de salud integrantes del SNIS, que tiene por objeto mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias destinadas a la población residente en una localidad o región, mediante mecanismos de acuerdo diversos que dan lugar a una nueva institucionalidad, en que cada parte interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados. (FEMI, 2012).

Los sistemas de salud son sistemas complejos que admiten diversas formas organizativas y cuyo análisis admite distintos modelos. Según la OPS/OMS el modelo de red integrada de salud, y dentro de este la complementación, se presenta como una alternativa para superar las eventuales disfuncionalidades organizativas de los sistemas, y su idea fuerza es que el desempeño del sistema es función de su grado de integración.

Una red integrada de servicios de salud puede definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS/OMS, 2010). Servicios que en muchos casos se prestan mediante una simulación de beneficios que otorga el derecho de propiedad común de los activos. A esta simulación se la denomina complementación y la misma puede darse entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, tanto públicas como privadas.

Nos encontramos frente a una multiplicidad de causas que pueden llevar al sistema a la necesidad de suscribir acuerdos de complementación, pero entre las principales se destacan:

la necesidad de mejorar la accesibilidad; darle una utilización más eficiente a los recursos instalados a nivel local o regional; dotar de una mayor eficacia a las acciones al instalar nuevos servicios; darle un mayor aprovechamiento a los recursos de las instituciones.

Si bien encontramos que la complementación tiene muchas fortalezas y contribuye abiertamente al enriquecimiento y fortalecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud debemos tener presente que es sumamente complejo arribar a un marco de actuación que haga viable los proyectos de complementación.

Las dificultades radican principalmente en lograr crear una nueva figura jurídica teniendo como partes a instituciones que se rigen por diferentes marcos jurídicos, como puede ser el derecho público y el derecho privado, y las diferencias sustanciales que uno u otro régimen tienen ya sea en el manejo de los recursos humanos y materiales, en los procesos de adquisición de bienes, en las formas y plazos de tomas de decisiones y en toda otra actividad necesaria para la gestión y funcionamiento de ellas.

Por ejemplo, las diferencias en la forma jurídica y organizativa de FEPREMI y de ASSE inciden fuertemente en los procesos de toma de decisiones en ambas instituciones. FEPREMI es una organización federada cuyos integrantes cuentan con un nivel de autonomía elevado para tomar decisiones en su área de influencia. En tanto ASSE es un servicio descentralizado de la Administración Central del Estado que internamente presenta una fuerte centralización de sus procesos decisorios.

Sin perjuicio de lo mencionado, debemos destacar que la complementación es un instrumento válido en aquellas situaciones en las que por razones de escala el emprendimiento resulta beneficioso para las partes involucradas. La complementación debe entenderse como un acuerdo colaborativo de carácter voluntario en consonancia con la competencia de las partes que no colisiona con la competencia entre ellas.

Supone el nacimiento de un nuevo servicio y la instrumentación de una nueva institucionalidad que debe ser formalmente documentada en instrumentos jurídicos y acuerdos que contengan las formas de gobierno y gestión del emprendimiento, las responsabilidades asistenciales, jurídicas y económicas de las partes, el modelo y régimen de gestión de los recursos humanos, y la fuente de financiación de esa nueva realidad.

Continuando con el análisis tendiente a elaborar un concepto de complementación, debemos decir que el contrato de gestión antes mencionado diferencia los conceptos de coordinación y el de complementación, dando a esta última la facultad de crear un nuevo servicio, intervención o acción en salud.

La coordinación entendida como la concertación de medios y esfuerzos para una acción común, difiere de la complementación que se define como la acción de complementar o de dar complemento a algo, siendo que complemento es una cualidad o circunstancia que se añade a otra para hacerla íntegra.

Un caso de coordinación de servicios podría ser cuando dos prestadores de salud, por ejemplo, ASSE y un prestador local, poseyendo cada uno de ellos su propio servicio de traslado de pacientes, acuerdan que los traslados especializados quedan a cargo de una de las instituciones y los traslados simples a cargo de la otra. De esta manera se logra que un servicio que ya existía se pueda cumplir de una manera más eficiente.

La complementación, en cambio, tiene otro punto de partida y llegada; las partes intervinientes no realizan el proceso asistencial, o si lo hacen, es de manera parcial. Por lo tanto, los prestadores aportan recursos o realizan actividades para lograr un nuevo servicio. Por ejemplo, la complementación implicaría instalar un servicio de traslado de pacientes para los afiliados de un prestador local y de ASSE que no existía previamente, y para el que cada una de las partes aporta recursos diferentes.

Además de la complementación propiamente dicha o la coordinación de servicios y recursos, la ley establece que los prestadores pueden contratar entre sí o con terceros para brindar las prestaciones a las que están obligados.

En atención a los conceptos mencionados es importante remarcar que si una institución instala un nuevo servicio destinado a la atención de sus afiliados, y el regulador exige extender la atención a beneficiarios o afiliados de otras instituciones, sin contrapartida de recursos o actividades de parte de esa otra institución, no se está frente un esquema de coordinación ni de complementación, y que si media un pago por la prestación de ese servicio a individuos no incluidos en la cartera de afiliados de la empresa que lo instaló, tampoco constituye un esquema de complementación o coordinación, sino un contrato de venta de servicios (figura prevista en la ley al habilitar a los integrantes del SNIS a celebrar contratos entre sí o con terceros, y recogida en el contrato de gestión).

Otro aspecto a tener en cuenta en la complementación refiere a la forma en la cual se deben instrumentar esos acuerdos, su formalización y documentación. Como ya se mencionó, la complementación implica el nacimiento de una nueva realidad jurídica y como tal debe ser documentada.

Los acuerdos deben contener una serie de cláusulas esenciales que abarquen la definición cuantitativa y cualitativa de los productos, la elección y la organización de los recursos, la

coordinación en el tiempo y en el espacio, del sistema de garantías y los sistemas de monitoreo y pago. También deben contener sanciones por incumplimiento, responsabilidad y formas de resolución que las partes acuerden, de no ser así se estará al amparo de lo que dispone la normativa vigente en la materia.

6.1.3. Principales normas que regulan la complementación en marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

Para avanzar en cualquier tipo de complementación debe existir ánimo real de complementar por parte de los actores en juego; este ánimo se traducirá en un análisis de las prestaciones a complementar y la viabilidad del acuerdo. Por lo tanto, debemos partir de la base que la normativa vigente faculta a las partes para que puedan complementar servicios y extender la red de salud en atención al espíritu de la ley n.º 18.211, pero las disposiciones allí contenidas no son preceptivas, no obligan a las partes a unirse en una convención.

Atendiendo el orden jerárquico de nuestro ordenamiento jurídico en primera instancia debemos mencionar el artículo n.º 262 inciso 5 de la Constitución Nacional, que establece:

Los Gobiernos Departamentales podrán acordar, entre sí y con el Poder Ejecutivo, así como con los Entes Autónomos y los Servicios Descentralizados, la organización y la prestación de servicios y actividades propias o comunes, tanto en sus respectivos territorios como en forma regional o interdepartamental....

Se establece entonces la posibilidad de los gobiernos departamentales de acordar con Servicios Descentralizados (ASSE) la prestación de servicios y actividades propias y comunes. Esta situación podría verse como una posible complementación público-público (Barreto, 2020).

Situándonos en el rango legal debemos atender lo dispuesto en la ley n. 18.211, que en su artículo 41 establece:

Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

También debemos mencionar la ley n.º 17930, de Presupuesto Nacional para el período 2005-2009, la que en su artículo n.º 287 dispone la modificación del artículo n.º 275 de la ley n.º 15.903 quedando redactada de la siguiente manera:

La Administración de los Servicios de Salud del Estado queda ampliamente facultada para convenir con los Gobiernos Departamentales, con las instituciones de asistencia médica colectiva, con la Universidad de la República y con otras organizaciones, las acciones pertinentes para la mejor atención de la población, en la forma y oportunidad que determine el Poder Ejecutivo.

También queda facultada para complementar, articular programas y servicios en función de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Continuando con el análisis nos encontramos con el Decreto n.º81/2012 que recoge el contrato de gestión celebrado entre los prestadores de salud y la JUNASA. La cláusula n.º 34 establece el concepto de complementación, de coordinación de servicios, además de establecer el rol de la JUNASA, JUDESA y JULOSA.

Trigésima Cuarta - Complementación de servicios y acciones de salud.

1. Se entiende por complementación de servicios y acciones de salud, la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina.

2. La JNS fomentará la celebración de acuerdos y convenios entre prestadores con el objeto de implementar actividades complementadas en el territorio y racionalizar los recursos disponibles. Cuando estos ya existan en el territorio, estimulará su utilización en forma coordinada.

3. Los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales serán un ámbito relevante desde donde se promoverá la complementación entre prestadores, priorizando las acciones de promoción y prevención primaria y secundaria, así como la complementación asistencial.

4. El prestador participará y fomentará estas acciones colectivas con otros prestadores sobre la población del área de influencia de cada Consejo Asesor Honorario donde tenga usuarios/as afiliados/as.

6.1.4. Modalidades que pueden tomar los acuerdos entre los prestadores de salud

Se ha visto que las convenciones celebradas entre las partes pueden instrumentarse mediante acciones de coordinación o mediante acciones de complementación.

Se hace referencia al término convenciones para describir un concierto o coincidencia de voluntades entre dos o más partes para realizar un determinado fin; en este caso coordinar recursos para brindar de una forma más eficaz y eficiente una prestación ya existente, o complementar recursos para crear una nueva realidad que brinde a una región determinada una nueva prestación que hasta el momento no existía.

Desde un punto de vista jurídico es un negocio jurídico bilateral integrado por varias voluntades identificadas en la consecuencia de un fin u objeto jurídico.

Por otra parte, y no menos importante en la expansión de la red de servicios de salud a la cual aspira la construcción de un sistema integrado de salud, encontramos a los contratos civiles y comerciales.

El contrato es considerado por la mayor parte de la doctrina moderna como una especie de convención. Se dice que tiene la misma relación que existe entre una especie y el género. Todo contrato es una convención, pero no toda convención es un contrato.

Nuestro Código Civil en su artículo n.º 1247 establece que «Contrato es una convención por la cual una parte se obliga para con la otra o ambas partes se obligan recíprocamente a una prestación cualquiera, esto es, a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser una o muchas personas».

Situándonos en los tipos contractuales que pueden ser utilizados por los prestadores debemos mencionar:

El comodato. El Código Civil en su artículo n.º 2216 establece que «El comodato o préstamo de uso es un contrato por el cual una de las partes entrega a la otra alguna cosa no fungible, mueble o raíz, para que use de ella gratuitamente y se la devuelva en especie. Este contrato podrá probarse por testigos, cualquiera que sea el valor de la cosa prestada».

El arrendamiento. El Código Civil en su artículo n.º 1776 establece que «El arrendamiento es un contrato en que las dos partes se obligan recíprocamente, la una a conceder el uso o goce de una cosa, o a ejecutar una obra o a prestar un servicio y la otra a pagar por este uso, goce o servicio, un precio determinado. El que recibe el precio es arrendador y el que lo paga arrendatario. El arrendamiento se perfecciona por el mutuo consentimiento de las partes».

La compraventa. El Código Civil en su artículo n.º 1661 establece que «La compraventa es un contrato en que una de las partes se obliga a dar una cosa y la otra a pagarla en dinero».

Consortio. La ley n.º 16.060 denominada de sociedades comerciales establece en sus artículos 501 a 509, la herramienta contractual del consorcio.

En esta hipótesis se regirían por lo establecido en ese título de la ley comercial y lo relativo al mandato cuando se remite a ese instituto. Con la celebración de un consorcio por lo tanto no se estaría frente a una nueva persona jurídica, sino que la actividad se desarrolla en las condiciones previstas en el acuerdo y responde cada institución frente a los terceros, sin solidaridad salvo pacto en contrario. En el contenido del contrato se deberá establecer las obligaciones específicas y responsabilidades, sanciones y las normas de administración entre otros requisitos (Barreto, 2020).

Contratos Innominados o atípicos. Establece la doctrina que son aquellos que carecen de regulación legal específica, aun cuando en la doctrina y en la práctica tengan una denominación. Son producto de la autonomía de la voluntad, se rigen por reglas fijadas por las partes contratantes siempre que no violen normas imperativas, y supletoriamente por normas y principios generales comunes a todos los contratos, a los contratos en cuya categoría estén comprendidos y a los principios generales aplicables a ellos.

Como ejemplos de estas figuras contractuales podemos mencionar el contrato de hospedaje, con alimentación completa (tres comidas) o parcial (desayuno); contrato de gira turística o vacacional, que comprende transporte, hospedaje y otros servicios; el contrato de franquicia, por el cual se permite la utilización de una marca de fábrica, obligándose a cumplir con ciertas normas de calidad del producto ofrecido y de mercadeo.

6.2. Proceso actual de elaboración, validación y firma de acuerdos

Etapas 1: elaboración

En general el proceso se inicia por medio de una necesidad identificada en territorio que puede ser resuelta por complementación de servicios mediante algún tipo de acuerdo.

Los representantes en territorio de los futuros comparecientes mantienen las reuniones que sean necesarias hasta lograr un texto escrito que refleja las necesidades de complementación.

Ese texto es enviado por medio de la dirección departamental de Salud y vía correo electrónico a la dirección de correo de DIGECOOR central. Eventualmente puede llegar por otras vías de comunicación.

El texto es analizado por la asesoría en convenios de la DIGECOOR sólo desde el punto de vista médico (necesidad del servicio, equivalencia entre las prestaciones, otros).

De oficio se observan detalles de forma tales como la comparecencia, la legitimación de los comparecientes, y también se realizan consultas con distintas unidades organizativas del MSP

para evacuar dudas sobre competencias (si a lo que se obligan las partes es pertinente de acuerdo a su misión), entre otros.

Etapa 2: validación

Resultado los pasos anteriores se obtiene un texto mejorado que eventualmente puede ser igual al recibido originalmente.

Cuando se elabora un texto mejorado es devuelto a la dirección departamental de Salud que es el nexo articulador entre las partes en territorio y se encarga de hacérselos llegar.

Cuando participa ASSE se envía desde DIGECOOR central a ASSE para conocimiento y análisis vía mail y se realiza el seguimiento vía mail o por llamado telefónico con el enlace.

Una vez aprobado el texto por todas las partes se envía desde DIGECOOR central al Departamento Notarial del MSP (si está compareciendo el MSP) por correo electrónico o a JUNASA cuando comparecen los prestadores implicados en la ley n.º 18.211.

El texto es recuperado en la base de datos de la DIGECOOR para su registro (próximamente se hará mediante el software).

Etapa 3: firma

Cuando el texto sigue al Departamento Notarial, desde aquí se procede a recoger las firmas de las partes o a coordinar la fecha de firma en acto público.

Cuando el texto sigue a JUNASA, toman conocimiento y se aguarda informe.

6.2.1. Oportunidades de mejora

Del análisis del proceso actual se sugiere que hay que:

-Informar y promover en las direcciones departamentales de Salud el cumplimiento de un rol activo en cuanto a todos los requisitos que se exigen para la firma de acuerdos.

-Formalizar el ingreso del proyecto de acuerdo. Sólo debieran existir dos formas de ingresar un proyecto de acuerdo al proceso de elaboración, validación y firma: creación de expediente electrónico en la DDS y envío a DIGECOOR o creación de expediente electrónico en DIGECOOR. Esto internamente unifica la trazabilidad del documento y del estatus formal. Al momento del inicio del expediente el texto debe tener el acuerdo de las partes en territorio, las que deberán comunicar a sus referencias institucionales correspondientes de la iniciativa para que expresen al respecto. Para el caso de ASSE se requerirá el número de trámite interno o expediente que constate el inicio del trámite en la institución.

-Proporcionar borrador ejemplo de acuerdo con cláusulas que deben estar presentes en todo texto que involucre al menos a un prestador integral de salud según ley n.º 18.211. Véase a los efectos el modelo de acuerdo que se presenta en el Anexo 4.

En el Anexo 4 se propone un flujograma para revisar y adecuar los procesos a lo antes expuesto.

Conclusiones preliminares y recomendaciones

Conclusiones preliminares

Recursos institucionales

Apoyados por la literatura referida al tema en el marco de análisis se indicó que la estructura institucional y organizacional influye en los procesos y resultados de las políticas públicas porque las iniciativas de los actores están mediadas por las pautas de conducta definidas en el entorno social, y por la asignación y distribución de roles, competencias, funciones y capacidades dadas por el marco organizacional.

El proceso de fortalecimiento institucional de las direcciones departamentales de Salud (DDS) en el mediano plazo ha sido constante y con distintas velocidades en función del período estudiado. No obstante, persisten algunas debilidades en su estructura y funcionamiento que es necesario mencionar en aras de mejorar los procesos y resultados de la política de salud. A diferencia del resto de las unidades de trabajo del Ministerio de Salud Pública (MSP), en las DDS no hay una estructura organizacional con competencias y funciones definidas, ni una división interna del trabajo clara. Esto incluye:

- Ausencia de disposiciones normativas que determinen la estructura organizativa de las DDS.
- Debilidades en la coordinación de las relaciones intrainstitucionales entre el territorio y la centralidad.
- Indefinición de procesos técnicos de direcciones generales del MSP cuya ejecución requiere del trabajo de las DDS, afectando su desempeño.
- Ausencia de disposiciones normativas que especifiquen los cometidos y funciones de las DDS como unidad de trabajo.
- Organización y división del trabajo dentro de cada DDS quedan sujetas a las capacidades existentes y a las definiciones de cada director/a departamental.

Con referencia a la estructura organizativa y la definición de cometidos y funciones de las DDS se observa una diferencia sustantiva con respecto del resto de las unidades de trabajo del MSP, las que tienen adjudicada normativamente una organización, competencias y funciones específicas. Una excepción a lo dicho anteriormente refiere al Decreto n.º 433 de 2008 de reestructura del MSP. En él se establece, de forma muy general, cuál es el papel que tienen estas unidades de trabajo. Se reserva para las DDS la tarea referida al desarrollo de las funciones de rectoría y de autoridad sanitaria a nivel departamental. Pero en el mencionado

decreto no se determina cómo se debe desarrollar esa función, quedando sujeta a la agenda política de las autoridades ministeriales. Por otra parte, al no delimitar el alcance de la función rectora de las DDS se puede entender que implica todas sus dimensiones, aunque estaría supeditada a las definiciones de una rectoría nacional a cargo del MSP central. Por lo tanto, las DDS serían “pequeños” ministerios en cada departamento. Respecto de la división de las competencias entre el casco ministerial y las DDS, la normativa le adjudica a las DDS un rol de brazo ejecutor de la rectoría en el territorio.

El trayecto de las DDS en estos años ha supuesto un periplo de fortalecimiento institucional constante, consolidándose recientemente una unidad ejecutora a nivel ministerial que tiene como principal rol la coordinación entre las DDS y el MSP central. Esta evolución implicó diversos cambios de ubicación dentro de las unidades ejecutoras del MSP: primero dependieron de la Dirección General de la Salud (DIGESA), luego de la Dirección General de Secretaría (DIGESE), pasaron a DIGESA nuevamente y, por último, a la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR). Esa relación de dependencia siempre fue mediada por una unidad de trabajo que desde el “centro” coordinó el trabajo entre las direcciones generales del MSP y las DDS y supervisó administrativamente el trabajo de las DDS. Con la creación de la DIGECOOR se busca organizar el flujograma de los procesos administrativos y técnicos desde y hacia las DDS con el resto de las unidades de trabajo del MSP. Este arreglo organizacional dista de estar acabado, pero diagrama de mejor forma las funciones y tareas que las DDS deben desarrollar en el territorio. La delimitación organizativa laxa que se extiende hasta la actualidad, si bien tiene los inconvenientes planteados anteriormente, también evita el encorsetamiento que dificulta el desarrollo institucional.

Las dificultades de coordinación entre las DDS y el casco central se expresan en diversas áreas o dimensiones de trabajo, y tiene una expresión concreta en la carencia de definición de muchos procesos técnicos de direcciones generales del MSP cuya ejecución requiere del trabajo de las DDS, afectando su desempeño. Una excepción se da con las tareas y funciones asignadas por la DIGESA para la vigilancia epidemiológica, descrita en el capítulo 3 de este informe.

Finalmente, al no haber una especificación normativa de las competencias y funciones de las DDS, y paralelamente existir múltiples competencias interinstitucionales e intrainstitucionales delegadas por otros organismos o direcciones generales que insertan a las DDS en una variedad de procesos administrativos y técnicos, la organización y la división del trabajo interna quedan sujetas a las capacidades existentes en materia de recursos humanos y recursos materiales y a las definiciones de cada director o directora departamental.

Recursos humanos

La cantidad de recursos humanos (RRHH) necesaria en una unidad de trabajo depende, entre otros factores, del volumen y calidad de las tareas encomendadas. Al no contar con un estándar o una normativa que delimite concreta y claramente las competencias de las DDS no es sencillo realizar un análisis de su adecuación a las necesidades organizacionales. Tampoco se ha utilizado en esta etapa –aunque se considera que puede ser relevante su inclusión– datos comparativos de otras unidades organizativas territoriales del Gobierno Central y de otros casos similares de descentralización administrativa. No obstante, se realizó un análisis comparativo respecto de la cantidad de RRHH de las 19 unidades de análisis (DDS), así como de otras dimensiones de análisis relativas a este tópico, para identificar fortalezas y debilidades de cada una de estas unidades organizativas en las dimensiones analizadas.

Respecto de las principales características de los RRHH en las DDS se debe indicar que:

- En referencia a la dotación de RRHH hay una gran dispersión en términos cuantitativos entre DDS, con un mínimo de 4 y un máximo de 17. La dispersión también se ve reflejada respecto de la carga horaria de trabajo semanal trabajada por los RRHH de cada DDS (RRHH*horas semanales).
- El aporte de las cooperativas sociales a los procesos de trabajo varía por DDS. En un 26 % de DDS se cuenta con apoyo amplio en términos de horas trabajadas. En un 47 % de DDS se cuenta con apoyo intermedio y, un 26 % de DDS no cuenta o tiene un apoyo mínimo.
- Respecto del género y sexo de los RRHH, se trata una población feminizada. Un poco más de la mitad de DDS tienen paridad de género (hay por lo menos un hombre por cada mujer y una mujer por cada 3 hombre); en el resto hay disparidad.
- En términos generacionales hay predominio de edades intermedias (DDS con mayoría de personas en el intervalo 40-55 años). La mayoría de las DDS tienen intercambio de capacidades intergeneracionales (DDS con una mayoría relativa de integrantes en tramos etarios intermedios, pero con por lo menos un integrante de generaciones jóvenes y añosas). Aproximadamente el 37 % de las DDS no tiene posibilidades de intercambio intergeneracional, lo que podría dificultar la transmisión de la memoria institucional referente a la unidad de trabajo.
- El análisis de la formación de los recursos humanos buscó identificar capacidades organizativas producto de la calificación del personal perteneciente a las unidades de trabajo de estudio. Se observa a nivel general un alto nivel, el 50 % tiene formación universitaria de grado o posgrado. Si se discrimina por DDS sólo tres no cumplen con este

parámetro. No obstante, hay un 20 % de los RRHH que no tiene estudios secundarios completos.

- El vínculo contractual de los RRHH de las DDS permite identificar y explicar algunas dimensiones importantes de las capacidades organizacionales. Transparenta el régimen laboral –derechos y obligaciones– de los funcionarios y permite identificar los incentivos, sistemas de carrera, mecanismos de ascenso, restricciones y expectativas que tienen los funcionarios y sus superiores. En este sentido, con los datos disponibles se concluye que la mayoría de los RRHH tienen vínculos laborales estables; el 72 % de los funcionarios son presupuestados para el conjunto de DDS. No obstante, el análisis discriminado por DDS refleja que en el 16 % de las DDS los funcionarios tienen una minoría de vínculos de trabajo estable y alta dispersión de tipos de vínculos. Esta configuración favorece la posibilidad de que existan diferencias en el régimen laboral y en términos de remuneraciones e incentivos a funcionarios que cumplen generalmente funciones similares.
- El escalafón y el grado de los funcionarios públicos se relaciona con la formación y tareas encomendadas, así como también provee elementos de valoración de la carrera administrativa. En materia escalafonaria se debe destacar que la mayoría absoluta (52 %) de los RRHH presupuestados pertenece al escalafón Profesional (A y B) Técnico, el 39 % a los escalafones (C y D) administrativos y el 8 % restante a los escalafones E y F de servicios y oficios. Existen deficiencias de algunas categorías escalafonarias (técnicas y administrativas) importantes en el 16 % de las DDS. Respecto del grado se debe destacar que el 57 % de los presupuestados se mantiene en el grado de ingreso, lo cual refleja escasas oportunidades de ascenso con posibles consecuencias negativas en términos de incentivos y perspectivas de carrera administrativa.
- Para conocer la división del trabajo y el grado de especialización de estas unidades organizativas se indagó sobre las tareas que efectivamente realizan sus funcionarios. En este sentido, los datos reflejan que en las DDS predomina el volumen de trabajo técnico sobre el administrativo o de servicios u oficios. También se observa una tendencia meritocrática en la división de las tareas en un contexto de escasa división del trabajo interno. El 22 % de las tareas administrativas son realizadas por personal con formación terciaria y el 30 % de las tareas técnicas son realizadas por personas sin formación universitaria. Por otra parte, las carencias importantes en materia de RRHH que tienen algunas DDS se refleja en el no cumplimiento de algunas tareas centrales (técnicas y/o administrativas) en el 16 % de las DDS.

Recursos materiales

Los recursos materiales son los instrumentos y bienes materiales disponibles para el desarrollo de los cometidos de las DDS. En este sentido, importa evaluar si la cantidad, características y lógica de utilización se ajustan a las necesidades organizacionales para cumplir con los cometidos y competencias de las DDS. También es importante evaluar los mecanismos de contralor que existen para su adecuada provisión y funcionamiento.

- El primer punto a destacar con relación a este tópico es el alto grado de formalidad del sistema dado que se cuenta con diversos sistemas de información que monitorean el estado y cantidad de recursos disponibles a nivel ministerial.
- Con referencia al estado general de los activos materiales, actualmente se cuenta con 2033 activos materiales lo que representa un aumento neto del 3 % de los activos en 2020 respecto de 2018. Un 37 % de las DDS tiene un porcentaje mayor de activos en estado bueno o regular en 2020 respecto de 2018, el 63 % de DDS restante tiene un porcentaje menor de activos en estado bueno o regular en 2020 respecto de 2018.
- Con relación al mobiliario en general se debe señalar que la relación del mobiliario con los RRHH es adecuada existiendo una relación de 1.25 sillas de escritorio por RRHH y una relación de 1.33 escritorios por RRHH.
- El equipamiento informático es adecuado en líneas generales, existiendo una gran dispersión respecto de la relación equipo informático completo y RRHH entre DDS. En efecto, el 21 % de las DDS cuentan con un déficit de dos equipos informáticos completos. Hay por lo menos una impresora disponible por DDS.
- Respecto de la flota vehicular se debe señalar que 8 DDS cuentan con 2 o 3 vehículos disponibles y las 10 DDS restantes cuentan con un vehículo (excluyendo la DDS de Montevideo y los vehículos de las DDS a disposición de ASSE).
- Finalmente, respecto de las sedes en las que se desarrollan las actividades de la unidad organizativa los datos indican que hay 6 DDS con sede propia, 10 con sede alquilada y 7 con sede a préstamo o en comodato.

La siguiente tabla resume la información identificada respecto de los déficits de capacidades relativas, de las variables analizadas en las dimensiones referentes a los RRHH y a los RRMM. Un valor de 1 representa la identificación de una debilidad relativa en la variable considerada. Un valor 0 representa ausencia de debilidad relativa en la variable considerada. A mayor puntuación total más debilidades relativas identificadas en las dimensiones analizadas.

	Recursos Humanos													Recursos Materiales					Total	
	Dotación	Paridad 1/3	Intercambio de capacidades intergeneracionales	Tipo de vínculos contractuales.	Antigüedad en el cargo	Carga horaria semanal	Grado: % grado mín	Dotación x categorías escalafonarias	Formación: máx. nivel alcanzado	Cursos de educación técnica	Áreas de trabajo	RRHH por grupos de tareas	Horas semanales trabajadas por Coop	Evolución del estado de activos en las DDS	Equipos informáticos disponibles en las DDS	Equipos informáticos completos (EIC) y relación con RRHH	EIC*/Impresoras	Flota vehicular a disposición de las DDS		Sedes
TREINTA Y TRES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	13
FLORES	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	10
LAVALLEJA	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	10	
MONTEVIDEO	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	9	
SAN JOSÉ	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	9	
DURAZNO	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	8	
FLORIDA	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	
SORIANO	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	
CERRO LARGO	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	7	
RIO NEGRO	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	6	
CANELONES	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	
PAYSANDÚ	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5	
ROCHA	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	
SALTO	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	
COLONIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	4	
ARTIGAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	
MALDONDO	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
RIVERA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	
TACUAREMBÓ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	

Dotación: ver tabla 4.1.

Paridad 1/3: ver tabla 4.2

Intercambio de capacidades intergeneracionales: ver tabla 4.4

Tipo de vínculos contractuales: ver tabla 4.6

Antigüedad en el cargo: ver tabla 4.8

Carga horaria semanal: ver tabla 4.10

"Grado: % grado mín": ver tabla 4.13

Dotación x categorías escalafonarias: ver tabla 4.14

Formación: máx. nivel alcanzado: ver tabla 4.16

Cursos de educación técnica: ver tabla 4.19

Áreas de trabajo: ver tabla 4.22

RRHH por grupos de tareas: ver tabla 4.24

Horas semanales trabajadas por Coop: ver tabla 4.26

Evolución del estado de activos en las DDS: ver cuadro 5.2

Equipos informáticos disponibles en las DDS: ver tabla 5.1

Equipos informáticos completos (EIC) y relación con RRHH: ver tabla 5.2

EIC*/Impresoras: ver tabla 5.3

Flota vehicular a disposición de las DDS: ver tabla 5.4

Sedes: ver cuadro 3.5.

Recomendaciones

A partir de las conclusiones antes referidas, y con el fin de profundizar el proceso de fortalecimiento de las DDS, se propone a las autoridades ministeriales avanzar en tres vías complementarias de trabajo:

1. Profundizar el análisis iniciado por la DIGECOOR –por medio de un actor externo a la institución– respecto de las dimensiones no analizadas en profundidad de las capacidades institucionales de las DDS.

- En el capítulo 1 se expuso que, debido a que la propia unidad ejecutora es parte del objeto de estudio, es necesario externalizar el análisis de la interacción de la DIGECOOR con las DDS y de las capacidades de coordinación y trabajo conjunto con el resto del aparato ministerial.
- A nivel de las DDS es necesario profundizar el análisis de las capacidades de relacionamiento con el entorno para la implementación de las políticas públicas. Esto implica, entre otros aspectos, analizar los mecanismos político-institucionales de coordinación territorial de la política sanitaria e indagar respecto de las cualidades de los cargos de confianza política, incluyendo el análisis de métodos de selección, formación, necesidades de capacitación, definición de roles y competencias requeridas para estos cargos y su efecto en las capacidades de las DDS.
- En esta misma línea se propone profundizar las dimensiones de análisis propuestas (recursos institucionales, RRHH y RRMM) en un marco comparativo con otras unidades territoriales del Poder Ejecutivo y de otros estados.

2. Crear un grupo de trabajo interno con la coordinación de la DIGECOOR de naturaleza interdireccional e interdisciplinaria que:

- Estudie y realice propuestas respecto del aporte de trabajo de las DDS a la política de salud del MSP.
- Discuta y problematice el lugar en la estructura institucional, competencias y funciones de las DDS.
- Promueva la especificación de los procesos técnicos de direcciones generales del MSP cuya ejecución requiere del trabajo de las DDS y afecta su desempeño.

- Especifique las competencias actuales de las estructuras territoriales del MSP y realice una estimación de los recursos necesarios para su implementación estableciendo canales de respaldo en el nivel nacional para contribuir de manera determinante a los logros.
- Proponga estrategias para fortalecer la coordinación entre las diversas unidades organizativas del MSP y las DDS.

3. A nivel ministerial, evaluar la posibilidad de implementar las siguientes medidas:

- Crear mecanismos para mejorar la dotación de RRHH en las DDS tanto a nivel general como relacionado a las categorías escalafonarias con mayores déficits, comenzando por las DDS que presentan mayor déficit.
- Trabajar con las unidades ministeriales especializadas para evaluar la posibilidad de proponer acciones que tiendan a uniformizar la diversidad de vínculos, regímenes laborales y remunerativos entre funcionarios con niveles similares de responsabilidad, especialmente en las DDS con alta dispersión de vínculos contractuales y escasos vínculos estables.
- Relacionado con el punto anterior, trabajar junto con las agencias gubernamentales especializadas para proponer la creación y desarrollo de mecanismos de ascenso por concurso del personal de las DDS.
- Crear incentivos para que el personal de las DDS que tiene menor formación continúe y culmine sus estudios secundarios.
- Promover, incentivar y apoyar la formación académica y técnico-profesional de los RRHH que tienda a mejorar las capacidades relativas al trabajo diario de las DDS.

Referencias bibliográficas

- Aguilar Mejía, O. M. y Quintero Álvarez, M. X. (2005). Memoria colectiva y organizaciones. *Univ. Psychol*, 4(3), 285-296. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64740303.pdf>
- Aguilar Villanueva, L. F. (compilador). (1993). *La implementación de las políticas públicas*. México: Porrúa. Recuperado de http://ibcm.blog.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/28/2014/03/EYPP_Aguilar_Villanueva_2_Unidad_2.pdf
- Aguilar Villanueva, L. F. (compilador). (1992). *La hechura de las políticas*. México: Porrúa. Recuperado de <http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/PoliticasyPublicas/QL-vT7L41Vk.pdf.pdf>
- Barquet, P. (2020, febrero 9). El MSP de la coalición: ¿cuánto cambiará la salud en el próximo gobierno? *El País* (Uruguay), sección Qué pasa. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/que-pasa/msp-coalicion-cuanto-cambiara-salud-proximo-gobierno.html>
- Barreto, M. (2020). Consideraciones a tener en cuenta para una complementación de servicios en el SNIS. [documento de trabajo]. Montevideo, en prensa.
- Booth, Ch., Clark, P., Delahaye, A., Procter, S. y Rowlinson, M. (2005). La memoria social en las organizaciones. Los métodos que las organizaciones usan para recordar el pasado. *Revista Empresa y Humanismo*, IX(2), 95-130. España: Universidad de Navarra. Recuperado de <https://www.unav.edu/web/instituto-empresa-y-humanismo/publicaciones/revista-empresa-y-humanismo>
- Constitución de la República Oriental del Uruguay. (2013). Montevideo: Edición Centro de Estudiantes de Derecho
- Das Graças Rúa, M. (1997). *Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos*. Brasilia: Casa Civil de la Presidencia.
- Dávila, M. (2012). *Análisis de la Convivencia entre las diferentes generaciones: Baby Boomers, Generación X y Generación Y, en el sector público; caso Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación*. (Tesis de Maestría). Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), Ecuador. Recuperado de: <http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3069/1/T1124-MDTH-Davila-An%C3%A1lisis.pdf>
- De Armas, R. (2020, enero 11). Lacalle analiza cambios en estructura del MSP y considera "fusionar" dependencias. *El Observador* (Uruguay). Recuperado de

<https://www.elobservador.com.uy/nota/lacalle-analiza-cambios-en-estructura-del-msp-y-considera-fusionar-dependencias-202011015420>

- Dutra, M. F. (2017). *Generación Z: entre las nuevas formas de organización del trabajo y la convivencia generacional. Artículo científico de revisión bibliográfica.* (Trabajo final de grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10918/1/Dutra%2C%20Ma.%20Floren%20cia.pdf>
- Evans, P. (1996). El Estado como problema y como solución. *Desarrollo Económico*, 35(140), 529-562. Instituto de Desarrollo Económico y Social. Traducción: Leandro Wolfson. <https://doi.org/10.2307/3467372>
- Federación Médica del Interior. (2012). *Complementación de servicios y prestaciones de salud.* Recuperado de <https://www.femi.com.uy/publicaciones>
- Howe, N. y Strauss, W. (1997). *The Fourth Turning: What the Cycles of History Tell Us About America's Next Rendezvous with Destiny.* New York: Broadway Books.
- Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. (2019). Encuesta Continua de Hogares. Recuperado de <https://www.ine.gub.uy/encuesta-continua-de-hogares1>
- Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. (2010). Clasificador Nacional de Educación adaptado a Uruguay. Recuperado de <https://ine.gub.uy/clasificador-internacional-normalizado-de-ensenanza>
- Martínez Castilla, S. (2016). La burocracia: elemento de dominación en la obra de Max Weber. *Misión Jurídica. Revista de Derecho y Ciencias Sociales*, (10), 141-154. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.revistamisionjuridica.com/la-burocracia-elemento-de-dominacion-en-la-obra-de-max-weber/>
- Ministerio de Salud Pública, División Epidemiología. (2015). *Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria.* Montevideo: Departamento de Vigilancia en Salud, MSP.
- Narbondo, P., Ramos, C. y Zurbriggen, C. (2003, diciembre). Marco conceptual y diseño metodológico para el estudio de las capacidades estatales en la administración central y en las empresas públicas. En *Globalización y Transformación Estatal: un análisis comparativo: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.* Seminario organizado por la Udelar, ORT, PNUD y BID, Punta del Este, Uruguay.
- Meny, Y. y Thoenig, J-C. (1992). *Las políticas públicas.* Madrid: Ed. Ariel.
- North, D. C. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance.* Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado de

<http://www.socialcapitalgateway.org/content/book/north-d-c-1990-institutions-institutional-change-and-economic-performance-cambridge-cam>

- Oficina Nacional del Servicio Civil. Escuela Nacional de Administración Pública. (2020). Cursos. Recuperado de <https://www.onsc.gub.uy/moodle/course/index.php>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2007). *Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Marco conceptual e instrumento metodológico*. Edición especial n.º 17. Washington D.C.: OPS/OMS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2002). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington D.C.: OPS/OMS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4036:salud-publica-en-americas-nuevos-conceptos-analisis-desempeno-bases-para-accion&Itemid=2080&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2010). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 4. Washington D.C.: OPS/OMS. Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (1997). La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. Resolución CD40.R12. 40.º Consejo Directivo, 49.º Sesión del Comité Regional. Washington D.C., 22 al 26 de setiembre de 1997. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1642/CD40.R12sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ott J. S. (1989). *The Organizational Culture Perspective*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Presidencia de la República. Oficina Nacional del Servicio Civil. (2020). *Texto ordenado de normas sobre funcionarios públicos*. Recuperado de https://www.inisa.gub.uy/images/biblioteca_virtual/Tofup2010.pdf

- Reátegui, R., Poma, A., Benítez, S. y Rodríguez, G. (2015). Sistema de memoria organizacional para centros I+D de una institución de educación superior. *Revista Actualidades investigativas en educación*, 15(2), 1-25. Universidad de Costa Rica. <http://dx.doi.org/10.15517/aie.v15i2.18965>
- Robles Guerrero, L. R. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *An. Fac. Med.*, 74(1), 43-48. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v74n1/a09v74n1.pdf>
- Weber, M. (2002). *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. 2° reimpresión en español. España: Fondo de Cultura Económica.
- Zurbriggen, C. (2005). Las capacidades estatales para la gestión de la política comercial uruguaya. Documento de trabajo, 9, Facultad de Administración y Ciencias Sociales. Universidad ORT Uruguay. Recuperado de <https://dspace.ort.edu.uy/bitstream/handle/20.500.11968/2822/documentodetrabajo19.pdf>

Normativa consultada

Leyes

- Uruguay. (1966, enero 7). Ley n.º 13.459: Hidatidosis. Declaración de Plaga Nacional. Creación de Comisión Nacional Honoraria de lucha contra la Hidatidosis. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/13459-1965/19>
- Uruguay. (1984, julio 15). Ley n.º 15.594: Se modifican disposiciones de la ley n.º 11.139 sobre el Patronato del Psicópata. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp584444.htm>
- Uruguay. (1986, abril 21). Ley n.º 15.809: Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 1985-1990. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/15809-1986>
- Uruguay. (1986, diciembre 31). Ley n.º 15.851: Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Ejercicio 1985. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/15851-1986>
- Uruguay. (1987, noviembre 18). Ley n.º 15.903: Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Ejercicio 1986. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/15903-1987>
- Uruguay. (1988, diciembre 13). Ley n.º 16.002: Modificación del Plan de Inversiones. Ejercicio 1988-1989. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16002-1988>

- Uruguay. (1989, noviembre 1). Ley n.º 16.060: Ley de Sociedades Comerciales. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16060-1989>
- Uruguay. (1990, marzo 2). Ley n.º 16.106: Modificación de la ley 13.459, referente a la creación de la Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16106-1990/4>
- Uruguay. (1991, enero 10). Ley n.º 16.170: Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones. Ejercicio 1990-1994. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16170-1990>
- Uruguay. (1994, noviembre 21). Ley n.º 16.603: Código Civil. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-civil/16603-1994>
- Uruguay. (1996, enero 12). Ley n.º 16.736: Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 1995-1999. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16736-1996>
- Uruguay. (2005, diciembre 23). Ley n.º 17.930: Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 2005-2009. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17930-2005>
- Uruguay. (2007, mayo 7). Ley n.º 18.113: Creación de la Unidad Nacional de Seguridad Vial. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18113-2007/5>
- Uruguay. (2007, mayo 22). Ley n.º 18.126: Creación del Consejo Agropecuario dependiente del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18126-2007/10>
- Uruguay (2007, setiembre 9). Ley n.º 18.172: Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Ejercicio 2006. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18172-2007>.
- Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley n.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- Uruguay. (2009, abril 21). Ley n.º 18.471: Ley de protección, bienestar y tenencia de animales. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18471-2009>
- Uruguay. (2009, noviembre 17). Ley n.º 18.621: Creación del Sistema Nacional de Emergencias Público y Permanente. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18621-2009/7>
- Uruguay. (2011, enero 5). Ley n.º 18.719: Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones. Ejercicio 2010-2014. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18719-2010>

- Uruguay. (2011, noviembre 17). Ley n.º 18.834: Aprobación de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Ejercicio 2010. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18834-2011>
- Uruguay. (2013, agosto 28). Ley n.º 19.121: Regulación del Estatuto del funcionario público de la Administración Central. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19121-2013>
- Uruguay. (2015, diciembre 30). Ley n.º 19.355: Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 2015-2019. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19355-2015>
- Uruguay. (2017, setiembre 19). Ley n.º 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Uruguay. (2017, octubre 3). Ley n.º 19.535: Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal, ejercicio 2016. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/19535-2017>
- Uruguay. (2018, enero 9). Ley n.º 19.580: Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la ley 17.514. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Uruguay. (2018, octubre 25). Ley n.º 19.670: Aprobación de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Ejercicio 2017. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19670-2018>
- Uruguay. (2020, julio 14). Ley n.º 19.899: Aprobación de la Ley de Urgente Consideración. LUC. Ley de emergencia. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19889-2020>

Decretos

- Uruguay. (1988, julio 25). Decreto n.º 463/988: Creación de la Junta Nacional de Drogas. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/463-1988>
- Uruguay. (1989, junio 20). Decreto n.º 26/89: Autorización para cambio de escalafón presupuestal. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/26-1989/3>
- Uruguay. (1991, julio 15). Decreto n.º 348/991: Funcionarios. Cargos. Escalafón D Personal Especializado. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/348-1991/7>
- Uruguay. (1992, febrero 25). Decreto reglamentario n.º 69/992: Regiones sanitarias. Directores regionales. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/69-1992/4>
- Uruguay. (2002, febrero 4). Decreto 460/001. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/460-2001>

- Uruguay. (2006, mayo 19). Decreto n.º 137/006: Actualización de montos de multas por infracciones sanitarias. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/137-2006/2>
- Uruguay (2006, setiembre 25). Decreto n.º340/006: Creación del Comité Nacional y comités regionales para la monitorización de muertes de niños. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/340-2006/11>
- Uruguay. (2007, diciembre 21). Decreto n.º 491/007: Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis. Estructura orgánica. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/491-2007/7>
- Uruguay. (2008, abril 29). Decreto n.º 219/008: Modificación a la organización de la Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/219-2008/2>
- Uruguay. (2008, noviembre 5). Decreto 433/008: Reformulación de la estructura organizativa. Dirección General de la Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/433-2008>
- Uruguay. (2010, marzo 11). Decreto 084/010: Creación de juntas departamentales de drogas en departamentos del interior. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/84-2010>
- Uruguay. (2011, febrero 16). Decreto n.º 51/011: Funcionarios. Compensación por asesoramiento directo. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/51-2011>
- Uruguay. (2011, febrero 16). Decreto n.º 52/011: Reglamentación del artículo 52, ley n.º 18.719 sobre contrato artístico en sustitución del régimen contrato de cachet. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/52-2011>
- Uruguay. (2011, febrero 16). Decreto n.º 53/011: Reglamentación del artículo 54, ley n.º 18719 sobre contrato laboral con personas físicas por razones de necesidad expresamente justificadas. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/53-2011>
- Uruguay. (2011, febrero 16). Decreto n.º 54/011: Reglamentación del artículo 51, ley n.º 18.719 sobre contrato de beca o pasantía. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/54-2011>
- Uruguay. (2011, febrero 16). Decreto n.º 55/011: Reglamentación de los artículos 53 y 55, ley n.º 18.719 sobre contrato temporal de derecho público. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/55-2011/1>
- Uruguay. (2011, febrero 16). Decreto n.º 56/011: Administración del sistema de reclutamiento y selección de personal por la Oficina Nacional del Servicio Civil. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/56-2011>

- Uruguay. (2011, julio 15). Decreto n.º 237/011: Integración y cometidos de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales de la Junta Nacional de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/237-2011>
- Uruguay. (2011, agosto 15). Decreto n.º 277/011: Integración del Gabinete Social. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/277-2011/1>
- Uruguay. (2011, octubre 20). Decreto n.º 358/011: Fijación de las pautas y procedimientos necesarios para el ingreso a la función pública de acuerdo a lo dispuesto por el Art. 50 de la ley n.º 18.719. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/358-2011>
- Uruguay. (2012, febrero 28). Decreto n.º 41/012: Actualización del Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/41-2012/4>
- Uruguay. (2012, marzo 27). Decreto n.º 81/012: Aprobación del Contrato De Gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales eel Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/81-2012>
- Uruguay. (2013, noviembre 6). Decreto 272/013: Aprobación de la reformulación de la estructura organizativa y de puestos de trabajo del Ministerio de Salud Pública. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/272-2013>
- Uruguay. (2016, octubre 7). Decreto n.º 311/016: Aprobación de la Nueva Estructura Organizacional y de Gestión de la Comisión Nacional Honoraria de Tenencia Responsable y Bienestar Animal. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/311-2016>
- Uruguay. (2020, marzo 4). Decreto reglamentario 065/20: reglamentación de la ley n.º 18.621. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/65-2020#ANEXO>

Anexo 1: Recopilación jurídica y descripción de espacios de participación inter-institucional y sectorial

Recopilación jurídica

Ley n.º 15.809. Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 1985-1990. Se dispone la creación de siete cargos de Directores Regionales de Salud.

Artículo 446

Transfórmase con destino a la unidad ejecutora 087 "Dirección de Administración Superior", nueve cargos de Director Departamental de Salud procedentes de las unidades ejecutoras 032, 033, 034, 035, 036, 037, 038, 039 y 042 (Centros Departamentales de Canelones, Cerro Largo, Colonia, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Maldonado y Río Negro) en siete cargos de Director Regional de Salud, un cargo de Director de Dirección de Servicios de Salud, y cuatro cargos de Director Departamental de Salud provenientes de las unidades ejecutoras 031, 040, 041 y 047 (Centros Departamentales de Paysandú, Rivera, Artigas y Tacuarembó), en un Inspector General, un Director Nacional de Recursos Humanos, un Director de Recursos Materiales y un Director de Recursos Económico Financieros. Dichos cargos serán de particular confianza y quedarán incluidos en el literal g) del artículo 9º de la presente ley.

Decreto reglamentario n.º 69/992. Se constituyen las diferentes regiones sanitarias y describen los requisitos para ocupar el cargo de Director Regional de Salud.

Artículo 1

Constitúyense las siguientes Regiones Sanitarias:

- a) Regional Norte, compuesta por los Departamentos de Artigas, Rivera y Cerro Largo;
- b) Regional Litoral Norte, compuesta por los Departamentos de Paysandú, Río Negro y Salto;
- c) Regional Litoral Sur, compuesta por los Departamentos de Colonia y Soriano;
- d) Regional Centro, compuesta por los Departamentos de Flores, Florida, Durazno y Tacuarembó;
- e) Regional Metropolitana, compuesta por los Departamentos de Canelones, Montevideo y San José;
- f) Regional Este, compuesta por los Departamentos de Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres.

Artículo 2

Para desempeñar el cargo de Director Regional se requerirá:

- a) Título de Doctor en Medicina;
- b) Acreditar experiencia en el desempeño de la Dirección, Subdirección o Adscripción de un Centro de Salud público o privado; a nivel de administración sanitaria superior.

Artículo 3

Será obligación de cada Director Regional residir dentro de la Región sometida a su responsabilidad.

Artículo 4

El Director Regional depende jerárquicamente y funcionalmente de la Dirección General de A.S.S.E. siendo sus cometidos los siguientes: a) Planificar y coordinar las tareas asistenciales a cumplir en su ámbito geográfico, de acuerdo a las directivas impartidas por el Ministerio de Salud Pública y la Dirección General de A.S.S.E.; b) Cumplir y hacer cumplir la normativa legal y reglamentaria vigente. c) Poner en ejecución y supervisar todas las acciones técnico administrativas que se le cometan; d) Proponer planes, programas y proyectos así como asesorar sobre temas de su competencia. e) Calificar a los funcionarios jerárquicos de la región; f) Aplicar las sanciones que correspondan dentro del ámbito de su competencia; g) Efectuar el seguimiento y evaluación de las inversiones correspondientes.

Ley n.º 16.736. Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 1995-1999. Se dispone la incorporación de dieciocho Directores Departamentales de Salud.

Artículo 393

Incorpóranse dieciocho Directores Departamentales de Salud Pública al régimen de contratación previsto por el artículo 7º de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992. Los Directores Departamentales de Salud Pública serán responsables de ejecutar a nivel departamental, sobre los subsectores público y privado, las políticas, programas, controles y planes que determine el Ministerio de Salud Pública cumpliendo, a tales efectos, una carga horaria mínima de cuarenta horas semanales. Los Directores Departamentales de Salud no podrán desempeñar cargos directivos o gerenciales en instituciones prestadoras de servicios de salud.

Decreto reglamentario n.º 259/004. Se establece una modificación de reestructura administrativa de programas presupuestales. Ministerio de Salud Pública.

DENOMINACIÓN ACTUAL	NUEVA DENOMINACIÓN
DIRECTOR ECONOMIA Y FINANZAS	DIRECTOR RECURSOS ECONOMICOFINANCIEROS DEL Ministerio de Salud Pública
DIRECTOR DE COOPERACION INTERNACIONAL	COORDINADOR DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
GERENTE AUDITORIA DE GESTION	DIRECTOR AUDITORIA INTERNA Y DE GESTION
GERENTE DE RECURSOS HUMANOS	DIRECTOR RECURSOS HUMANOS DE ASSE
GERENTE DE RECURSOS MATERIALES	DIRECTOR RECURSOS HUMANOS DE ASSE
SUBDIRECTOR TECNICO DE ASSE	DIRECTOR RECURSOS ECONOMICOFINANCIEROS DE Administración de los Servicios de Salud del Estado
DIRECTOR CONTROL DE CALIDAD ATENCIÓN MÉDICA	DIRECTOR SERVICIOS DE SALUD
DIRECTOR PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECTOR PRODUCTOS DE SALUD
DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGIA	DIRECTOR SALUD DE LA POBLACION
DIRECTOR DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA	COORDINADOR REGIONAL DE SALUD
DIRECTOR DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA	ADJUNTO DIRECCION GRAL. DE LA SALUD
DIRECTOR DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA	ASESOR TECNICO DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DIRECTOR DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
SUB DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD	SUB DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD.

Ley n.º 17.930. Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 2005-2009.

Artículo 264.- El Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.

Artículo 265.- El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro

Nacional de Salud, el que se creará por ley según lo dispuesto en el artículo 67 y en la disposición transitoria letra V de la Constitución de la República y contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas y el aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. El aporte del Estado provendrá de la asignación presupuestal al financiamiento del sistema de salud.

El aporte de las empresas públicas y privadas será proporcional a la nómina de sus trabajadores.

El aporte de los hogares será un porcentaje de sus ingresos de manera de contribuir a la equidad en el aporte al financiamiento de la salud, en tanto las normas tributarias fijarán la forma y porcentaje de dichos aportes.

El reembolso a los prestadores integrales públicos y privados de salud se hará de acuerdo a cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención.

La reglamentación fijará los valores de las cápitas integrales ajustadas por riesgo, los mecanismos de ajuste de las mismas y las metas de prestación por nivel de atención.

Sólo podrán integrar el Seguro Nacional de Salud a crearse, las instituciones de asistencia médica colectiva previstas en el artículo 6º del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, y sus modificativas, así como las instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro.

Sin perjuicio, aquellos seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública al amparo de lo dispuesto por el artículo 3º del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, que operen bajo alguna de las formas jurídicas previstas en la Ley Nº 16.060, de 4 de setiembre de 1989, que se encuentren funcionando regularmente a la fecha de la vigencia de la

presente ley, integrarán el Seguro Nacional de Salud a crearse, según sus prescripciones, de acuerdo a las pautas que indique la reglamentación que a tal efecto dictará el Poder Ejecutivo y sin perjuicio de la libre contratación que garantiza la norma

Artículo 282.- Suprímense en la unidad ejecutora 070 "Dirección General de la Salud", programa 003, las siguientes funciones de Alta Prioridad: un Coordinador de Regionales de Salud, seis Directores Regionales, dos Adjuntos Dirección General de la Salud, dos Asesores Técnicos Dirección General de la Salud, siete Directores de Departamento Dirección General de la Salud; y créanse en la misma unidad ejecutora, diecinueve cargos de Directores Departamentales de Salud, los que estarán comprendidos en el literal E) del artículo 9º de la Ley Nº 15.809, de 8 de abril de 1986.

Artículo 308.- La Comisión Nacional Honoraria de la Lucha contra la Hidatidosis creada por la Ley Nº 13.459, de 9 de diciembre de 1965, con las modificaciones introducidas por la Ley Nº 16.106, de 24 de enero de 1990, pasará a denominarse "Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis" y funcionará bajo la forma jurídica de organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, quedando facultado el Poder Ejecutivo para modificar su estructura organizativa, comprendiendo un nuevo modelo de gestión, integración y gerenciamiento.

La facultad conferida al Poder Ejecutivo por esta norma también comprende las modificaciones, adecuaciones y definiciones de cometidos previstos para las Comisiones Regionales, Departamentales y locales que funcionan en la órbita de la Comisión Nacional.

El Ministerio de Salud Pública en un plazo de ciento veinte días a partir de la promulgación de la presente ley, proyectará y remitirá al Poder Ejecutivo, para su aprobación, la nueva estructura orgánica, de gestión y gerenciamiento referidos, dando cuenta a la Asamblea General.

Ley n.º 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 23.- Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 27.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios. Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Decreto n.º 460/001. Capítulo III: Estructura Organizativa.

1. Organización

La Dirección General de la Salud es una Unidad Ejecutora del Ministerio de Salud Pública y su estructura se refleja en la "Organización Para el Cumplimiento de Cometidos" adjunta.

Se integra con las siguientes unidades organizativas directamente dependientes:

- * Asesoría Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- * División Salud de la Población
- * División Servicios de Salud
- * División Productos de Salud

Departamentos Regionales de la Salud

- * Colaborar con la Dirección General, en el desarrollo de las políticas y estrategias y en el control del cumplimiento de la legislación sanitaria, en la región correspondiente.
- * Facilitar el desarrollo de los objetivos y planes de acción definidos por las Divisiones Salud de la Población, Servicios de Salud y Productos de Salud.
- * Planificar, dirigir, coordinar y controlar las funciones realizadas por las Unidades de Salud a su cargo.

Secciones Unidades de Salud

- * Colaborar con el regional de salud en las funciones que se le asignen.

Decreto 433/008. Reformulación de estructura organizativa de la Dirección General de la Salud.

Artículo 1

Apruébase el proyecto de reformulación de la estructura organizativa indicado en el Anexo I y la estructura de puestos de trabajo que se incluye en el Anexo II, correspondientes a la Unidad Ejecutora 070 "Dirección General de la Salud" del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", que se consideran parte integrante de este decreto y condicionado a que la Ley de Rendición de Cuentas del Ejercicio 2007 habilite los créditos presupuestales necesarios para su financiación.

Decreto n.º 237/011. Se establece la integración y cometidos de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales de la Junta Nacional de la Salud.

Artículo 1

Los Consejos Asesores Honorarios Departamentales de la Junta Nacional de Salud estarán integrados por:

- a) dos representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales será el Director Departamental de Salud y lo presidirá;
- b) un representante del Banco de Previsión Social;

- c) un representante de los servicios con que cuente en el departamento la Administración de Servicios de Salud del Estado;
- d) un representante de los prestadores privados que tengan sede principal o secundaria en el departamento;
- e) un representante de los trabajadores de los servicios con que cuente en el departamento la Administración de Servicios de Salud del Estado;
- f) un representante de los trabajadores de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento;
- g) un representante de los trabajadores médicos de los servicios con que cuente en el departamento la Administración de Servicios de Salud del Estado;
- h) un representante de los trabajadores médicos de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento;
- i) un representante de los usuarios de los servicios con que cuente en el departamento la Administración de Servicios de Salud del Estado;
- j) Un representante de los usuarios de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento.

Artículo 4

Los representantes del Ministerio de Salud Pública, del Banco de Previsión Social, de la Administración de Servicios de Salud del Estado y, en su caso, de las Intendencias Municipales, serán designados por los respectivos organismos, los cuales deberán comunicar dichas designaciones a la Junta Nacional de Salud a los efectos de que ésta proceda a formalizar la integración de los diversos Consejos Asesores Honorarios Departamentales. Para los primeros Consejos Asesores Honorarios Departamentales, los representantes de los prestadores, de sus trabajadores y de sus usuarios serán propuestos por sus organizaciones representativas a la Junta Nacional de Salud, y elegidos por ésta entre quienes sean así nominados. El mandato de los representantes sociales en los Consejos Asesores Honorarios Departamentales durará dos años, contados a partir de la fecha en que asuman el cargo.

Artículo 5

Son cometidos de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales:

- a) Asesorar a la Junta Nacional de Salud en todos los asuntos concernientes a los cometidos y competencias de la misma que someta a su consideración, formular propuestas y contribuir a evaluar resultados de la administración del Seguro Nacional de Salud en el ámbito de su jurisdicción.

b) Promover la observancia en el departamento de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 6

Compete a los Consejos Asesores Honorarios Departamentales, en el ámbito de su jurisdicción:

a) Investigar y mantener informada a la Junta Nacional de Salud sobre la situación general de salud en el departamento, así como sobre las situaciones del entorno que influyan en ella.

b) Difundir y proponer acciones para el mejoramiento de la salud de la población local.

c) Coadyuvar al cumplimiento en el territorio de los contratos de gestión suscriptos por la Junta Nacional de Salud con los prestadores que integran el Seguro Nacional de Salud.

d) Vigilar la observancia de las resoluciones de la Junta Nacional de Salud.

e) Promover el buen relacionamiento y los acuerdos de complementación entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

f) Propiciar el intercambio, la concertación y coordinación intra e intersectorial, participando de las instancias respectivas y fomentando la participación de las organizaciones sociales así como la de otros actores públicos y privados con incidencia en la salud de la población.

g) Contribuir a la difusión de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y velar por su cumplimiento efectivo.

h) Recibir y analizar las propuestas y reclamaciones que reciban de entidades o personas respecto de asuntos de salud del departamento, y elevarlas a la Junta Nacional de Salud con un informe que incluya antecedentes, evaluación y, en su caso, propuestas de intervención a su respecto.

i) Promover, por propia iniciativa o en apoyo de la de otros actores institucionales y sociales, actividades locales tendientes a potenciar las políticas nacionales y/o departamentales de salud, y elevar a la Junta Nacional de Salud informes sobre sus resultados. Especialmente promoverán, como mínimo en forma anual, la realización de Asambleas Locales de Salud.

j) Fomentar el intercambio con los Consejos Honorarios Departamentales de la Administración de Servicios de Salud del Estado y los Consejos Consultivos Asesores de los prestadores del Seguro Nacional de Salud.

k) Promover la instalación de Consejos Asesores Honorarios Locales de la Junta Nacional de Salud y colaborar en su instalación.

Ley nº 18719. Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones. Ejercicio 2010-2014.

Artículo 573

Créase en el Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", la unidad ejecutora 105 "Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud", quien tendrá dentro de sus cometidos:

- A) Brindar soporte técnico y administrativo a los procesos de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud y asesoramiento en temas de su especialidad.
- B) Efectuar el seguimiento a los Contratos de Gestión y las Metas Asistenciales que la Junta Nacional de Salud establezca con los prestadores financiados por el Seguro Nacional de Salud.
- C) Controlar la calidad de los servicios y los procesos asistenciales brindados en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- D) Estudiar los proyectos de ampliación de servicios y los planes de desarrollo institucional, en el marco de las prioridades asistenciales que fija el Ministerio de Salud Pública y en el marco de lo dispuesto por el artículo 17 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007.
- E) Fomentar la participación social.
- F) Realizar los estudios económicos necesarios para la ampliación, desarrollo y regulación del Seguro Nacional de Salud.
- G) Propender al desarrollo de los recursos humanos necesarios para el nuevo modelo de atención que requiere el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Decreto n.° 272/013. Aprobación de la formulación de la estructura organizativa y de puestos de trabajo del Ministerio de Salud Pública. En atención a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley n.° 17.930 en la redacción dada por el artículo 7 de la ley n.° 18.719 de 27 de diciembre de 2010, en el artículo 1 dispone que se apruebe el proyecto de reformulación de la estructura organizativa y de puestos de trabajo del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública".

Ley n.° 19.355. Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 2015-2019. Dispone la creación de la Unidad Ejecutora 106 "Dirección General de Coordinación", y se establecen sus cometidos.

Artículo 451.

Créase en el Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", la unidad ejecutora 106 "Dirección General de Coordinación", la que tendrá los siguientes cometidos:

- A) Impulsar una gestión coordinada entre las diversas dependencias del Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional, regional, departamental y local.
- B) Lograr un trabajo coordinado y de complementación de servicios entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- C) Contribuir al desarrollo de una estrategia de trabajo que favorezca el funcionamiento armónico del Inciso en el vínculo con los demás actores institucionales o sociales que

componen el Sistema Nacional Integrado de Salud, así como la formulación de una estrategia acorde a tales fines.

D) Supervisar las Direcciones Departamentales de Salud.

Ley n.º 19.535 Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al ejercicio 2016. El artículo 140 dispone que se sustituye el artículo 451 de la ley n.º 19.355 de fecha 19 de diciembre de 2015, pasando a quedar redactado de la siguiente manera:

Artículo 140

Sustitúyese el artículo 451 de la Ley Nº 19.355, de 19 de diciembre de 2015, por el siguiente:

"ARTÍCULO 451.- Créase en el Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", la unidad ejecutora 106 "Dirección General de Coordinación", la que tendrá los siguientes cometidos:

A) Impulsar una gestión coordinada entre las diversas dependencias del Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional, regional, departamental y local.

B) Lograr un trabajo coordinado y de complementación de servicios entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

C) Contribuir al desarrollo de una estrategia de trabajo que favorezca el funcionamiento armónico del Inciso en el vínculo con los demás actores institucionales o sociales que componen el Sistema Nacional Integrado de Salud, así como la formulación de una estrategia acorde a tales fines.

D) Supervisar las Direcciones Departamentales de Salud.

Artículo 141

Transfiérense las competencias de las Direcciones Departamentales de Salud, recursos materiales y financieros afectados a su gestión y los cargos de Directores Departamentales de Salud, creados por el artículo 282 de la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005, con la retribución establecida por el artículo 270 de la Ley Nº 19.149, de 24 de octubre de 2013, de la unidad ejecutora 103 "Dirección General de la Salud", a la unidad ejecutora 106 "Dirección General de Coordinación".

Descripción de la normativa sobre la interinstitucionalidad e intersectorialidad

a. Juntas Departamental y Local de Drogas

Estas juntas tienen como objetivo profundizar la descentralización y territorialización de las políticas de drogas.

La consolidación de un nuevo modelo de abordaje de las políticas de drogas requiere del diálogo permanente y de la construcción de acuerdos entre los actores implicados. A su vez, demanda la profundización de la descentralización, territorialización y regionalización de la política de drogas mediante el fortalecimiento de las juntas departamentales de Drogas (JDD) y de las juntas locales de Drogas (JLD), la articulación con las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales (MIPS-MIDES), la participación de la sociedad civil y otros actores locales.

Para ello se requiere el compromiso sostenido de los organismos públicos presentes a nivel local, con una participación activa en el liderazgo, la toma de decisiones y la viabilización operativa de las intervenciones, en la perspectiva de construir políticas desde lo local en conjunto con las definiciones nacionales.

Según el artículo n.º 2 del decreto n.º 084 de 2010, son cometidos de las juntas departamentales de drogas:

A) El diseño y la implementación de las políticas departamentales y locales de reducción de la demanda de drogas, en los distintos ámbitos de la prevención, atención y tratamiento socio-sanitario, del uso problemático de drogas, según los lineamientos y estrategias definidas a nivel nacional por la Junta Nacional de Drogas y por los Ministerios competentes.

B) Desarrollar diagnósticos y planes departamentales, así como regionales, en coordinación con otras juntas departamentales de drogas.

C) Coordinar el desarrollo de Programas de Prevención, de acuerdo a los planes departamentales, en los distintos ámbitos comunitarios, a saber: educación formal y no formal, familiar, laboral, comunitario, sociosanitario, etcétera.

D) Promover e impulsar la formación de juntas locales de drogas en aquellas localidades que ameriten su conformación y de acuerdo a los lineamientos que se fijen para su funcionamiento y coordinación a nivel departamental.

La integración de las juntas departamentales de drogas está dada en el artículo n.º 4 del mismo decreto, según el cual la integran:

- a) El intendente y la junta departamental o quienes estos designen para representarlos, siempre que manifiesten de forma expresa ante la Secretaría Nacional de Drogas su voluntad de participar;
- b) Los representantes departamentales de los ministerios que integran la Junta Nacional de Drogas;
- c) Se convocará asimismo la participación de ANEP-CODICEN, ASSE e INAU los que deberán designar representantes, así como otros entes autónomos y servicios descentralizados que tengan oficinas localizadas en los departamentos.

Según la formulación del literal b), dado que la representación del MSP a nivel departamental recae sobre la DDS y que el Ministerio de Salud Pública integra la Junta Nacional de Drogas, la DDS cumple rol de representación en estas juntas.

b. Dispositivo Ciudadela

Se trata de centros de información, asesoramiento, diagnóstico y derivación en drogas instalados en distintos puntos del país que son la puerta de entrada a la red de atención en drogas para brindar información sobre drogas a público en general, orientar a docentes, técnicos y estudiantes, asesorar a usuarios de drogas, familiares y/o referentes socio afectivos, realizar intervenciones personalizadas de diagnóstico, derivación oportuna y seguimiento de cada situación.

Según informa la página web de la Junta Nacional de Drogas, estos son los dispositivos instalados en el país: Ciudadela Artigas, Ciudadela Bella Unión, Ciudadela Las Piedras, Ciudadela Colonia, Ciudadela Carmelo, Ciudadela Juan Lacaze, Ciudadela Cerro Largo, Ciudadela Melo, Ciudadela Durazno, Ciudadela Flores, Ciudadela Florida, Ciudadela Lavalleja, Ciudadela Maldonado, Ciudadela Maldonado Oeste (Pan de Azúcar, Piriápolis), Ciudadela San Carlos, Ciudadela Montevideo, Ciudadela Paysandú, Ciudadela Río Negro, Ciudadela Young, Ciudadela Rivera, Ciudadela Rocha, Ciudadela Salto, Ciudadela San José, Ciudadela Ciudad del Plata, Ciudadela Soriano, Ciudadela Tacuarembó, Ciudadela Treinta y Tres. Por otro lado, existen cuatro centros de tratamientos residenciales regionales: Portal Amarillo en Montevideo, El Jagüel en Maldonado, Casa Abierta en Artigas y Centro Chanaes en San José.

Las tareas de las DDS en este espacio varían para cada departamento. En algunos casos las DDS se encargan de todo lo relacionados a la infraestructura edilicia y administración. En todos los

casos las DDS colaboran en el diseño de la agenda de trabajo del dispositivo en cada departamento en lo referente a actividades de promoción y prevención.

Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales de la Junta Nacional de Salud (JUDESA y JULOSA)

El artículo 27 de la ley n.º 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud establece que la Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley.

Las JUDESA están integradas por: dos representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales será el director departamental de Salud y lo presidirá; un representante del Banco de Previsión Social; un representante de los servicios con que cuente en el departamento la Administración de Servicios de Salud del Estado; un representante de los prestadores privados que tengan sede principal o secundaria en el departamento; un representante de los trabajadores de los servicios con que cuente en el departamento la Administración de Servicios de Salud del Estado; un representante de los trabajadores de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento; un representante de los trabajadores médicos de los servicios con que cuente en el departamento la Administración de Servicios de Salud del Estado; un representante de los trabajadores médicos de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento; un representante de los usuarios de los servicios con que cuente en el departamento la Administración de Servicios de Salud del Estado; un representante de los usuarios de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento.

Son cometidos de las JUDESA:

-Asesorar a la Junta Nacional de Salud en todos los asuntos concernientes a los cometidos y competencias de la misma que someta a su consideración, formular propuestas y contribuir a evaluar resultados de la administración del Seguro Nacional de Salud en el ámbito de su jurisdicción.

-Promover la observancia en el departamento de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Compete a las JUDESA en el ámbito de su jurisdicción:

-Investigar y mantener informada a la Junta Nacional de Salud sobre la situación general de salud en el departamento, así como sobre las situaciones del entorno que influyan en ella.

- Difundir y proponer acciones para el mejoramiento de la salud de la población local.
- Coadyuvar al cumplimiento en el territorio de los contratos de gestión suscritos por la Junta Nacional de Salud con los prestadores que integran el Seguro Nacional de Salud.
- Vigilar la observancia de las resoluciones de la Junta Nacional de Salud.
- Promover el buen relacionamiento y los acuerdos de complementación entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Propiciar el intercambio, la concertación y coordinación intra e intersectorial, participando de las instancias respectivas y fomentando la participación de las organizaciones sociales así como la de otros actores públicos y privados con incidencia en la salud de la población.
- Contribuir a la difusión de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y velar por su cumplimiento efectivo.
- Recibir y analizar las propuestas y reclamaciones que reciban de entidades o personas respecto de asuntos de salud del departamento, y elevarlas a la Junta Nacional de Salud con un informe que incluya antecedentes, evaluación y, en su caso, propuestas de intervención a su respecto.
- Promover, por propia iniciativa o en apoyo de la de otros actores institucionales y sociales, actividades locales tendientes a potenciar las políticas nacionales y/o departamentales de salud, y elevar a la Junta Nacional de Salud informes sobre sus resultados. Especialmente promoverán, como mínimo en forma anual, la realización de Asambleas Locales de Salud.
- Fomentar el intercambio con los Consejos Honorarios Departamentales de la Administración de Servicios de Salud del Estado y los Consejos Consultivos Asesores de los prestadores del Seguro Nacional de Salud.
- Promover la instalación de Consejos Asesores Honorarios Locales de la Junta Nacional de Salud y colaborar en su instalación.

Según el artículo n.º 14 del decreto n.º 237/011 la «Departamental de Salud del Ministerio de Salud Pública brindará al Consejo Asesor Honorario Departamental correspondiente el apoyo de infraestructura y administrativo que requiera para su funcionamiento. La Junta Nacional de Salud proveerá los recursos complementarios necesarios para el cabal cumplimiento de las funciones de los Consejos».

Con respecto a las JULOSA el artículo 15 del decreto n.º 237/011 señala que «Los Consejos Asesores Honorarios Locales de la Junta Nacional de Salud se integrarán según lo determine

oportunamente el Poder Ejecutivo». A la fecha se reglamentó el funcionamiento sólo de las JUDESA (mediante el decreto n.º 237/011). En la práctica las JULOSA se instalan a iniciativa de parte y se estima que participen los prestadores de salud locales, los usuarios de esos prestadores y sus trabajadores. Son presididas por el director departamental de Salud.

Cabe consignar que a la fecha de cierre de este informe se procesaba un nuevo decreto destinado fundamentalmente a los cambios en la integración de estos organismos.

c. Seguridad Vial: Unidad Local de Seguridad Vial

La ley n.º 18.113 del año 2007 creó la Unidad Nacional de Seguridad Vial. El artículo n.º 3 de esta ley crea la Junta Nacional de Seguridad Vial integrada por los subsecretarios de los Ministerios de Transporte y Obras Públicas, del Interior, de Salud Pública, de Educación y Cultura, un integrante del Congreso de Intendentes y la UNASEV, cuya secretaría general será ejercida por el Presidente de la UNASEV y cuyo funcionamiento será establecido en la reglamentación respectiva. Son cometidos de la Junta Nacional de Seguridad Vial: asesorar, recomendar y proponer las acciones y los planes de control para el efectivo cumplimiento de las normas de seguridad vial, dentro del ámbito de sus respectivas competencias.

Según el inciso 17 del artículo 45 de la ley n.º 19.355 de 2015 la Unidad Nacional de Seguridad Vial tiene que «Promover, apoyar y coordinar la formación de Unidades Locales de Apoyo a la Seguridad Vial, las que estarán conformadas por personas y autoridades públicas, entidades sociales, culturales y empresariales de los departamentos. Sus funciones y cometidos serán establecidos por la reglamentación que se dicte al respecto».

También según el artículo n.º 45, inciso 17, la integración de las ULOSEV se da por la participación de organizaciones barriales, organizaciones de víctimas y sus familiares, empresas, intendencias, direcciones departamentales de Salud, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Jefatura de Policía, Dirección Nacional de Policía de Tránsito, instituciones de Educación Pública y Privada, asociaciones de usuarios, organizaciones no gubernamentales, empresas de seguros, referentes comunitarios, rotarios, leones y la ciudadanía en general.

Son funciones de las ULOSEV: liderar las acciones locales de desarrollo hacia una cultura de seguridad vial; plantear el tema ante la opinión pública; realizar actividades participativas con la comunidad; hacer difusión; realizar jornadas internas de capacitación; promover el intercambio de experiencias con otras ULOSEV y municipios; realizar el seguimiento del cumplimiento de la normativa vigente. A estas funciones se sumó en el año 2017 la incorporación de actividades en cumplimiento de las fechas emblemáticas o hitos anuales de

la seguridad vial (Mayo Amarillo, Día de la víctima del siniestro de tránsito, Semana Nacional de la Seguridad Vial, etcétera).

Como se ha visto en el artículo n.º 45, a texto expreso las DDS integran las ULOSEV, integración que también se da interpretando que las DDS representantes del MSP en el territorio y que el MSP integra la Unidad Nacional de Seguridad Vial.

d. Comisiones Departamentales y Municipales para una Vida Libre de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres

El artículo n.º 12 de la ley n.º 19.580 de 2017 –ley de violencia hacia las mujeres basada en género– sustituye el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, creado por la ley n.º 17.514 del 2 de julio de 2002, por el Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres cuyo uno de sus fines es «Crear, apoyar y fortalecer las Comisiones Departamentales y Municipales para una Vida Libre de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, estableciendo las directivas y lineamientos para su funcionamiento y cumplimiento de esta ley» (literal F).

Según el artículo n.º 13 el Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres se integrará de la siguiente manera: un representante del Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, que lo presidirá, un representante del Ministerio de Defensa Nacional, un representante del Ministerio de Educación y Cultura, un representante del Ministerio del Interior, un representante de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, un representante del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, un representante del Poder Judicial, un representante de la Fiscalía General de la Nación, un representante de la Administración Nacional de Educación Pública, un representante del Banco de Previsión Social, un representante del Congreso de Intendentes, un representante del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, tres representantes de la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual.

Según el artículo n.º 16 de la misma ley el «Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres creará, en cada departamento del país, una Comisión Departamental por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres, integrada por representantes de las instituciones que lo conforman y reglamentará su integración y funcionamiento, teniendo en cuenta las particularidades de cada lugar, en consulta con los actores locales».

Dado que el Ministerio de Salud Pública integra el Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres y que la representación del MSP a nivel departamental recae sobre la DDS, la DDS cumple el rol de representación en las comisiones departamentales.

e. Comisiones departamentales de tenencia responsable y bienestar animal (COTRyBA)

Por el decreto n.º 311/2016 del 26 de setiembre de 2016 se aprobó la nueva estructura organizacional y de gestión de la Comisión nacional honoraria de tenencia responsable y bienestar animal. Tiene como lineamientos estratégicos: Registro Nacional de Animales de Compañía (ReNAC) y Registro Nacional de Prestadores de Servicios (RePS); educación, difusión y Sistema de Información; Control de Población (esterilizaciones, comercialización regulada, etc.); Cumplimiento de Normativa (gestión de denuncias y fiscalización); Programa Nacional de Fomento de Adopciones.

El artículo n.º 4 de este decreto señala la creación de

«... Comisiones Honorarias Departamentales de Tenencia Responsable y Bienestar Animal en todos los departamentos de la República, que en los aspectos políticos institucionales dependerán directamente de la Comisión Nacional Honoraria de Tenencia Responsable y Bienestar Animal, y en los aspectos operativos del Gerente de la misma».

En el mismo artículo se lee la integración de las comisiones departamentales: un delegado del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, que la preside, un delegado del Ministerio del Interior, un delegado del Ministerio de Salud Pública, un delegado de la Intendencia departamental.

Según la definición de la integración, se entiende que no necesariamente la DDS actuaría en calidad de delegada por el MSP.

El 14 de julio de 2020 se aprueba la ley n.º 19.899 (LUC). El capítulo V, artículos 375 a 391 crea el Instituto de Bienestar Animal. Según el artículo n.º 375 se sustituye el artículo n.º 14 de la ley n.º 18.471 de 27 de marzo de 2009, en la redacción dada por el artículo n.º 285 de la ley n.º 19.355, de 19 de diciembre de 2015, por el siguiente:

"ARTÍCULO 14.- Créase el 'Instituto Nacional de Bienestar Animal' como órgano desconcentrado del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, el cual constituirá una unidad ejecutora del Inciso 07 de conformidad con lo que se disponga por ley de presupuesto".

El artículo n.º 375 señala que el instituto tendrá un Consejo Directivo, del que el MSP es parte a través de un representante de la Comisión Honoraria Nacional de Zoonosis. El resto del articulado del capítulo define competencias y facultades y demás aspectos relacionados al funcionamiento del nuevo instituto.

f. Programa Uruguay Crece Contigo

Uruguay Crece Contigo (UCC), programa que depende del MIDES, es una política pública de cobertura nacional, que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Para ello se propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones.

UCC surge como un espacio de articulación y fortalecimiento del trabajo que viene desarrollando el Estado a través de diferentes Programas y acciones orientados a la Primera Infancia. Para ello, se realizan acuerdos interinstitucionales con INAU, MSP, ASSE, MEC, BPS, MVOTMA, INDA, ANEP, CAIF, intendencias departamentales, Ministerio del Interior, SINAIE, entre otros, que buscan fortalecer las acciones sistémicas e integrales necesarias para brindar oportunidades y garantizar derechos a todos los niños y niñas y sus familias.

Según la experiencia constatada (no ajustada a una norma en particular) las DDS apoyan el trabajo de UCC a través de talleres de temas relacionados a la salud con instituciones locales tanto estatales como no estatales.

g. Comité Nacional y Comité Regional para la monitorización de muertes de niños menores de 15 años

El Comité Nacional se crea según el artículo n.º 1 del decreto n.º 340/006 del 18 de setiembre de 2006 con las siguientes funciones:

- Analizar y controlar el flujo y calidad de la información.
- Suministrar información técnica y científica a los «Comité Regionales».
- Asesorar a los "Comité Regionales" en caso de dificultades en la auditoría de casos especiales.
- Proponer medidas de alcance nacional o de las zonas de mayor riesgo para disminuir la mortalidad.
- Promover la investigación clínica y epidemiológica.
- Difundir los resultados nacionales.

- Evaluar el impacto de las intervenciones.

Según el artículo n.º 2 del decreto, el Comité Nacional está integrado por:

- Un representante de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.
- El director del Programa de la Niñez del Ministerio de Salud Pública.
- Un profesor titular de Clínica Pediátrica, designado por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.
- El director del Servicio de Información Poblacional del Ministerio de Salud Pública.
- Un secretario/a administrativo designado por el Ministerio de Salud Pública.

El artículo n.º 3 crea los comités regionales en la órbita de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública los "Comité Regionales" para la Auditoría de Muertes de niños menores de 15 años, los cuales serán de naturaleza interinstitucional y multiprofesional y cuyas actuaciones técnico-consultivas tendrán carácter confidencial. Será su prioridad el análisis de los procesos de atención en todos los casos de muertes de menores de 15 años, debiendo proponer las medidas de prevención que entiendan necesario.

El mismo artículo establece los objetivos y funciones principales de los comités regionales:

- Analizar en forma quincenal las historias clínicas, certificados de defunción y resultados de anatomía patológica de todos los menores de 15 años fallecidos en la región de referencia de cada "Comité", de acuerdo al protocolo pre-establecido en el Anexo I de este Decreto.
- Establecer la causa de muerte y los factores de riesgo asociados que contribuyeron al deceso del menor.
- Clasificar la causa de muerte según CIE 10.
- Categorizar la muerte como evitable o no evitable, de acuerdo al protocolo pre-establecido en el Anexo II de este Decreto.
- Verificar el correcto manejo clínico y la aplicación de las pautas de atención vigentes.
- Elaborar informe final de cada auditoría de muerte, el que será elevado al "Comité Nacional" en forma mensual, de acuerdo a las pautas establecidas en el Anexo III de este Decreto.
- Devolver al personal de salud involucrado (público o privado) los resultados del análisis realizado.
- Implementar las recomendaciones del "Comité Nacional".

-Establecer las medidas de alcance regional para mejorar los registros clínicos y disminuir el sub-registro.

Los comités regionales estarán integrados por (artículo n.º 4):

-Un director departamental de Salud de la Dirección General de la Salud, designado por el director general de la Salud, que presidirá el Comité. Durará dos (2) años en sus funciones, pudiendo ser nuevamente electo por un período más.

-Un médico neonatólogo en representación de las instituciones públicas y privadas de la región.

-Un médico pediatra en representación de las instituciones públicas y privadas de la región.

-Un médico obstetra en representación de las instituciones públicas y privadas de la región.

-Un médico anatómo-patólogo con reputada experiencia pediátrica en representación de las instituciones públicas y privadas de la región.

-Un jefe de Servicio de Enfermería.

-Un médico legista.

-Un integrante de la sociedad civil.

-Un secretario/a administrativo designado por el Ministerio de Salud Pública.

Es interesante destacar que los integrantes de los comités regionales son propuestos por los directores departamentales de Salud de la región y serán designados por el director de la Dirección General de la Salud.

Los comités regionales funcionarán con un quórum mínimo de cinco (5) miembros, facultándosele la potestad de solicitar asesoramiento y/o consultas a las instituciones públicas o privadas relacionadas con la temática, así como a personas físicas que estime conveniente, según el caso.

Los comités regionales funcionan cada 15 días y se organizan en las regiones centro-sur, este, norte y oeste.

h. Comisión Nacional del Psicópata

En la ley n.º 15.594 se modifican disposiciones de la ley n.º 11.139 sobre el Patronato del Psicópata. El artículo 2 expresa que el Patronato del Psicópata estará dirigido por una Comisión Honoraria, integrada de la siguiente forma: el director del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, el Inspector de Psicópatas, los directores del Hospital Psiquiátrico

y de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica "Doctores Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, el profesor de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, un representante de la Sociedad de Psiquiatría a propuesta de ésta y tres representantes de la comunidad, uno de los cuales deberá ser abogado y otro contador. Estos cuatro últimos miembros, deberán ser designados por el Poder Ejecutivo.

Los miembros designados por el Poder Ejecutivo, cesarán con las autoridades que los designen, podrán ser reelectos y continuarán en sus cargos hasta que se efectúen las nuevas designaciones. La Comisión Honoraria designará de su seno un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario y un Tesorero y proyectará un reglamento interno que someterá a la aprobación del ministerio de Salud Pública y creará Comisiones Departamentales, dictando las normas de organización y funcionamiento de las mismas en todos aquellos departamentos que se estime necesario.

A la fecha de cierre de este documento se revisa la configuración de este espacio en función de la ley n.º 19.529 de Salud Mental.

i. Centro coordinador de emergencias departamental (CECOED)

El artículo 1 de la ley n.º 18.621 el 25 de octubre de 2009 consagra un «Sistema Nacional de Emergencias, un sistema público de carácter permanente, cuya finalidad es la protección de las personas, los bienes de significación y el medio ambiente, ante el acaecimiento eventual o real de situaciones de desastre, mediante la coordinación conjunta del Estado con el adecuado uso de los recursos públicos y privados disponibles, de modo de propiciar las condiciones para el desarrollo nacional sostenible».

La integración del Sistema Nacional de Emergencias está dada en el artículo 5 de la ley, según el cual se integra con Poder Ejecutivo, Dirección Nacional de Emergencias, Comisión Asesora Nacional para Reducción de Riesgo y Atención de Desastres, Ministerios, entes autónomos y servicios descentralizados, Comités Departamentales de Emergencias.

En cada departamento existe un Comité Departamental de Emergencias (artículo 12 de la ley) que son los órganos responsables de la formulación de políticas y estrategias de Gestión del Riesgo al nivel local, en consonancia con las políticas globales del Sistema Nacional de Emergencias (SINAE).

Cada Comité está integrado por los siguientes miembros:

Intendente respectivo o quien este designe en su representación; presidirá el Comité.

-Jefe de Policía departamental.

-Jefe de Destacamento de la Dirección Nacional de Bomberos del Ministerio del Interior.

-Representante del Ministerio de Defensa Nacional.

-Representante del Ministerio de Desarrollo Social.

-Representante del Ministerio de Salud Pública.

Los cometidos de los comités departamentales de emergencias (CDE) se leen en el artículo 13:

A) Aprobar políticas, estrategias, normas, planes y programas departamentales sobre reducción de riesgos y manejo de emergencias y desastres, formulados por la respectiva Intendencia.

B) Declarar la situación de alerta departamental en parte del territorio o todo el departamento, comunicándola a la Dirección Nacional del Sistema.

C) Solicitar a la Dirección Nacional la declaratoria de situación de desastre en parte del territorio o todo el departamento, cuando corresponda.

D) Establecer las comisiones asesoras en temas especializados que se crean necesarias para el funcionamiento de su subsistema departamental.

E) Promover y articular que cada entidad, nacional o departamental, que opere en el respectivo departamento cumpla con lo establecido en la presente ley, en su área de competencia.

Bajo la coordinación de cada CDE se encuentra el Centro Coordinador de Emergencias Departamentales (CECOED), que es el ámbito de articulación operativa para la Gestión Integral del Riesgo. En cada CECOED hay una persona coordinadora, se trata de un funcionario o funcionaria designado/a por el intendente respectivo (artículo 14 de la ley).

El MSP a través de las DDS coordina junto con los prestadores de salud la atención de salud que sea necesaria y despliega los protocolos de epidemiología cuando sean pertinentes.

Los cometidos de los CECOED se establecen en el artículo 15 de la ley n.º 18.621:

A) Promover un ámbito de coordinación para las acciones que deben ejecutar las diferentes instituciones en: prevención, mitigación, atención de desastres y rehabilitación que corresponden al Sistema Nacional de Emergencias, en tanto los fenómenos que determinan las mismas permanecieran circunscriptos al territorio departamental, y de

acuerdo con los recursos a su disposición y los mandatos del Comité Departamental; e incentivando la formulación participativa de planes de emergencia y de contingencia frente a cada tipo de amenaza.

- B) Recibir, sistematizar y transmitir a su Comité Departamental de Emergencias y a la Dirección Nacional de Emergencias del Sistema la información necesaria para la identificación de fenómenos que pudieran determinar la activación operativa del mismo y, según el caso, efectuar el seguimiento de los mismos.
- C) Organizar actividades de capacitación y formación a nivel departamental en coordinación con la Dirección Nacional de Emergencias, la Comisión Asesora Nacional para Reducción de Riesgos y Atención de Desastres, y los Comités Departamentales de Emergencias.
- D) Establecer reuniones periódicamente y de manera extraordinaria en situaciones de emergencia; las mismas serán convocadas por el Intendente Municipal respectivo o el funcionario designado por el mismo.

La Junta Nacional de Emergencias y Reducción de Riesgos es el ámbito de coordinación del Poder Ejecutivo para la definición de políticas públicas de reducción de riesgo y atención a emergencias y desastres. Estará presidida por el Prosecretario de la Presidencia de la República. Serán miembros permanentes los Subsecretarios de los Ministerios del Interior; de Defensa Nacional; de Industria, Energía y Minería; de Salud Pública; de Ganadería, Agricultura y Pesca; de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente y de Desarrollo Social. La Secretaría General será ejercida por el Director Nacional de Emergencias. Integrarán también esta Junta Nacional cuando sean convocados por razones de tema, los Subsecretarios de los Ministerios de Relaciones Exteriores; de Economía y Finanzas; de Educación y Cultura; de Transporte y Obras Públicas; de Trabajo y Seguridad Social y de Turismo, así como el Presidente del Congreso de Intendentes, a quien se le dará cuenta de las convocatorias con exhortación a concurrir al igual que a representantes de la sociedad civil, conforme a la reglamentación.

El 4 de marzo de 2020 se aprobó el decreto n.º 65/020, reglamentario de la ley n.º 18.621 de creación del Sistema Nacional de Emergencias (SINAE). El artículo 9 de este decreto, en el capítulo sobre las entidades departamentales y municipales, establece que los comités departamentales de emergencias, tal como dicta la ley estarán integrados por «el Intendente respectivo o quien este designe en su representación, quien lo presidirá, el Jefe de Policía

Departamental y el Jefe de Destacamento de la Dirección Nacional de Bomberos del Ministerio del Interior, así como un representante del Ministerio de Defensa Nacional, un representante del Ministerio de Desarrollo Social y un representante del Ministerio de Salud Pública. Asimismo, serán miembros no permanentes del mismo, los representantes de los entes autónomos y servicios descentralizados presentes en el departamento, que serán convocados a participar por el Intendente o su representante, con la anuencia de los integrantes del Comité Departamental de Emergencias.

Visto este decreto, las DDS, en tanto representantes del MSP en cada departamento, integran el Comité Departamental de Emergencia respectivo. Además, apoyan el trabajo del CECOED a través de talleres de temas relacionados a la salud con instituciones locales tanto estatales como no estatales.

j. Mesas interinstitucionales de políticas sociales (MIPS)

El decreto n.º 277/011 del 1 de agosto de 2011 define a las MIPS como ámbitos de intercambio y articulación entre distintos organismos públicos con expresión territorial departamental, que tienen la finalidad de favorecer la integralidad y complementariedad en la implementación de las políticas públicas. En muchos de estos espacios participan activamente los gobiernos departamentales y municipales.

El mismo decreto establece los cometidos de las MIPS: impulsar la elaboración de planes quinquenales departamentales de desarrollo social, coordinar y articular la planificación y ejecución del conjunto de políticas públicas sociales nacionales a nivel departamental y local, observando los principios de integralidad, eficacia, eficiencia y transparencia de la gestión, instrumentar las resoluciones del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Sociales, elevar a consideración del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Sociales las propuestas, proyectos e iniciativas acordadas en su seno.

Respecto de la integración de las MIPS, el artículo 3 del decreto señala que las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales podrán integrar, como invitados permanentes, a representantes de otras entidades públicas con presencia en el territorio.

Son espacios de influencia departamental, presididos por los o las directores departamentales del MIDES y están integrados por los representantes de mayor nivel jerárquico de los ministerios y organismos públicos que integran el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Para el abordaje en profundidad de algunas problemáticas específicas y, como forma de organizar el trabajo, las MIPS se han organizado en mesas y/o comités temáticos (por ejemplo:

Ruralidad, Adulto Mayor, lucha contra la violencia de género, prevención del suicidio, discapacidad, infancia adolescencia y familia) integrados en general por técnicos profesionales de las diferentes instituciones. Dichas mesas trabajan en forma simultánea y complementaria a las MIPS, presentando informes ante ellas, para la toma de decisiones de carácter político.

Según la experiencia constatada las DDS apoyan el trabajo de MIPS a través de talleres de temas relacionados a la salud con instituciones locales tanto estatales como no estatales, además de, en la mayoría de los casos, integrar las MIPS vía el artículo 3 antes mencionado.

k. Comisión Departamental de Zoonosis

Según la ley n.º 17.930, artículo 308, la Comisión Nacional Honoraria de la Lucha contra la pasará a denominarse "Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis" y funcionará bajo la forma jurídica de organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública. El Poder Ejecutivo podrá modificar su estructura organizativa con un nuevo modelo de gestión, integración y gerenciamiento. Esta facultad del Poder Ejecutivo también comprende las modificaciones, adecuaciones y definiciones de cometidos previstos para las Comisiones Regionales, Departamentales y locales que funcionan en la órbita de la Comisión Nacional.

La Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, que anteriormente se llamaba Comisión Nacional de Lucha contra la Hidatidosis del MSP, fue creada y funciona como un órgano desconcentrado del MSP por la ley n.º 16.106 del 23 de enero de 1990, modificativa de la ley n.º 13.459 del 9 de diciembre de 1965 y reglamentada por el decreto n.º 491/007 del 12 de diciembre de 2007 y el decreto n.º 219/008 de 21 de abril de 2008.

La Comisión Nacional y las comisiones departamentales que dependen de ella tienen el cometido principal de llevar a cabo, por medio de la planificación, organización y ejecución de los programas necesarios, la erradicación de la equimosis quística y otras zoonosis. De acuerdo con el decreto n.º 491/007: A) La Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis y las comisiones departamentales constituirán Mesas Ejecutivas integradas por tres miembros con el fin de dotar de mayor ejecutividad, eficiencia y agilizar su funcionamiento. Las mesas ejecutivas departamentales serán presididas por el representante del MSP y estarán integradas además por el representante del Ministerio del Interior y de la intendencia departamental correspondiente, pudiendo ampliar su integración cuando sus miembros lo consideren conveniente y necesario (artículo 7). Las comisiones departamentales, locales, regionales que se constituyan dependerán en lo referente al Área Administrativo y financiero-contable, de la Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis (artículo 11) y en su caso tendrán la autonomía en el manejo de sus recursos en el marco de las pautas, procedimientos, formalidades y plazos que

defina la Comisión Honoraria de Zoonosis, debiendo rendir cuentas mensualmente a la Comisión Nacional, presentando los informes financiero-contables en la forma y plazos que la misma exija (artículo 12).

En cada departamento se constituirá una Comisión Departamental Honoraria de Zoonosis que dependerá directamente de la Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, que estarán integradas por: un representante del Ministerio del Interior, que la presidirá, un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, un representante de la intendencia de cada departamento, un representante de la Sociedad de Medicina Veterinaria, un representante de la Administración Nacional de Educación Pública, un representante de las Protectoras de Animales locales en calidad de invitadas. Estas comisiones podrán ampliar su integración con representantes de otras instituciones públicas o privadas previa consulta y autorización de la Comisión Nacional. En Montevideo se deberá integrar la Comisión Departamental en igual forma que en el interior del país (decreto n.º 219/008, artículo 1).

Las comisiones departamentales tienen los siguientes cometidos: implementar la aplicación de los programas formulados por la Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, evaluar la ejecución de los mismos y formular sugerencias al respecto, ejecutar las demás actividades que por reglamentación se le confieran.

Según la definición de la integración, se entiende que no necesariamente la DDS actuaría en calidad de delegada por el MSP ya que lo que se dice es «un representante del MSP» y no especifica que sea «en el territorio» como ocurre con otros espacios institucionales.

I. Mesa de Desarrollo Rural

Las mesas de Desarrollo Rural son un espacio donde se encuentran los representantes de las organizaciones de productores (principalmente familiares), asalariados, mujeres, jóvenes con técnicos extensionistas públicos y otros actores colectivos de la ruralidad. Las mesas de Desarrollo Rural integran el Consejo Agropecuario creado por ley n.º 18.126, junto con el Consejo Agropecuario Nacional y a los consejos agropecuarios departamentales. El MSP no integra, según los artículos 3, 8 y 11 de la ley, respectivamente, ninguno de estos consejos ni las mesas. Sin embargo, se incluyen en este apartado dados los testimonios de las propias DDS sobre su participación en carácter de invitados o para asesorías puntuales.

Otras funciones reguladas de las DDS. Competencias en materia de vigilancia en salud

La obligatoriedad de la notificación se rige por el Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria que es revisado y actualizado periódicamente por el MSP de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de Salud Pública. Estas actualizaciones se aprueban a través de decreto presidencial, y se realizan de acuerdo con los cambios epidemiológicos nacionales, regionales e internacionales, y a las reglamentaciones internacionales vigentes (MSP-División Epidemiología, 2015).

El cumplimiento del Código Nacional se rige por: a) artículo 224 del Código Penal referente a la violación de las disposiciones sanitarias; b) artículo 1 del decreto n.º 137/006 sobre la actualización del importe de las multas y sanciones que aplica el Ministerio por infracción a las disposiciones sanitarias; c) artículo 3 del decreto n.º 81/012, sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, Contrato de Gestión, suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales, sobre el incumplimiento (MSP-División Epidemiología, 2015).

Ante los cambios epidemiológicos y la aplicación en 2007 del nuevo Reglamento Sanitario Internacional, la División Epidemiología comenzó un proceso de revisión del Código Nacional vigente desde 2004. El 16 de febrero del 2012, a través del decreto n.º 41/012 se aprobó la actualización del Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria (MSP-División Epidemiología, 2015).

El artículo 1 del decreto n.º 41/012 sobre «Actualización del código nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria» define a las enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria como «todas aquellas enfermedades transmisibles o no y a los eventos, hechos, acontecimientos o circunstancias que puedan considerarse de riesgo para la salud pública, que se identifiquen en el territorio nacional y que conciernen a las autoridades sanitarias a los fines preventivos, terapéuticos o epidemiológicos».

El ítem 2 del artículo declara obligatoria la notificación de las enfermedades y eventos según anexo y el ítem 3 señala que la División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública podrá definir las estrategias de vigilancia, realizar los cambios en la misma, y solicitar informes según la situación epidemiológica.

El ítem 7 del artículo 3 del decreto señala que la notificación obligatoria determinada por la presente normativa se hará al Departamento de Vigilancia en Salud, de la División Epidemiología y, a excepción de Montevideo, a la dirección departamental de Salud de cada departamento.

Cada dirección departamental de Salud cuenta con una unidad de trabajo con personal capacitado en el área de vigilancia en salud para desempeñar las tareas de observación sistemática y continua, detección, investigación y control de eventos de salud y sus tendencias en la población e interactuar con los medios de comunicación para mantener informada a la ciudadanía. Estas unidades de trabajo de las DDS tienen competencias concretas en el proceso de vigilancia en salud a nivel departamental. Son el nexo entre el nivel local (establecimientos de salud, equipos de salud) y el nivel nacional. Es un nivel intermedio que recolecta, analiza y remite a nivel nacional datos provenientes de su área geográfica y elabora el perfil epidemiológico departamental. Investiga e interviene ante riesgos y eventos de importancia para la salud pública, ejecutando las acciones de prevención y control correspondientes (MSP-División Epidemiología, 2015).

Anexo 2: Recursos humanos

Ficha técnica

La recolección de datos se hizo por medio de un formulario *on line* preparado a los efectos. Este formulario recogió información sobre la formación, vínculo contractual y tareas que desarrollan las personas que trabajan en la Dirección General de Coordinación, tanto en el casco central como en las direcciones departamentales de Salud con el objetivo es obtener datos actualizados de quienes desde distintas funciones y puntos del país colaboran diariamente en la implementación de la política pública de salud en el territorio.

Se utilizaron fuentes de dos tipos: vivas y documentales. Las fuentes vivas se constituyeron con los reportes proporcionados por los propios funcionarios de toda la dirección que completaron el formulario preparado. En cuanto a las fuentes documentales se trabajó sobre la recuperación de la base de datos de RRHH de la DIGECOOR a marzo de 2020 que se cotejó con el listado de correos electrónicos personales-institucionales de todos los funcionarios más allá de su vínculo contractual.

Para la determinación de las variables del formulario se utilizó como referencia el formulario de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019), y para la definición de categorías se utilizaron el Clasificador Nacional de Educación Adaptada a Uruguay, listado de cursos de la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP), Texto Ordenado de Normas de Funcionarios Públicos (TOFUP) y leyes y decretos que aplican a la función pública (Ley de Presupuesto Nacional n.º 18.719, Ley de Rendición de Cuentas n.º 18.834, Estatuto del Funcionario Público Ley n.º 19.121, decretos 358, 56, 55, 54, 53, 52 y 51 de 2011).

El formulario de consulta se diseñó e instrumentó por medio de la aplicación «Formularios de Google» habilitada por medio de una dirección de correo electrónico abierta a los efectos. Durante el mes de julio se procedió a identificar, seleccionar y sistematizar lecturas, revisar las funcionalidades de la aplicación de Google, desarrollar una primera versión de formulario y testearlo mediante envíos específicos. Tras varios ajustes resultantes de los testeos, en la primera quincena de agosto se validó el formulario final con las siguientes secciones:

Datos. Sección en la que se completó información sobre sexo, identidad de género (según categorías de la ECH), y grupo etario de pertenencia por la generación correspondiente al año de nacimiento según la teoría del pulso o de Strauss-Howe (1997) que define 8 generaciones: generación perdida (1901-1927), generación silenciosa (1928-1945), *babyboomers* (1946-

1964), X (1965-1980), *millenials* o Y (1981-1996), Z (1997-2012), Alfa (2013 en adelante). En particular cada generación se identifica por una serie de valores e ideologías sobre el mundo que incluyen entre otros el mundo laboral.

Vínculo Institucional. Sección en la que se completó información sobre la dependencia en la que se desarrollan las funciones y otros datos relativos al ejercicio de ellas.

Escalafón y Grado. Se recogió la información que para funcionarios presupuestados pudo tomarse del Sistema SGH.

Funcionarios no presupuestados. Sección que recogió información específica según contrato.

Formación – Enseñanza primaria.

Formación – Enseñanza media.

Formación – Enseñanza técnica y otros cursos.

Formación – Enseñanza terciaria.

Formación de posgrado.

Tareas y destrezas. Sección en la que se completaron datos sobre las tareas que concretamente la persona realiza en la DIGECOOR y las habilidades que tiene en el manejo de las herramientas de la institución.

Comentarios sobre formación y experiencia. Sección final para agregar comentarios sobre formación y experiencia que a juicio del interesado fuese relevante para la función.

El formulario se envió a cada funcionario a su dirección de correo institucional en la segunda semana de agosto. En el correr de la segunda quincena de agosto se revisó diariamente la llegada de formularios y la lista de pendientes que proporciona la aplicación, procediéndose al envío de recordatorios tanto por la vía automática digital que dispone la aplicación como por llamados telefónicos específicos. En forma simultánea se recibieron consultas y se orientó telefónicamente en cómo completar el formulario. Se controló la existencia de formularios duplicados (más de uno de una misma persona) dado que la aplicación tiene la opción de enviar más de una respuesta.

Al 1 de setiembre se descargó la información recibida en planilla detectándose un 83 % de adhesión. Se realizó una lista de respuestas faltantes y decidió una estrategia complementaria para la obtención de datos faltantes de directores/as departamentales y funcionarios/as de la DDS Cerro Largo. Se estableció un plazo final para recibir esta información al 4 de setiembre de

2020. El 10 de setiembre se descargó de la aplicación la base final en formato Excel con 162 respuestas.

Universo de estudio

El universo de este estudio estuvo constituido, en principio, por todas las personas que trabajan en la DIGECOOR, en total 167 personas. De estas, 17 trabajan en el equipo central y, aunque completaron el formulario de perfil, no integran el universo final que comprende sólo a las DDS y es de 150 personas. La tabla que sigue indica las frecuencias absoluta y relativa de la distribución del personal de la DIGECOOR.

Tabla Anexo 2.1. RRHH DIGECOOR por DDS y equipo central. Frecuencia absoluta y relativa. Set. 2020.

Unidad de análisis	F_{ABS}	F_{REL} (%)
Digecoor central	17	10
DDS Artigas	9	5
DDS Canelones (*)	17	10
DDS Cerro Largo	7	4
DDS Colonia	11	7
DDS Durazno	6	4
DDS Flores	6	4
DDS Florida	7	4
DDS Lavalleja (*)	4	2
DDS Maldonado	9	5
DDS Montevideo (*)	8	5
DDS Paysandú	10	6
DDS Río Negro	5	3
DDS Rivera	11	7
DDS Rocha	6	4
DDS Salto	11	7
DDS San José	6	4
DDS Soriano	4	2
DDS Tacuarembó	9	5
DDS Treinta y Tres	4	2
TOTAL	167	100

Fuente: elaboración propia.

(*)Las unidades organizativas marcadas con asterisco NO incluyen en cada caso a una persona del equipo con licencia médica en el momento del estudio.

Como se mencionó, el N del estudio es 150. Repasamos a continuación cómo se llegó a este valor. La base de datos original de RRHH con la que se comenzó la tarea constó de 190

registros. Fruto de los intercambios mantenidos con cada DDS se procedió a la actualización a la fecha misma de envío de formulario, encontrándose:

8 personas pasaron a la categoría «jubilado/a»: 1 en Artigas, 2 en Cerro Largo, 1 en Paysandú, 1 en Rivera, 1 en Soriano y 2 en Treinta y Tres.

3 personas pasaron a la categoría «en comisión saliente»: 2 en Artigas y 1 en Treinta y Tres.

1 persona renunció, en Canelones.

7 personas cesaron su pase en comisión y volvieron a su unidad de origen: 1 en Durazno, 1 en Flores, 2 en Florida, 1 en Paysandú, 1 en Rocha.

1 persona fue eliminada de la base de datos (Lavalleja).

3 personas estaban con licencia médica y por lo tanto no pudieron completar el formulario: 1 en Canelones, 1 en Lavalleja y 1 en Montevideo.

Estas 23 personas no se contaron para la determinación del universo total del estudio.

Ajustes en la base para la presentación de los datos

Se incorporaron columnas para:

a) reclasificar la generación de pertenencia por rango de edades comprendidas y por nombre de la generación correspondiente;

b) desagregar los registros en las preguntas que admitieron más de una respuesta válida: pregunta 40 sobre área o áreas en que se desarrollan las tareas, pregunta 42 sobre las principales tareas que se cumplen, pregunta 43 sobre habilidades y destrezas. La pregunta 44 sobre formación y experiencias, formato *string*, se desagregó en formación y en experiencia;

c) agregar la categoría “No contesta” en las variables de los formularios que no fueron respondidos (1 formulario de Canelones, 1 formulario de Colonia, 2 formularios de Montevideo, 1 formulario de San José).

En cuanto a la educación técnica, en el formulario se pidió completar hasta 5 cursos que se consideraran relevantes para el ejercicio de la tarea. Se pidió, además, que se escribiera un curso por ver y se agregara la institución en la que se hizo el curso y la duración. La base de datos requirió varios ajustes para evitar reiteración de cursos en una misma persona y para eliminar inconsistencias (por ejemplo, completar la pregunta sobre los requerimientos para hacer el curso, pero no escribir el curso). Además, no siempre se completó el casillero sobre los requerimientos y no siempre se agregó la información sobre institución y duración. Finalmente, se detectaron celdas vacías en filas completas, es decir, personas que no

colocaron nada en la sección Educación técnica. Las celdas vacías o inconsistentes se sustituyeron por «No aplica» en los casos en que en la misma línea de la base hubiese algún curso declarado, o por «No contesta» cuando todas las celdas de una misma línea estuvieran vacías. Se entiende que pudiera haber una interpretación errónea de la información a colocar en esta sección de Educación técnica dada la cantidad de celdas vacías, por lo que se entiende que el análisis será de tipo «testimonial».

Perfil de Recursos Humanos de la Dirección General de Coordinación, MSP

Este formulario recoge información sobre la formación, vínculo contractual y tareas que desarrollan las personas que trabajan en la Dirección General de Coordinación, tanto en el casco central como en las direcciones departamentales de Salud. El objetivo es obtener datos actualizados de quienes desde distintas funciones y puntos del país colaboran diariamente en la implementación de la política pública de salud en el territorio.

***Obligatorio**

1. Dirección de correo electrónico *

Datos

En esta sección se completa información sobre sexo, identidad de género (pregunta no obligatoria) y grupo etario.

2. 1. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

3. 2. Identidad de género

Marca solo un óvalo.

Mujer

Mujer trans

Varón

Varón trans

No sabe/no contesta

Otros: _____

4. 3. ¿En qué año nació? *

Marque a continuación en qué opción "cae" el año en el que usted nació.

Marca solo un óvalo.

- Nací en un año comprendido entre 1946 y 1964
- Nací en un año comprendido entre 1965 y 1980
- Nací en un año comprendido entre 1981 y 1996
- Nací en un año comprendido entre 1997 y 2002
- Nací antes de 1945

Vínculo
institucional

En esta sección se completa información sobre la dependencia en la que se desarrollan las funciones y otros datos relativos al ejercicio de ellas.

5. 4. Dependencia. ¿En qué unidad organizativa trabaja? *

Marque en el menú desplegable la opción que corresponda según en qué lugar trabaja.

Marca solo un óvalo.

- DDS ARTIGAS
- DDS CANELONES
- DDS CERRO LARGO
- DDS COLONIA
- DDS DURAZNO
- DDS FLORES
- DDS FLORIDA
- DDS LAVALLEJA
- DDS MALDONADO
- DDS MONTEVIDEO
- DDS PAYSANDÚ
- DDS RÍO NEGRO
- DDS RIVERA
- DDS ROCHA
- DDS SALTO
- DDS SAN JOSÉ
- DDS SORIANO
- DDS TACUAREMBÓ
- DDS TREINTA Y TRES
- DIGECOOR Central

6. 5. Si en la pregunta anterior marcó DDS Artigas, DDS Canelones, DDS Colonia o DDS Tacuarembó elija la sede. De lo contrario, marque "ninguna de las anteriores". *

Marque en el menú desplegable la opción que corresponda según la sede de la DDS en la que trabaja.

Marca solo un óvalo.

- Sede Artigas
- Sede Bella Unión
- Sede Ciudad de la Costa
- Sede Las Piedras
- Sede Colonia
- Sede Carmelo
- Sede Paso de los Toros
- Sede Tacuarembó
- Ninguna de las anteriores

7. 6. Vínculo contractual. ¿Cuál es el tipo de vínculo que tiene con el MSP? *

Puede marcar más de una casilla, por ejemplo si es funcionario presupuestado de otro organismo y está en pase en comisión en la DIGECOOR (DDS o casco central) marcará las dos casillas respectivas.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Estoy en provisoriato
- Soy presupuestada/o
- Tengo contrato por Comisión de Apoyo
- Tengo un contrato temporal de derecho público
- Tengo un contrato arrendamiento de obra
- Tengo un contrato laboral
- Soy becario/a
- Soy pasante
- Estoy en pase en comisión

Otros: _____

8. 7. ¿En qué año empezó a trabajar en el MSP? *

Escriba el año en el cual empezó a cumplir funciones en el MSP (no importa bajo qué vínculo contractual).

9. 8. Si está "en comisión entrante" escriba por favor cuál es la institución de la que proviene (indique división, departamento, unidad).

Por ejemplo, si usted está en la DIGECOOR en comisión y la institución de la que proviene es el CTI del Hospital de Tacuarembó, escribirá ASSE-Hospital de Tacuarembó-CTI.

10. 9. Carga horaria. ¿Cuántas horas semanales cumple? *

En la administración pública hay distintas cargas horarias. Marque la que corresponda.

Marca solo un óvalo.

- 30 horas semanales
 36 horas semanales
 40 horas semanales
 Otros: _____

11. 10. ¿En la pregunta 6 marcó la casilla "presupuestado"? *

Marca solo un óvalo.

- SÍ
 NO *Ir a la pregunta 14*

Escalafón
y grado

La información sobre su escalafón y grado están en el Sistema de Gestión Humana (SGH). Ingrese al sistema como lo hace habitualmente y haga click en la opción «Configuración». En la pantalla que se despliega verá en el margen superior derecho los datos que aquí le pedimos completar. También puede consultar estos datos en su recibo de sueldo.

12. 11. Escalafón. Si es funcionario presupuestado marque a continuación la opción que corresponda a su escalafón. *

Marca solo un óvalo.

- A
- B
- C
- D
- E
- F
- G
- H
- I
- J
- K
- L
- M
- N
- O
- P
- Q
- R
- S
- Ninguna de las anteriores

13. 12. Grado. Si es funcionario presupuestado, marque a continuación la opción que corresponda a su grado. *

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- Otro

**Funcionarios no
presupuestados**

Para completar la información en esta sección sugerimos que consulte el documento firmado en donde se indica por ejemplo, si ha sido contratado como auxiliar de secretaría, administrativo, como coordinadora, asesor, etcétera.

14. 13. Si NO es funcionario presupuestado, elija del menú desplegable la opción que corresponda.

Marca solo un óvalo.

- Administrativo
- Secretaria
- Coordinador
- Técnico
- Profesional
- Otro

Formación. Enseñanza primaria

15. 14. Enseñanza primaria *

Marque lo que corresponda

Marca solo un óvalo.

- Primaria completa
- Primaria incompleta *Ir a la pregunta 19*

Formación. Enseñanza media

La enseñanza media comprende la enseñanza media básica (ciclo básico) y la enseñanza media superior (bachilleratos de liceos o UTU).

16. 15. Educación media (liceo o UTU). Último año aprobado. *

Marque el último año que tiene aprobado en liceo o UTU.

Marca solo un óvalo.

- Primer año del ciclo básico (liceo o UTU)
- Segundo año del ciclo básico (liceo o UTU)
- Tercer año del ciclo básico (liceo o UTU)
- Primer año de Bachillerato, Bachillerato Tecnológico, Liceo Militar
- Segundo año de Bachillerato, Bachillerato Tecnológico, Liceo Militar
- Tercer año de Bachillerato, Bachillerato Tecnológico, Liceo Militar
- Ninguna opción de las anteriores

17. 16. Educación media (liceo o UTU). *

Si está cursando actualmente, marque el año que está cursando.

Marca solo un óvalo.

- Primer año del ciclo básico (liceo o UTU)
- Segundo año del ciclo básico (liceo o UTU)
- Tercer año del ciclo básico (liceo o UTU)
- Primer año de Bachillerato, Bachillerato Tecnológico, Liceo Militar
- Segundo año de Bachillerato, Bachillerato Tecnológico, Liceo Militar
- Tercer año de Bachillerato, Bachillerato Tecnológico, Liceo Militar
- No estoy cursando

18. 17. ¿Cuál es el área que estudia o estudió en la enseñanza media? *

Marca solo un óvalo.

- Administración
- Artística (arte y expresión)
- Aeronáutica
- Ciencias Agrarias
- Ciencias Biológicas
- Electro-electrónica
- Físico-matemática
- Informática
- Matemática-diseño
- Social económica
- Social humanística
- Ninguna
- Otros: _____

**Formación.
Enseñanza
técnica y
otros
cursos**

Aquí se completa información sobre la formación en la enseñanza técnica, otros cursos aprobados y en la formación que aplica a la función pública. Considere para completar la información los 5 cursos más relevantes para el ejercicio de su tarea. En las preguntas 18, 20, 22, 24, 26 escriba un solo curso cada vez.

19. 18. Enseñanza técnica y otros cursos aprobados o en curso.

Por ejemplo: cursos de formación profesional básica (FPB) en UTU, cursos de operador PC, de auxiliar de servicios, de auxiliar de enfermería, etcétera. Escriba el nombre del curso, la institución en la que lo realizó o realiza y la duración del curso. Sólo escriba un curso, en las próximas preguntas puede ingresar más.

20. 19. Para hacer ese curso ¿qué formación previa se requiere o requería?

Marca solo un óvalo.

- Enseñanza secundaria completa
- Ciclo básico (liceo o UTU)
- Enseñanza primaria
- Ninguna

21. 20. Enseñanza técnica y otros cursos aprobados o en curso.

Por ejemplo: cursos de formación profesional básica (FPB) en UTU, cursos de operador PC, de auxiliar de servicios, de auxiliar de enfermería, etcétera. Escriba el nombre del curso, la institución en la que lo realizó o realiza y la duración del curso. Sólo escriba un curso, en las próximas preguntas puede ingresar más.

22. 21. Para hacer ese curso ¿qué formación previa se requiere o requería?

Marca solo un óvalo.

- Enseñanza secundaria completa
- Ciclo básico (liceo o UTU)
- Enseñanza primaria
- Ninguna

23. 22. Enseñanza técnica y otros cursos aprobados o en curso.

Por ejemplo: cursos de formación profesional básica (FPB) en UTU, cursos de operador PC, de auxiliar de servicios, de auxiliar de enfermería, etcétera. Escriba el nombre del curso, la institución en la que lo realizó o realiza y la duración del curso. Sólo escriba un curso, en las próximas preguntas puede ingresar más.

24. 23. Para hacer ese curso ¿qué formación previa se requiere o requería?

Marca solo un óvalo.

- Enseñanza secundaria completa
- Ciclo básico (liceo o UTU)
- Enseñanza primaria
- Ninguna

25. 24. Enseñanza técnica y otros cursos aprobados o en curso.

Por ejemplo: cursos de formación profesional básica (FPB) en UTU, cursos de operador PC, de auxiliar de servicios, de auxiliar de enfermería, etcétera. Escriba el nombre del curso, la institución en la que lo realizó o realiza y la duración del curso. Sólo escriba un curso, en las próximas preguntas puede ingresar más.

26. 25. Para hacer ese curso ¿qué formación previa se requiere o requería?

Marca solo un óvalo.

- Enseñanza secundaria completa
- Ciclo básico (liceo o UTU)
- Enseñanza primaria
- Ninguna

27. 26. Enseñanza técnica y otros cursos aprobado o en curso.

Por ejemplo: cursos de formación profesional básica (FPB) en UTU, cursos de operador PC, de auxiliar de servicios, de auxiliar de enfermería, etcétera. Escriba el nombre del curso, la institución en la que lo realizó o realiza y la duración del curso. Sólo escriba un curso.

28. 27. Para hacer ese curso ¿qué formación previa se requiere o requería?

Marca solo un óvalo.

- Enseñanza secundaria completa
- Ciclo básico (liceo o UTU)
- Enseñanza primaria
- Ninguna

29. 28. Formación que aplica a la función pública

En esta pregunta considere sólo aquellos cursos realizados que tienen 20 horas de duración o más.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

	Tengo hasta 3 cursos sobre esto	Tengo más de 3 cursos sobre esto
Programa dirección media (mandos medios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inducción institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lengua de señas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión de compras estatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimientos administrativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación interpersonal y organizacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión y formulación de proyectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liderazgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificación estratégica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio organizacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Políticas públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herramientas informáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epidemiología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. 29. ¿Hizo o está haciendo estudios terciarios? *

Por ejemplo: estudios universitarios, estudios terciarios no universitarios, magisterio, etcétera.

Marca solo un óvalo.

Sí

No Ir a la pregunta 41

Formación. Enseñanza terciaria

31. 30. Enseñanza universitaria y similares, magisterio y profesorado, terciaria no universitaria.

Indique aquí si finalizó, si está cursando o si en algún momento cursó carreras en la Universidad de la República, UTEC, universidades privadas habilitadas por el MEC, magisterio, profesorado u otra enseñanza terciaria.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

	Estoy cursando	Finalicé	Cursé y no terminé
Universidad de la República (Udelar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universidad Tecnológica del Uruguay (UTEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universidades privadas (Ucudal, ORT, UDE, UM, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutos/Centros de Formación Docente (magisterio, profesorado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enseñanza terciaria no universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. 31. Título de grado e institución. ¿Cuál es el título de grado que finalizó, que tiene en curso o que hubiera obtenido y qué institución lo otorga? *

Escriba el nombre del título obtenido o a obtener y la institución que lo otorga. Por ejemplo: doctor en Medicina, Udelar.

33. 32. Otro título de grado e institución. ¿Cuál es el título de grado que finalizó, que tiene en curso o que hubiera obtenido y qué institución lo otorga?

Escriba el nombre del título obtenido o a obtener y la institución que lo otorga. Por ejemplo: doctor en Medicina, Udelar

34. 33. Otro título de grado e institución. ¿Cuál es el título de grado que finalizó, que tiene en curso o que hubiera obtenido y qué institución lo otorga?

Escriba el nombre del título obtenido o a obtener y la institución que lo otorga. Por ejemplo: doctor en Medicina, Udelar

35. 34. ¿Ha finalizado o está haciendo estudios de posgrado? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No *Ir a la pregunta 41*

**Formación
de
posgrado**

Aquí se completa información sobre los estudios de posgrado, es decir, aquellos que se hacen luego de la formación de grado. Los hemos agrupado en: especializaciones y diplomas (en general duran entre 6 meses y 1 año), maestrías (dos años), doctorados y posdoctorados (más de dos años).

36. 35. Posgrados

Selecciona todas las opciones que correspondan.

	En curso	Finalizado	Cursé y no terminé
Especialización o diplomatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maestría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posdoctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. 36. ¿En qué área ubica sus estudios de posgrado? *

Elija sólo una de las opciones en la que más encaja los estudios que realiza.

Marca solo un óvalo.

- Ciencias de la Salud
- Ciencias Sociales
- Área Artística
- Tecnologías y ciencias de la naturaleza y el hábitat
- Mercado y empresarial
- Educación
- Ninguna de las anteriores

38. 37. Título de posgrado e institución. ¿Cuál es el título del posgrado que finalizó, que tiene en curso o que hubiera obtenido y qué institución lo otorga? *

Por ejemplo: Magíster en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; Diplomatura en Ciencias Empresariales, Universidad de la Empresa, Puerto Rico, etcétera.

39. 38. Otro título de posgrado e institución. ¿Cuál es el título del posgrado que finalizó, que tiene en curso o que hubiera obtenido y qué institución lo otorga?

Por ejemplo: Magíster en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; Diplomatura en Ciencias Empresariales, Universidad de la Empresa, Puerto Rico, etcétera.

40. 39. Otro título de posgrado e institución. ¿Cuál es el título del posgrado que finalizó, que tiene en curso o que hubiera obtenido y qué institución lo otorga?

Por ejemplo: Magíster en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; Diplomatura en Ciencias Empresariales, Universidad de la Empresa, Puerto Rico, etcétera.

Tareas y destrezas

En esta sección se completan datos sobre las tareas que concretamente la persona realiza en la DIGECOOR y las habilidades que tiene en el manejo de las herramientas de la institución.

41. 40. ¿En qué área o áreas desarrolla fundamentalmente sus tareas? *

Puede marcar más de una opción. Sabemos que en general hacemos un poco de todo, pero aquí pedimos marcar solamente hasta tres áreas a las que más tiempo le dedica.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Dirección
- Colaboración directa con dirección (asesor/a de director/a, secretaria/o de director/a, adjunto/a)
- Asesoría Legal
- Área técnica
- Área administrativa
- Epidemiología
- Promoción de la Salud y prevención de enfermedades
- Transporte
- Secretaría

Otros: _____

42. 41. ¿Es el o la referente epidemiológico/a de la DDS? *

Marca solo un óvalo.

SÍ

NO

43. 42. Principales tareas que cumple. *

En esta pregunta le pedimos que piense en cuáles son las tareas que le son más habituales, es decir, a las que más tiempo dedica de su carga horaria. Puede marcar más de una opción.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos
- Coordinación de reuniones, levantamiento de actas
- Realizar inspecciones sanitarias
- Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias
- Elaborar informes de vigilancia epidemiológica
- Investigar y monitorear casos y brotes epidemiológicos
- Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud
- Realizar controles e inspecciones del cumplimiento de la normativa sanitaria por parte de los prestadores
- Monitorear eventos de notificación obligatoria
- Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras
- Prevenir eventos epidemiológicos
- Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores
- Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios
- Rendir fondo permanente, controlar facturas
- Gestionar sistemas SGH
- Manejar vehículo
- Atender a los usuarios telefónica y presencialmente
- Planificar y coordinar en conjunto con el CECOED
- Planificar rondas rurales
- Coordinar las ferias de salud rural
- Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades
- Realizar el mantenimiento básico de la planta física coordinando con los servicios correspondientes
- Habilitar servicios de salud
- Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos
- Hacer el POA (plan operativo anual)
- Llevar la agenda de la unidad organizativa
- Hacer informes técnicos
- Formular los compromisos de gestión
- Asesorar y acompañar las actividades en territorio
- Gestionar sistema GRP

Otros: _____

44. 43. Habilidades y destrezas. *

Aquí listamos una serie de herramientas que tenemos en el MSP para el trabajo diario. Marque por favor si maneja alguna de ellas. Puede marcar más de una opción.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Manejo de Informática (procesadores de texto, presentación por diapositivas, hojas de cálculo.)
- Manejo SG-DEVISA
- Manejo de INTEGRADOC
- Manejo de Formularios de Inspecciones
- Manejo de SGH
- Manejo de GRP
- Ninguna de las anteriores

Otros
comentarios

Finalmente, le pedimos aquí que escriba brevemente qué otra formación le parece interesante señalar y qué experiencia tiene anterior a su trabajo en el MSP o al mismo tiempo que su trabajo en el MSP.

45. 44. Otros comentarios sobre mi formación y experiencia...

Por ejemplo: trabajo en la emergencia del hospital, trabajé varios años como vendedor, soy voluntario en una organización de mi barrio, soy docente de Historia en el liceo, etcétera.

Fin del
formulario

¡Muchas gracias por su tiempo y dedicación! Por favor complete y envíe por única vez el formulario, por lo que le pedimos que revise sus respuestas antes de hacer click en enviar.

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Escalafones

El escalafón **A**, “Personal Técnico Profesional”, comprende los cargos y contratos de función pública a los que sólo pueden acceder los profesionales, liberales o no, que posean título universitario expedido, registrado o revalidado por las autoridades competentes y que correspondan a planes de estudio de duración no inferior a cuatro años (Art. 34 de la ley n.º 16.170 de 28/12/90; Antecedentes: Art. 29 de la ley n.º 15.809 de 8/4/86, Art. 3.º ley n.º 15.851 de 24/12/86).

El artículo 31 de la ley n.º 17.930 de 19/12/005 declara por vía interpretativa que los títulos de Ingeniero Tecnológico expedidos por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) habilitan el acceso a los cargos y contratos del escalafón A.

El escalafón **B**, “Técnico Profesional”, comprende los cargos y contratos que otorguen la calidad de funcionario público a quienes hayan obtenido alguna de las siguientes formaciones:

1. De nivel terciario universitario o no universitario, con una carga horaria igual o superior a setecientas cincuenta horas, o una duración no menor a un año y medio, cuyos títulos posean reconocimiento ministerial, siempre que corresponda.

2. La que corresponda, como mínimo, al 50 % (cincuenta por ciento) del total de los créditos necesarios para obtener la titulación de una carrera universitaria (Art. 6.º ley n.º 19.670 de 15/10/2018).

El escalafón Técnico Profesional B comprende los cargos y contratos de función pública de quienes hayan obtenido una especialización de nivel universitario o similar, que corresponda a planes de estudio cuya duración deberá ser equivalente a dos años, como mínimo, de carrera universitaria liberal y en virtud de los cuales hayan obtenido título habilitante, diploma o certificado. También incluye a quienes hayan aprobado no menos del equivalente a tres años de carrera universitaria incluida en el escalafón Técnico Profesional A (Art. 4.º ley n.º 15.851 de 24/12/86; antecedentes: Art. 30 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **C** comprende los cargos y contratos de función pública que tienen asignadas tareas relacionadas con el registro, clasificación, manejo y archivo de datos y documentos y el desarrollo de actividades, como la planificación, coordinación, organización, dirección y control, tendientes al logro de los objetivos del servicio en el que se realizan, así como toda otra actividad no incluida en los demás escalafones (Art. 31 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **D**, “Especializado”, comprende los cargos y contratos de función pública que tienen asignadas tareas en las que predomina la labor de carácter intelectual, para cuyo

desempeño fuere menester conocer técnicas impartidas normalmente por centros de formación de nivel medio o en los primeros años de los cursos universitarios de nivel superior. La versación en determinada rama del conocimiento deberá ser acreditada en forma fehaciente (Art. 32 ley n.º 15.809 de 8/4/86. Telefonistas: Art. 42 ley n.º 16.170 y decreto n.º 348/991 de 2/07/991).

El escalafón **E**, "Oficios", comprende los cargos y contratos de función pública que tienen asignadas tareas en las que predominan el esfuerzo físico o habilidad manual o ambos y requieren conocimiento y destreza en el manejo de máquinas o herramientas. La idoneidad exigida deberá ser, acreditada en forma fehaciente (Art. 33 ley n.º 15.809 de 8/4/86. Choferes y Tractoristas: Art. 14 ley n.º 16.002 de 25/11/88 y decreto n.º 26/89 de 27/1/89).

El escalafón **F**, "Servicios Auxiliares", comprende los cargos y contratos de función pública que tienen asignadas tareas de limpieza, portería, conducción, transporte de materiales o expedientes, vigilancia, conservación y otras tareas similares (Art. 34 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **G**, "Docente de la Universidad de la República", comprende los cargos y funciones de ese organismo declarados docentes por ley o por sus órganos competentes (Art. 35 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **H**, Docente de la Administración Nacional de Educación Pública, comprende los cargos y funciones de ese Organismo declarados docentes por ley o por sus órganos competentes (Art. 36 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **J**, "Docente de otros organismos", comprende los cargos no incluidos en los escalafones docentes anteriores, cuya tarea sea impartir, efectuar, coordinar o dirigir la enseñanza o la investigación (Art. 37 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **K**, "Militar", comprende los cargos correspondientes a las Fuerzas Armadas (Art. 38 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **L**, "Policial", comprende los cargos correspondientes a los servicios policiales (Art. 39 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **M**, "Servicio Exterior", comprende los cargos correspondientes al Servicio Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores (Art. 40 ley n.º 15809 de 8/4/86).

El escalafón **N**, "Judicial", comprende los cargos correspondientes al ejercicio de la función jurisdiccional, los de Secretario de la Suprema Corte de Justicia y del Tribunal de lo Contencioso Administrativo, así como todos los cargos y funciones legalmente equiparados a

los mismos, cuando sus tareas tengan análoga naturaleza (Art. 41 ley n.º 15.809 de 8/4/86 en la redacción dada por el Art. 5 ley n.º 15.851 de 29/12/86).

El artículo 459 de la ley n.º 16.170 de 28/12/90 crea el **escalafón del Poder Judicial** que se divide de la siguiente manera: Escalafón I cargos de Magistrados, Secretarios y Prosecretario de la Suprema Corte de Justicia, Escalafón II Profesional, Escalafón III Semi Técnico, Escalafón IV Especializado, Escalafón V Administrativo, Escalafón VI Auxiliar.

El escalafón **P**, "Político" comprende los cargos correspondientes a órganos constitucionales de gobierno o administración, fueren o no de carácter electivo (Art. 42 n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **Q**, "Particular Confianza", incluye aquellos cargos cuyo carácter de particular confianza es determinado por la ley (Art 43 ley n.º 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **R** comprende los cargos y funciones cuyas características específicas no permitan la inclusión en los escalafones anteriores o hagan conveniente su agrupamiento a juicio de la Comisión Nacional del Servicio Civil (Art. 44 ley 15.809 de 8/4/86).

El escalafón **S**, Personal Penitenciario, comprende los cargos y contratos de función pública que tienen asignadas las tareas relacionadas con los estados de reclusión y ejecución de las penas (Art. 49 ley n.º 15.851 de 29/12/86).

Complemento de la presentación y análisis de datos

En esta sección se incluye información ampliatoria de la presentada en el cuerpo central del informe sobre cada una de las variables del formulario de recolección de datos.

Gráfico Anexo 2.1. RRHH DIGECOOR. Distribución por sexo. Set. 2020.



Considerando N=167, es decir, incluyendo para el análisis al equipo central de DIGECOOR, se identifica que el 65 % son mujeres y el 35 % son hombres (Gráfico Anexo 2.1.). Si se miran únicamente las DDS (N=150) la distribución por sexo es exactamente igual (Gráfico Anexo 2.2.).

Gráfico Anexo 2.2. RRHH DIGECOOR. DDS. Distribución por sexo. Set. 2020.

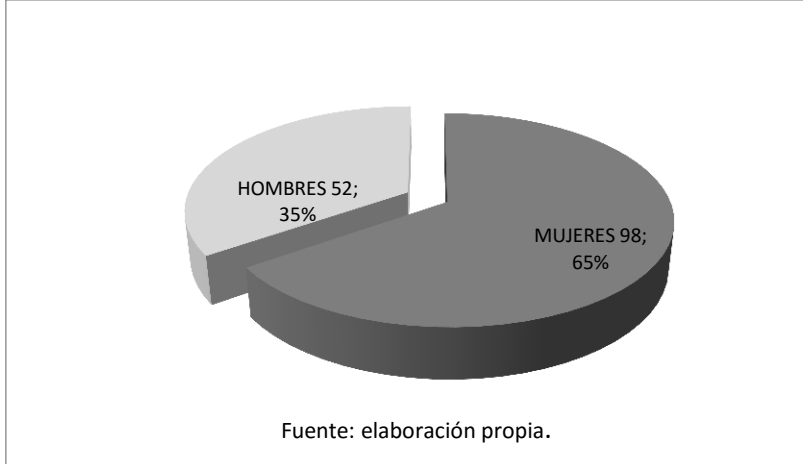
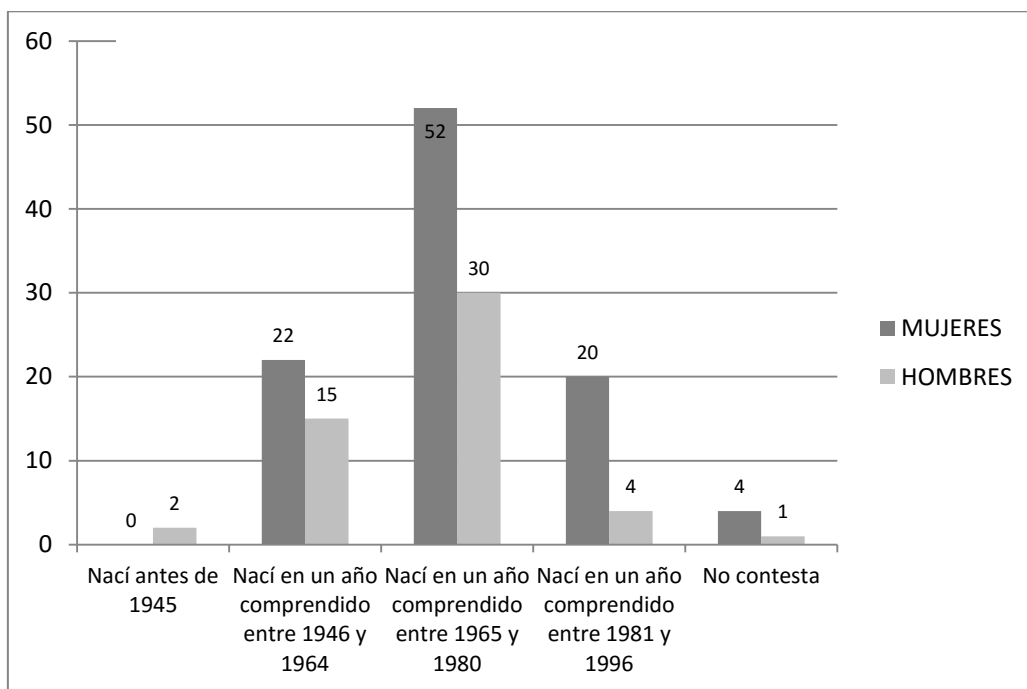


Gráfico Anexo 2.3. RRHH DDS. Distribución por generación y sexo. Set. 2020.



Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.2. Distribución por sexo. Recursos humanos DIGECOOR por unidad organizativa y equipo central. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Unidad de análisis	F _{ABS}	F _{ABS} Mujer	F _{ABS} Hombre	F _{REL} (%)	F _{REL} Mujer	F _{REL} Hombre
Digecoor central	17	10	7	10	9	12
DDS Artigas	9	6	3	5	6	5
DDS Canelones (*)	17	16	1	10	15	2
DDS Cerro Largo	7	3	4	4	3	7
DDS Colonia	11	6	5	7	6	8
DDS Durazno	6	3	3	4	3	5
DDS Flores	6	4	2	4	4	3
DDS Florida	7	6	1	4	6	2
DDS Lavalleja (*)	4	3	1	2	3	2
DDS Maldonado	9	8	1	5	7	2
DDS Montevideo (*)	8	4	4	5	4	7
DDS Paysandú	10	7	3	6	6	5
DDS Río Negro	5	2	3	3	2	5
DDS Rivera	11	7	4	7	6	7
DDS Rocha	6	3	3	4	3	5
DDS Salto	11	8	3	7	7	5
DDS San José	6	5	1	4	5	2
DDS Soriano	4	3	1	2	3	2
DDS Tacuarembó	9	3	6	5	3	10
DDS Treinta y Tres	4	1	3	2	1	5
TOTAL	167	108	59	100	100	100

(*) Las unidades organizativas marcadas con asterisco NO incluyen en cada caso a una persona del equipo con licencia médica en el momento del estudio.

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.3. Distribución por sexo. Recursos humanos DIGECOOR (sólo DDS). Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Unidad de análisis	F _{ABS}	F _{ABS} Mujer	F _{ABS} Hombre	F _{REL} (%)	F _{REL} Mujer	F _{REL} Hombre
DDS Artigas	9	6	3	6	6	6
DDS Canelones (*)	17	16	1	11	16	2
DDS Cerro Largo	7	3	4	5	3	8
DDS Colonia	11	6	5	7	6	10
DDS Durazno	6	3	3	4	3	6
DDS Flores	6	4	2	4	4	4
DDS Florida	7	6	1	5	6	2
DDS Lavalleja (*)	4	3	1	3	3	2
DDS Maldonado	9	8	1	6	8	2
DDS Montevideo (*)	8	4	4	5	4	8
DDS Paysandú	10	7	3	7	7	6
DDS Río Negro	5	2	3	3	2	6
DDS Rivera	11	7	4	7	7	8
DDS Rocha	6	3	3	4	3	6
DDS Salto	11	8	3	7	8	6
DDS San José	6	5	1	4	5	2
DDS Soriano	4	3	1	3	3	2
DDS Tacuarembó	9	3	6	6	3	12
DDS Treinta y Tres	4	1	3	3	1	6
TOTAL	150	98	52	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.4. RRHH DDS. Vínculo contractual por DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Q	Presup.	Contrato por Comisión de Apoyo	Presup. pase en comisión	Contrato de trabajo	NC	Acuerdo Intendencia y Ministerio	Total
DDS Artigas	1	8	0	0	0	0	0	9
DDS Canelones	1	12	2	1	0	1	0	17
DDS Cerro Largo	1	6	0	0	0	0	0	7
DDS Colonia	1	5	0	4	0	1	0	11
DDS Durazno	1	5	0	0	0	0	0	6
DDS Flores	1	3	0	2	0	0	0	6
DDS Florida	1	3	1	1	1	0	0	7
DDS Llavalleja	1	2	0	0	1	0	0	4
DDS Maldonado	1	8	0	0	0	0	0	9
DDS Montevideo	1	4	0	0	1	2	0	8
DDS Paysandú	1	7	0	1	1	0	0	10
DDS Río Negro	1	3	0	0	0	0	1	5
DDS Rivera	1	10	0	0	0	0	0	11
DDS Rocha	1	4	0	0	1	0	0	6
DDS Salto	1	6	2	1	1	0	0	11
DDS San José	1	2	1	0	1	1	0	6
DDS Soriano	1	2	0	0	1	0	0	4
DDS Tacuarembó	1	6	1	0	1	0	0	9
DDS Treinta y Tres	1	1	0	2	0	0	0	4
Total	19	97	7	12	9	5	1	150

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.5. RRHH DDS. Escalafón y grado por DDS. Set. 2020.

DDS	Escalafón y grado																								Total			
	A4	A5	A8	A9	B3	B6	B7	C1	C2	C3	C4	C5	D1	D2	D3	D5	D6	D7	E1	E2	E4	E5	E6	E9		F2	NC	
ARTIGAS	3		1					1				1						1			1						8	
CANELONES	4		1		1	1	1	2				1											1				12	
CERRO LARGO	1		1					1										1		1							5	
COLONIA	3							1						1												2	7	
DURAZNO			1					1		1				2								1					6	
FLORES	1							1							1												3	
FLORIDA	3																										3	
LAVALLEJA	1		1																								2	
MALDONADO	2	1		1	1			1							1					1							8	
MONTEVIDEO	1		1					2																			4	
PAYSANDÚ	1		1		2			2	1																		7	
RÍO NEGRO	1		1																						1		3	
RIVERA	2	1	2					1					1	1					1								9	
ROCHA	1				1			1																1			4	
SALTO	2		1					2									1										6	
SAN JOSÉ					1											1											2	
SORIANO	1							1																			2	
TACUAREMBÓ	1		1					1			2																5	
TREINTA Y T.								1																			1	
Total	28	2	12	1	6	1	1	19	1	1	2	2	1	3	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	97

Fuente: elaboración propia

La tabla Anexo 2.5. muestra la distribución por grado y por escalafón en cada DDS. Canelones es la DDS con mayor cantidad de profesionales grado 4, seguido por Colonia (3) y Florida (3). La distribución de los administrativos grado 1 es homogénea en todas las DDS. La DDS Treinta y Tres no tiene RRHH en el escalafón profesional; Durazno y Flores tienen un solo profesional en cada caso. Las DDS Canelones, Maldonado y Rivera son las que cuentan con más cantidad de RRHH profesionales (contemplando todos los grados del escalafón A). Si se consideran todos los grados del escalafón administrativo, las DDS Canelones, Paysandú y Tacuarembó son las que tienen mayor frecuencia en esta variable.

En la tabla Anexo 2.6. se detallan los funcionarios en comisión entrante y cuál es su institución de origen o procedencia. Las DDS Canelones, Colonia, Flores, Florida, Paysandú, Salto y Treinta y Tres cuentan con RRHH en comisión entrante. De las 12 personas en esta condición, que representan el 8 % del total de los RRHH de las DDS, la mitad son funcionarios de las intendencias departamentales. Según el escalafón y grado declarados en estos 12 casos, 4 no contestaron, 1 funcionario es C3 en la DDS Florida, y en Flores, Canelones, Treinta y Tres, Paysandú y Colonia los funcionarios entrantes (uno en cada caso excepto Flores y Colonia que son dos en cada caso) pertenecen al escalafón profesional.

Tabla Anexo 2.6. RRHH DDS en comisión entrante y procedencia. Set. 2020.

Unidad de análisis	En comisión entrante	Procedencia
DDS Canelones	1	Dirección Nacional de Deporte
DDS Colonia	4	Intendencia (2), CES, ASSE (hospital)
DDS Flores	2	Antel, ASSE (RAP)
DDS Florida	1	ASSE (hospital)
DDS Paysandú	1	Intendencia
DDS Salto	1	Intendencia
DDS Treinta y Tres	2	Intendencia
Total	12	

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.7. RRHH DDS. Educación media y grados de avance por DDS. Set. 2020.

DDS	Último año aprobado								
	1er CB	3er CB	1er BAC	2do BAC	3ero BAC	No aplica	No media	N/C	Total
Artigas		1	1		6		1		9
Canelones		3		1	12			1	17
Cerro Largo		2			5				7
Colonia	1	1	1		7			1	11
Durazno	1	2			2	1			6
Flores			1		5				6
Florida					7				7
Lavalleja					4				4
Maldonado		1		2	6				9
Montevideo		1			5			2	8
Paysandú				1	9				10
Río Negro	1	1			3				5
Rivera		1	1	1	7	1			11
Rocha					6				6
Salto					11				11
San José		1			4			1	6
Soriano					4				4
Tacuarembó		2			7				9
Treinta y Tres		2			2				4
Total	3	18	4	5	112	2	1	5	150

Fuente: elaboración propia.

Observando la tabla Anexo 2.2. por categoría, de las 112 personas que tienen la enseñanza media completa (ciclo básico y bachillerato, seis años de formación), las DDS Canelones y Salto tienen la mayor representación en la categoría (11 %). La DDS Paysandú, en segundo lugar, tiene el 8 % de la categoría. Las DDS Colonia, Florida, Rivera y Tacuarembó siguen en tercer lugar con el 6 % en la categoría. Las DDS Durazno y Treinta y Tres tienen el porcentaje más bajo en esta categoría. De las 18 personas que terminaron el ciclo básico (tres años de enseñanza

media), en la DDS Canelones está la mayor cantidad de RRHH con esta condición, que representa un 17 % de la categoría. Las DDS Cerro Largo, Durazno, Tacuarembó y Treinta y Tres le siguen con el 11 % de sus RRHH en esta categoría.

Observando la misma tabla por DDS, todo el plantel de las DDS Florida, Lavalleja, Rocha, Salto y Soriano tiene la enseñanza secundaria completa, seis años. El 90 % de los RRHH de la DDS Paysandú tiene enseñanza secundaria completa; siguen luego Flores (83 %), Tacuarembó (78 %), Canelones y Cerro Largo (71 %), Artigas, Maldonado y San José (67 %), Rivera (64 %), Colonia y Montevideo (63 %), Río Negro (60 %). Los guarismos más bajos los tienen Durazno y Treinta y Tres con el 33 %. (Gráfico Anexo 2.3.).

Gráfico Anexo 2.4. RRHH DDS. Grado de avance en educación media por DDS. Set. 2020.

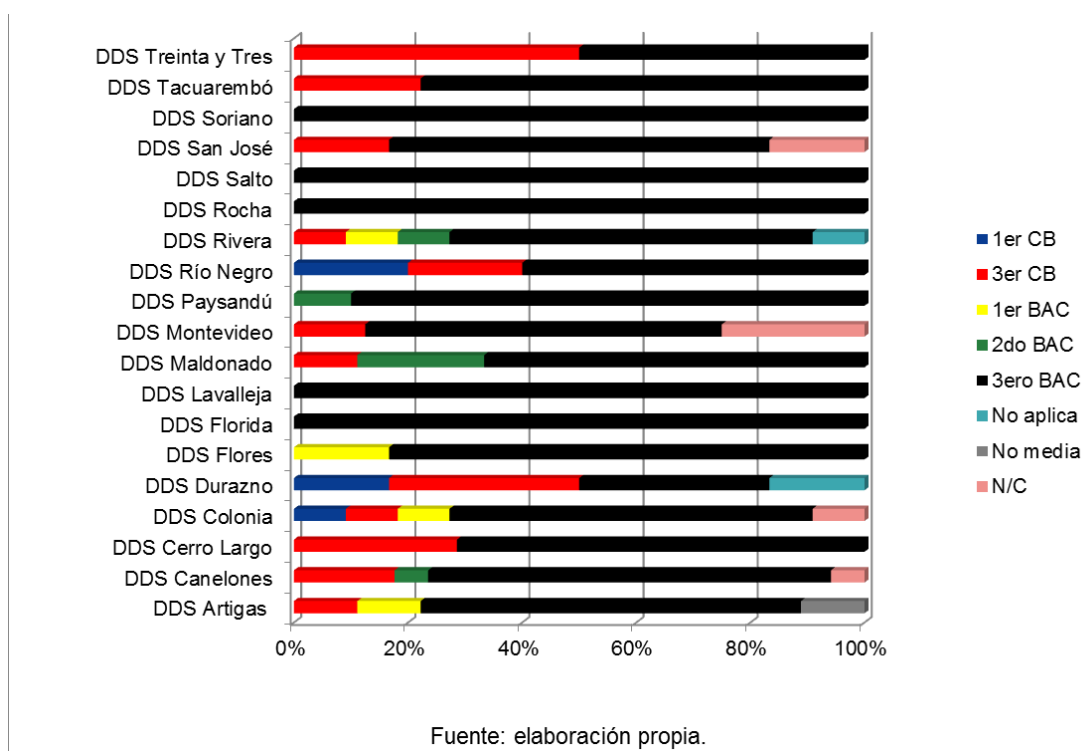


Tabla Anexo 2.8. RRHH DDS. Orientación en la educación media. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020

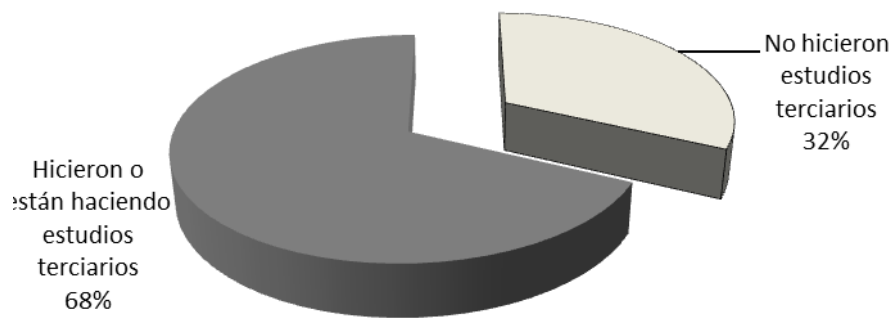
Orientación	F_{ABS}	F_{REL} (%)
Administración	7	5
Artística	1	1
Aeronáutica	0	0
Ciencias Agrarias	2	1
Ciencias Biológicas	75	50
Electro-electrónica	2	1
Físico-matemáticas	2	1
Informática	1	1
Matemática-diseño. Opción científica	1	1
Social económica	2	1
Social humanística	26	17
Educación de adultos	1	1
Belleza	1	1
Mecánica y tornería. Carpintería	2	1
Ninguna/No aplica/No contesta	27	18
Total:	150	100

Fuente: elaboración propia.

La orientación Ciencias Biológicas es la más frecuente entre las personas que hicieron educación media, representando un 50 % del total. Le sigue la orientación Social humanística con un 17 %. La orientación Administración sigue en tercer lugar, pero con distancia respecto de las anteriores (5 %).

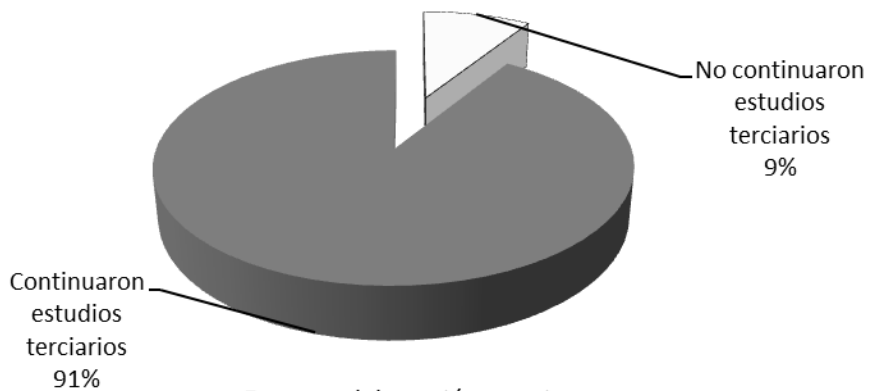
Del total de RRHH de las DDS, 102 personas respondieron que hicieron o están haciendo estudios terciarios, lo que representa un 68 % del total (Gráfico 7). Si se relaciona este valor con los que completaron la formación para acceder a estudios terciarios (112), el 91 % de quienes podían continuar estudios terciarios efectivamente lo hicieron, y un 9 % de los que podían continuar no lo hicieron (Gráfico 8).

Gráfico Anexo 2.5. RRHH DDS. Distribución por realización de estudios terciarios. Set. 2020.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico Anexo 2.6. RRHH DDS. Distribución por continuación de estudios terciarios. Set. 2020.



Fuente: elaboración propia.

La tabla Anexo 2.9. ordena las respuestas recibidas según la institución en la que se realizaron los estudios terciarios y según las carreras finalizadas, en curso o no finalizadas. Como se ve, el total de la tabla excede el valor absoluto de quienes cursan o cursaron la enseñanza terciaria por haber casos que se cuentan en más de una categoría. Puede señalarse que es altamente frecuente la formación terciaria en la Udelar.

Respecto del total de 102 personas que finalizaron, están cursando o hicieron, pero no terminaron la enseñanza terciaria, la tabla Anexo 2.10. muestra la incidencia relativa de esta formación por DDS. Dada la cantidad de RRHH en esta condición (102), la frecuencia absoluta y prácticamente igual a la frecuencia relativa, por lo que se utilizaron en este caso decimales para diferenciar. El mayor porcentaje de RRHH que finalizaron, están cursando o hicieron, pero

no terminaron la enseñanza terciaria lo tienen las DDS Canelones y Salto, y el menor, las DDS Durazno y Treinta y Tres.

Tabla Anexo 2.9. RRHH DDS. Enseñanza terciaria por institución y por cantidad de estados de avance. Set. 2020.

	Udelar	UTEC	Univ. Privadas	Formación docente	No universitaria
Finalizado	80	2	9	3	8
Cursando	3	1	1	4	3
No finalizado	8		5	5	
No aplica	14	99	87	90	91

Fuente: elaboración propia

Nota: El total excede el número absoluto de personas con estudios terciarios (102) por reportarse casos en más de una categoría y/o en más de una institución de enseñanza terciaria.

Tabla Anexo 2.10. RRHH DDS. Enseñanza terciaria (finalizada, en curso y no terminada). Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Unidad de análisis	F _{ABS}	F _{REL} (%)
DDS Artigas	6	5,88
DDS Canelones	11	10,78
DDS Cerro Largo	4	3,92
DDS Colonia	7	6,86
DDS Durazno	2	1,96
DDS Flores	5	4,90
DDS Florida	6	5,88
DDS Lavalleja	4	3,92
DDS Maldonado	6	5,88
DDS Montevideo	5	4,90
DDS Paysandú	7	6,86
DDS Río Negro	3	2,94
DDS Rivera	6	5,88
DDS Rocha	5	4,90
DDS Salto	10	9,80
DDS San José	3	2,94
DDS Soriano	3	2,94
DDS Tacuarembó	7	6,86
DDS Treinta y Tres	2	1,96
Total	102	100

Fuente: elaboración propia.

Las tablas Anexo 2.11 a Anexo 2.15. muestran la distribución del estado de avance por DDS. Nótese que en la formación realizada en la Universidad de la República, hay 3 casos en los que el RRHH respondió más de una categoría (DDS Cerro Largo, San José y Soriano; de ahí la diferencia entre el total 102 y el total de la Udelar que es 105).

Tabla Anexo 2.11. RRHH DDS. Avance por institución Udelar y por DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Finalizado	Cursando	No finalizado	No aplica	Total RRHH
DDS Artigas	4				6
DDS Canelones	9		1		11
DDS Cerro Largo	4	1			4
DDS Colonia	6		1		7
DDS Durazno	2				2
DDS Flores	4		1		5
DDS Florida	4				6
DDS Lavalleja	3		1		4
DDS Maldonado	5				6
DDS Montevideo	4				5
DDS Paysandú	7				7
DDS Río Negro	3				3
DDS Rivera	5				6
DDS Rocha	3	1			5
DDS Salto	5	1	1		10
DDS San José	3		1		3
DDS Soriano	3		1		3
DDS Tacuarembó	5		1		7
DDS Treinta y Tres	1				2
Total	80	3	8	14	105

Fuente: elaboración propia

Tabla Anexo 2.12. RRHH DDS. Avance por institución UTEC y por DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Finalizado	Cursando	No finalizado	No aplica	Total RRHH
DDS Artigas	1				6
DDS Canelones					11
DDS Cerro Largo					4
DDS Colonia					7
DDS Durazno					2
DDS Flores					5
DDS Florida					6
DDS Lavalleja					4
DDS Maldonado					6
DDS Montevideo					5
DDS Paysandú					7
DDS Río Negro					3
DDS Rivera					6
DDS Rocha					5
DDS Salto	1	1			10
DDS San José					3
DDS Soriano					3
DDS Tacuarembó					7
DDS Treinta y Tres					2
Total	2	1		99	102

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.13. RRHH DDS. Avance por institución Univ. privada y DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Finalizado	Cursando	No finalizado	No aplica	Total RRHH
DDS Artigas	1				6
DDS Canelones	1		1		11
DDS Cerro Largo					4
DDS Colonia					7
DDS Durazno					2
DDS Flores					5
DDS Florida	3				6
DDS Lavalleja					4
DDS Maldonado		1	1		6
DDS Montevideo			1		5
DDS Paysandú					7
DDS Río Negro	2				3
DDS Rivera					6
DDS Rocha					5
DDS Salto	2		1		10
DDS San José			1		3
DDS Soriano					3
DDS Tacuarembó					7
DDS Treinta y Tres					2
Total	9	1	5	87	102

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.14. RRHH DDS. Avance por institución Centros de formación docente y por DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Institutos/Centros de Formación Docente (magisterio, profesorado)				Total RRHH
	Finalizado	Cursando	No finalizado	No aplica	
DDS Artigas					6
DDS Canelones		2			11
DDS Cerro Largo					4
DDS Colonia					7
DDS Durazno					2
DDS Flores			1		5
DDS Florida	1				6
DDS Lavalleja					4
DDS Maldonado	1				6
DDS Montevideo					5
DDS Paysandú			1		7
DDS Río Negro					3
DDS Rivera					6
DDS Rocha		1	1		5
DDS Salto		1	1		10
DDS San José	1				3
DDS Soriano					3
DDS Tacuarembó					7
DDS Treinta y Tres			1		2
Total	3	4	5	90	102

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.15. RRHH DDS. Avance por institución enseñanza terciaria no universitaria y por DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Enseñanza terciaria no universitaria				Total RRHH
	Finalizado	Cursando	No finalizado	No aplica	
DDS Artigas	0				6
DDS Canelones	1				11
DDS Cerro Largo					4
DDS Colonia					7
DDS Durazno					2
DDS Flores		1			5
DDS Florida					6

DDS Lavalleja					4
DDS Maldonado	1				6
DDS Montevideo	1				5
DDS Paysandú	1				7
DDS Río Negro					3
DDS Rivera	1				6
DDS Rocha	1				5
DDS Salto	1	1			10
DDS San José					3
DDS Soriano					3
DDS Tacuarembó	1	1			7
DDS Treinta y Tres					2
Total	8	3		91	102

Fuente: elaboración propia.

La tabla Anexo 2.16. organiza la información por cantidad de títulos obtenidos en la enseñanza terciaria y su frecuencia absoluta por institución y por DDS. Los resultados también se muestran en el gráfico Anexo 2.7.

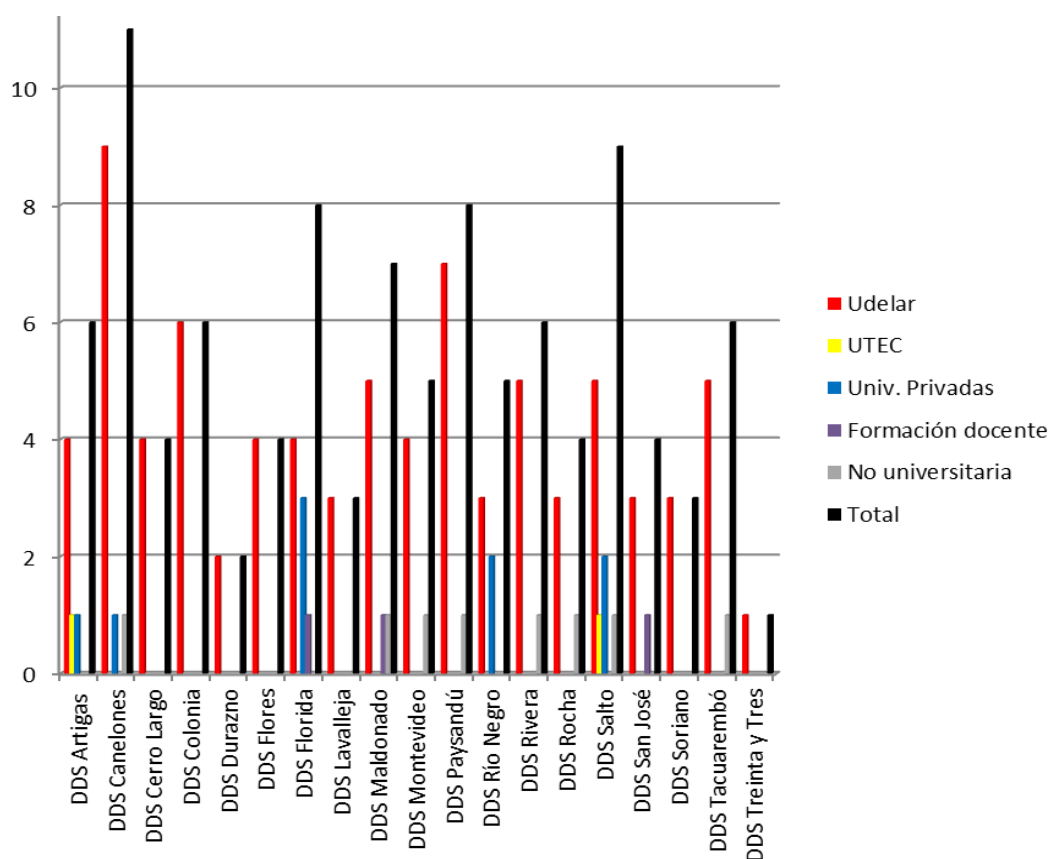
Tabla Anexo 2.16. Títulos de enseñanza terciaria por DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Instituciones de enseñanza terciaria					TOT
	Udelar	UTEC	Univ. Privada	Formación docente	No univ.	
DDS Artigas	4	1	1			6
DDS Canelones	9		1		1	11
DDS Cerro Largo	4					4
DDS Colonia	6					6
DDS Durazno	2					2
DDS Flores	4					4
DDS Florida	4		3	1		8
DDS Lavalleja	3					3
DDS Maldonado	5			1	1	7

DDS Montevideo	4				1	5
DDS Paysandú	7				1	8
DDS Río Negro	3		2			5
DDS Rivera	5				1	6
DDS Rocha	3				1	4
DDS Salto	5	1	2		1	9
DDS San José	3			1		4
DDS Soriano	3					3
DDS Tacuarembó	5				1	6
DDS Treinta y Tres	1					1
Total	80	2	9	3	8	102

Fuente: elaboración propia.

Gráfico Anexo 2.7. RRHH DDS. Total de títulos de grado por institución y por DDS. Set. 2020.



Fuente: elaboración propia.

Obsérvese que, por casualidad, la cantidad de personas que dijeron haber finalizado, estar cursando o no finalizado la enseñanza terciaria (es decir, lo que contestaron «sí» en la

pregunta «¿Hizo o está haciendo estudios terciarios?») coincide con el total de títulos de grado efectivamente logrados. La tabla Anexo 2.17. muestra por cada DDS la relación entre la cantidad de personas que contestaron «sí» y la cantidad de personas que tienen títulos de grado y se observa, por ejemplo, en Florida, que hay más títulos que personas, lo que significa que hay dos personas que tienen más de un título.

Tabla Anexo 2.17. RRHH DDS. Comparativo personas con enseñanza terciaria y cantidad de títulos de grado. Set.2020.

Unidad de Análisis	Total enseñanza terciaria	Total de títulos de grado
DDS Artigas	6	6
DDS Canelones	11	11
DDS Cerro Largo	4	4
DDS Colonia	7	6
DDS Durazno	2	2
DDS Flores	5	4
DDS Florida	6	8
DDS Lavalleja	4	3
DDS Maldonado	6	7
DDS Montevideo	5	5
DDS Paysandú	7	8
DDS Río Negro	3	5
DDS Rivera	6	6
DDS Rocha	5	4
DDS Salto	10	9
DDS San José	3	4
DDS Soriano	3	3
DDS Tacuarembó	7	6
DDS Treinta y Tres	2	1
Total	102	102

Fuente: elaboración propia.

Respecto de la formación de grado la tabla Anexo 2.18. muestra la frecuencia absoluta y frecuencia relativa de los títulos de grado en la enseñanza terciaria que tienen los RRHH de las DDS. Los títulos de grado más frecuentes son medicina (26 %), enfermería (29 %) y psicología (8 %). Agrupando los títulos por área de conocimiento, el 78 % se encuentra en las ciencias de la salud, casi un 9 % está en el área de las ciencias sociales, casi un 3 % está en área científica o tecnológica y casi un 4 % en el área docente.

Tabla Anexo 2.18. RRHH DDS. Carreras de grado. Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set.2020.

Carrera	F_{ABS}	F_{REL} (%)
Medicina	27	26,47
Enfermería	30	29,41
Psicología	8	7,84
Odontología	1	0,98
Ed. Física	1	0,98
Salud Ocup.	3	2,94
Reg. Méd.	2	1,96
Nutrición	1	0,98
Salud Pública (*)	1	0,98
Inst. quirúrg.	1	0,98
Salud Ambiental	1	0,98
Veterinaria	2	1,96
Agro/Fores	2	1,96
Derecho	2	1,96
Trab. Social	2	1,96
Sociología	1	0,98
Rel. Intern.	1	0,98
Adm. Emp.	2	1,96
Informática	2	1,96
Gerencia	1	0,98
Tecnología	1	0,98
Docente	2	1,96
For. Profesional	1	0,98
Formación de formadores	1	0,98
No contesta	6	5,88
Total	102	100,00

(*). Podría tratarse de un título de posgrado pero a falta de confirmación en el momento de elaboración de la tabla se incluyó como título de grado para no perder el dato.

Fuente: elaboración propia

La tabla Anexo 2.19. muestra la distribución de las carreras (títulos de grado) en cada DDS. Se confirma la suposición sobre que los títulos más frecuentes también corresponden a Medicina y a Enfermería. En tercer lugar y a distancia aparecen los títulos en Psicología y luego la distribución del resto de los títulos es homogénea y distante de las anteriores. En todas las DDS, con excepción de Rocha y Treinta y Tres, hay personas con títulos de Medicina y

Enfermería. En Rocha y en Treinta y Tres no hay personas con título de Enfermería. En cuanto a la tercera disciplina más frecuente, Psicología, está presente en las DDS Artigas, Canelones, Colonia, Flores, Lavalleja, Rocha, San José y Tacuarembó.

Tabla Anexo 2.19. RRHH DDS. Carreras de grado por DDS. Set. 2020.

Carreras de grado	Artigas	Canelones	Cerro Largo	Colonia	Durazno	Flores	Florida	Lavalleja	Maldonado	Montevideo	Paysandú	Río Negro	Rivera	Rocha	Salto	San José	Soriano	Tacuarembó	Treinta y Tres	Total
Medicina	2	3	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	27
Enfermería	2	2	2	1	1	2	2	1	4	1	3	1	3		2		1	2		30
Psicología	1	1		1		1		1						1		1		1		8
Odontología		1																		1
Ed. Física			1																	1
Salud Ocup.										2					1					3
Reg. Méd.	1	1																		2
Nutrición							1													1
Salud Pública		1																		1
Inst. quirúrg.														1						1
Salud Amb.																		1		1
Veterinaria				1										1						2
Agro/Fores		1													1					2
Derecho							1			1										2
Trab. Social											1				1					2
Sociología																	1			1
Rel. Intern.												1								1
Adm. Emp.															1	1				2
Informática		1											1							2
Gerencia							1													1
Tecnología															1					1
Docente							1									1				2
For. Prof.															1					1
For. de for.										1										1
N/C							1		2		1	2								6
Totales	6	11	4	6	2	4	8	3	7	5	8	5	6	4	9	4	3	6	1	102

En cuanto a la formación de posgrado, del total de RRHH de las DDS, 63 personas respondieron que hicieron o están haciendo estudios posgrado, lo que representa un 42 % del total (Gráfico

Anexo 2.8). Si se relaciona este valor con los que completaron la formación para acceder a estudios de posgrado (102), el 62 % de quienes podían continuar estudios de posgrado efectivamente lo hicieron (Gráfico Anexo 2.9).

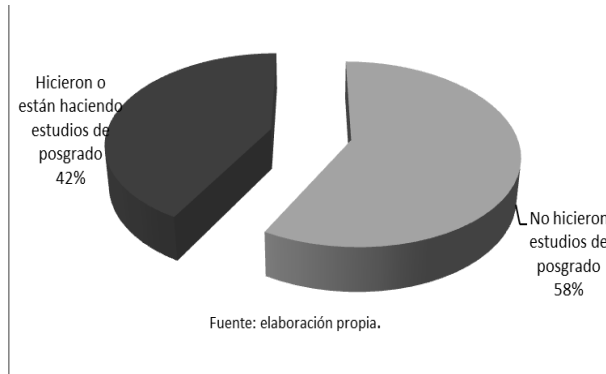


Gráfico Anexo 2.8. RRHH DDS. Estudios de posgrado. Set. 2020.

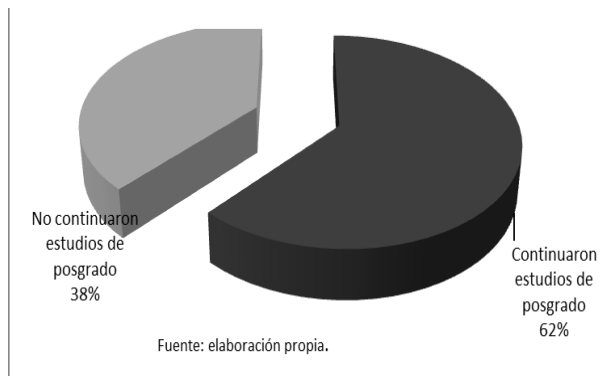


Gráfico Anexo 2.9. RRHH DDS. Continuación de estudios de posgrado. Set. 2020.

De las 63 personas que declararon estudios de posgrado, 41 finalizaron al menos una diplomatura o especialización (65 %). La tabla Anexo 2.20. muestra la distribución de RRHH por DDS que finalizaron, están cursando o no finalizaron estudios de posgrado y su frecuencia relativa en la categoría. La DDS Canelones y luego Salto son las que tienen mayor frecuencia relativa en la categoría.

Tabla Anexo 2.20. RRHH DDS. Estudios de posgrado (cursando, finalizado, no finalizado). Frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Set. 2020.

Unidad de análisis	F_{ABS}	F_{REL} (%)
DDS Artigas	2	3,17
DDS Canelones	6	9,52
DDS Cerro Largo	3	4,76
DDS Colonia	4	6,35
DDS Durazno	2	3,17
DDS Flores	4	6,35
DDS Florida	3	4,76
DDS Lavalleja	4	6,35
DDS Maldonado	4	6,35
DDS Montevideo	4	6,35
DDS Paysandú	3	4,76
DDS Río Negro	2	3,17
DDS Rivera	4	6,35
DDS Rocha	3	4,76
DDS Salto	5	7,94
DDS San José	2	3,17
DDS Soriano	3	4,76
DDS Tacuarembó	4	6,35
DDS Treinta y Tres	1	1,59
Total	63	100,00

Fuente: elaboración propia.

En la tabla Anexo 2.21. se muestra la distribución de los estudios de especialización o diplomatura por DDS. Las DDS Artigas, Flores, Florida, Maldonado, Montevideo y Treinta y Tres hay funcionarios con dos especializaciones. Las DDS Canelones, Maldonado, Paysandú y Salto tienen funcionarios con tres especializaciones.

Tabla Anexo 2.21. Número de RRHH DDS por número de estudios de especialización o diplomatura finalizados. Set. 2020.

Unidad de análisis	1 esp.	2 esp.	3 esp.	Total	F _{REL} (%)
DDS Artigas	1	1		2	4,88
DDS Canelones	2		1	3	7,32
DDS Cerro Largo	1			1	2,44
DDS Colonia	2			2	4,88
DDS Durazno	2			2	4,88
DDS Flores	2	1		3	7,32
DDS Florida	1	1		2	4,88
DDS Lavalleja	1			1	2,44
DDS Maldonado		1	1	2	4,88
DDS Montevideo	1	1		2	4,88
DDS Paysandú	1		2	3	7,32
DDS Río Negro	2			2	4,88
DDS Rivera	4			4	9,76
DDS Rocha	1			1	2,44
DDS Salto	3		1	4	9,76
DDS San José	1			1	2,44
DDS Soriano	2			2	4,88
DDS Tacuarembó	3			3	7,32
DDS Treinta y Tres		1		1	2,44
Total	30	6	5	41	100

Fuente: elaboración propia.

Las DDS Maldonado, Montevideo, Rocha, Salto, San José, Soriano, Tacuarembó y Treinta y Tres tienen funcionarios con al menos una maestría finalizada. En las DDS Maldonado, Montevideo y Rocha hay funcionarios con dos maestrías finalizadas. Sólo en un caso (Maldonado) se reporta estudios de doctorado finalizados (Tabla Anexo 2.22.). La tabla Anexo 2.23. distribuye el número de estudios de posgrado finalizados por DDS.

Tabla Anexo 2.22. RRHH DDS por número de estudios de maestría. Set. 2020.

Unidad de análisis	1 maestría	2 maestrías	Total	F _{REL} (%)
DDS Maldonado			1	12,5
DDS Montevideo			1	12,5
DDS Rocha		1	1	25

DDS Salto	1	1	12,5
DDS San José	1	1	12,5
DDS Soriano	1	1	12,5
DDS Tacuarembó		0	
DDS Treinta y Tres	1	1	12,5
Total	5	3	8
			100

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la educación técnica, del total de 150 personas, 96 personas respondieron que tienen al menos un curso técnico. El curso más frecuente es el de Operador PC que está presente en todas las DDS menos en Colonia, Montevideo y Rivera. Los cursos relacionados con administración (auxiliar administrativo, auxiliar contable, secretariado) son los segundos más frecuentes pero no se declararon en las DDS Artigas, Colonia, Montevideo, Paysandú y Río Negro. Los cursos de auxiliar, en tercer lugar entre los más frecuentes, no aparecen en Canelones, Colonia, Durazno, Flores, Lavalleja, Montevideo, Río Negro, Salto y Treinta y Tres. La tabla Anexo 2.24. resume los resultados.

Tabla Anexo 2.24. RRHH DDS. Número de cursos de educación técnica por DDS. Set. 2020.

DDS	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de servicio	Auxiliar de farmacia	Auxiliar de laboratorio	Registros médicos	Oficial de Higiene	Epidemiología	Calidad	Vacunadora	Promoción Salud/Gestión ambiental	Visitador médico	Crisis, desastres Urgencia, emergencia, medicina	Operador PC	Informática aplicada a la salud	Redes informáticas	Administración	Proyectos Políticas públicas y salud (drogas, Inglés	Portugués	Otros	Total			
Artigas	1	1				1							2								5		
Canelones			1		1	1	3				1		8	3	7	1	3	3	1	4	37		
Cerro Largo	1					1				3			2		2						9		
Colonia							1		1					1						1	4		
Durazno													2			6				2	10		
Flores						1							1		1					1	4		
Florida	1						1						4		1		1	1		1	10		
Lavalleja							1	1					2		1	1	1	1			8		
Maldonado	3	1			2	1	2						6		1			1		1	18		
Montevideo																					0		
Paysandú	1	1			1					1			3		2					1	13		
Río Negro													1							1	2		
Rivera	4					1	1							2	5					2	15		
Rocha	1		1	2									3		3						16		
Salto						1	5			2		4	4		7					4	27		
San José	1				1	1							2	1	2					2	10		
Soriano	1												2		4			1	1		9		
Tacuarembó	1					1	4			1		1	3	1	1	2				1	16		
Treinta y Tres			1		1								1		1	1				3	8		
Total	15	3	3	2	6	6	13	9	1	6	3	1	5	4	46	6	4	42	5	6	8	2	25

Fuente: elaboración propia

En relación con la formación que aplica a la función pública el formulario previó la discriminación en las categorías «tener hasta 3 cursos» o «tener más de 3 cursos». Se pidió marcar los casilleros siempre que la formación recibida tuviera al menos 20 horas de duración. En la tabla Anexo 2.25 se detalla el resultado de esta variable por el tipo de curso realizado y por DDS.

Tabla Anexo 2.25. RRHH DDS. Número de cursos por orientación, hasta 3 y más de 3, por DDS. Set. 2020.

Unidad de análisis	Programa dirección r		Inducción institucion		Lengua de señas		Gestión de compras		Procedimientos admi		Comunicación interpe		Gestión y formulació		Liderazgo		Planificacion estrateg		Cambio organizacion		Políticas públicas		Herramientas inform		Epidemiología		Otros		No contesta		Total
	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Ha	Mé	Más de 3		
DDS Artigas	1													1											3	2			7		
DDS Canelones	1	1	5	1		2	2	3		1	1	1	2	2	1	5	1	3	2	5	1	1	1	3	2	5	1	1	41		
DDS Cerro Largo												1	1	1	1	1							1	1	1				8		
DDS Colonia																								1	1			1	3		
DDS Durazno	2		1				2			1	1	1														3			11		
DDS Flores			1				1			1												1			1	1			6		
DDS Florida		1	3	1	1		1	3	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	3	1	2		31		
DDS Lavelleja		1	1						1	1	1	1			1								1		2				10		
DDS Maldonado	1	1	1				2			1		1	2	1	1	1	1	1	1	1	2			3	1	3			24		
DDS Montevideo	1		2			2	1	2		2		2	2	2	2	3						1			1	1		2	24		
DDS Paysandú	1					1	1	1		1				1	1	1							2	3		1	1		15		
DDS Río Negro																									1				1		
DDS Rivera	1		2			1	2	2		3			1										5	1	2	1	1	1	23		
DDS Rocha		1	1	2		1		2	1		1	1	1	1	1	1							3	1	1		2	1	22		
DDS Salto	1		2		2	1	1	2	1		3	4	2		1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1			32		
DDS San José	1	2		1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3			3		2		3	1	38		
DDS Soriano			1				2		1	1													1		2			0	8		
DDS Tacuarembó	1		2			2	4	2		2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	6			2	3	1	1		34		
DDS Treinta y Tres	1					1					1												1						4		
TOTAL	12	7	22	5	3	1	12	2	22	8	15	5	18	7	16	6	14	7	11	6	10	7	33	8	22	21	25	11	6		

Fuente: elaboración propia.

En formulario implementado previó, en formato libre, una pregunta sobre formación y experiencia para que cada funcionario/a pudiera colocar allí datos que entendió relevantes no incluidos en sus respuestas anteriores. Del total de 150 personas, 33 optaron por no hacer ningún comentario (22 %). Casi la cuarta parte del total de los RRHH de las DDS destacaron su experiencia en el área de salud pública (ASSE, intendencias, Sanidad de Fuerzas Armadas) y un 19 % del total destacó su experiencia en los prestadores integrales privados. La actividad docente, en general en enseñanza terciaria, tuvo el 16 % del total. El 13 % mencionó actividad en el ámbito privado (no de la salud) donde destacan Salto y San José con actividades con personas sordas y Paysandú con una persona con mucha experiencia en medios de comunicación. El 10 % hizo comentarios respecto de lo que aquí se nombró como «Membresía» y que hace referencia a actividades de coordinación de programas sociales, roles en organizaciones (por ejemplo, presidencia de club de baby fútbol o directivo de

rotary) o representación política (en Durazno hay un exintendente departamental, en Treinta y Tres, hay un exdiputado). En cuanto a comentarios sobre formación, en Durazno una persona agregó tener el curso de Oficial de Higiene y otra un curso de sanidad aeroespacial. En Lavalleja una persona destacó curso de Epidemiología, otra en Montevideo destacó Seguridad del Paciente, una en Paysandú señaló maestría en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile, y una en Rivera mencionó la herramienta QGIS. La tabla Anexo 2.26. muestra la distribución de las respuestas de las personas por área de experiencia.

En la pregunta sobre habilidades y destrezas se podía optar por más de una de las herramientas de trabajo habituales en el MSP. La tabla Anexo 2.27. organiza la totalidad de menciones que tuvo cada herramienta y la frecuencia respecto del total de RRHH de las DDS. El 76 % señala que maneja herramientas informáticas (procesadores de texto, presentación por diapositivas, planillas de cálculo). El 65 % señala que maneja el Sistema de Gestión Humana (SGH). Prácticamente la mitad del total de los RRHH dice que maneja el SG-DEVISA, el sistema de expedientes Integrador y el GRP. La tabla Anexo 2.28 desagrega la información por DDS. En las DDS Colonia, Maldonado, Montevideo, río Negro, Salto, Tacuarembó y Treinta y Tres hay una persona en cada caso que no maneja ninguna de las herramientas (tal vez porque no le son necesarias para cumplir la función). Todos los funcionarios de Florida, Lavalleja, Paysandú y Soriano manejan estas herramientas; todos los de Lavalleja y Maldonado manejan SG-DEVISA; todos los de Lavalleja manejan Integrador y todos los de Florida manejan SGH.

Tabla Anexo 2.26. RRHH DDS. N.º de personas por áreas de experiencia. Frec. relativa por DDS. Set. 2020.

DDS	Actividad docente	Experiencia en Salud Pública	Experiencia en Salud Privada	Promoción	Salud Mental	Género, generaciones, familia, Violencias	Membresías	Actividad privada	Total RRH DDS	% Actividad docente	% Experiencia en Salud Pública	% Experiencia en Salud Privada	% Promoción	% Salud Mental	generaciones, familia, Violencias	% Membresías	% Actividad privada
DDS Artigas	2	3		1	1		1		9	22,22	33,33	0,00	11,11	11,11	0,00	11,11	0,00
DDS Canelón	3	6	3			1	1	1	17	17,65	35,29	17,65	0,00	0,00	5,88	5,88	5,88
DDS Cerro Largo		1	1					1	7	0,00	14,29	14,29	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00
DDS Colonia	1	2	3		1		1	3	11	9,09	18,18	27,27	0,00	9,09	0,00	9,09	27,27
DDS Durazno	1	1	1				1	1	6	16,67	16,67	16,67	0,00	0,00	0,00	16,67	16,67
DDS Flores	2	3	1		1	1		1	6	33,33	50,00	16,67	0,00	16,67	16,67	0,00	16,67
DDS Florida	1	4	1					2	7	14,29	57,14	14,29	0,00	0,00	0,00	0,00	28,57
DDS Lavalleja		2	2					1	4	0,00	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00
DDS Maldonado	2	4	2						9	22,22	44,44	22,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DDS Montevideo						1	1	1	8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,50	12,50	12,50
DDS Paysandú	4	2	1				1	2	10	40,00	20,00	10,00	0,00	0,00	0,00	10,00	20,00
DDS Río Negro		2	3						5	0,00	40,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DDS Rivera	1	1	3				1		11	9,09	9,09	27,27	0,00	0,00	0,00	9,09	0,00
DDS Rocha	2	2	2				1	2	6	33,33	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	16,67	33,33
DDS Salto	1	1	1			1	1	3	11	9,09	9,09	9,09	0,00	0,00	9,09	9,09	27,27
DDS San José	1		1			1	1	1	6	16,67	0,00	16,67	0,00	0,00	16,67	16,67	16,67
DDS Soriano			2			1	1	1	4	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	25,00	25,00	25,00
DDS Tacuarembó	3	2			1		2		9	33,33	22,22	0,00	0,00	11,11	0,00	22,22	0,00
DDS Treinta y Tres		1	2				1	1	4	0,00	25,00	50,00	0,00	0,00	0,00	25,00	25,00
TOTAL	24	37	29	1	4	6	15	20	150	16,00	24,67	19,33	0,67	2,67	4,00	10,00	13,33

Fuente: elaboración propia

Tabla Anexo 2.27. RRHH DDS. Distribución por habilidades y destrezas. Set. 2020.

Herramientas	Total de menciones	%
Informática	114	76
SG-DEVISA	78	52
Integradoc	72	48
Formularios	71	47
SGH	97	65
GRP	72	48
Ninguna	7	4,7
No contesta	5	3,3

Fuente: elaboración propia

Tabla Anexo 2.28. RRHH DDS. Distribución de habilidades y destrezas por DDS. Frecuencia relativa por DDS. Set. 2020.

DDS	Informática	SG-DEVISA	Integradoc	Formularios	SGH	GRP	Ninguna	No contesta	Total RRHH	% Informática	% SG-DEVISA	% Integradoc	% Formularios	% SGH	% GRP	% Ninguna	% No contesta
DDS Artigas	4	4	3	5	3	1			9	44,44	44,44	33,33	55,56	33,33	11,11	0	0
DDS Canelones	15	6	14	9	13	7		1	17	88,24	35,29	82,35	52,94	76,47	41,18	0	5,882
DDS Cerro Largo	3	3	1	3	5	3			7	42,86	42,86	14,29	42,86	71,43	42,86	0	0
DDS Colonia	8	2	2	5	7	2	1	1	11	72,73	18,18	18,18	45,45	63,64	18,18	9,091	9,091
DDS Durazno	4	2	3	2	3	2			6	66,67	33,33	50	33,33	50	33,33	0	0
DDS Flores	3	1	3	2	3	3			6	50	16,67	50	33,33	50	50	0	0
DDS Florida	7	8	6	3	7	5			7	100	114,3	85,71	42,86	100	71,43	0	0
DDS Lavalleja	4	4	4	3	3	3			4	100	100	100	75	75	75	0	0
DDS Maldonado	8	9	3	5	7	6	1		9	88,89	100	33,33	55,56	77,78	66,67	11,11	0
DDS Montevideo	5	4	3	4	5	3	1	2	8	62,5	50	37,5	50	62,5	37,5	12,5	25
DDS Paysandú	10	2	4	5	9	7			10	100	20	40	50	90	70	0	0
DDS Río Negro	4	2	3	4	4	4	1		5	80	40	60	80	80	80	20	0
DDS Rivera	7	4	5	5	6	4			11	63,64	36,36	45,45	45,45	54,55	36,36	0	0
DDS Rocha	5	5	4	3	4	4			6	83,33	83,33	66,67	50	66,67	66,67	0	0
DDS Salto	8	8	5	3	4	4	1		11	72,73	72,73	45,45	27,27	36,36	36,36	9,091	0
DDS San José	5	4	3	2	3	3		1	6	83,33	66,67	50	33,33	50	50	0	16,67
DDS Soriano	4	2	2	1	3	2			4	100	50	50	25	75	50	0	0
DDS Tacuarembó	8	6	3	6	5	7	1		9	88,89	66,67	33,33	66,67	55,56	77,78	11,11	0
DDS Treinta y Tre	2	2	1	1	3	2	1		4	50	50	25	25	75	50	25	0
TOTAL	114	78	72	71	97	72	7	5	150								

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en esta sección del Anexo dedicada a ampliar y profundizar en la información presentada en el capítulo sobre recursos humanos se presentan una serie de tablas y comentarios relativos a las tareas que se desarrollan en las DDS.

Tabla Anexo 2.29. RRHH DDS. Distribución de tareas por DDS. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Unidad de análisis	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18	T19	T20	T21	T22	T23	T24	T25	T26	T27	T28	T29	T30	T99	TOTAL
DDS ARTIGAS	1	4	5	3	3	5	0	4	4	2	4	5	0	1	2	0	4	2	1	1	6	1	2	5	3	0	4	2	5	1	1	81
DDS CANELONES	1	8	10	6	3	3	4	2	5	0	5	3	4	3	2	1	12	3	1	1	7	1	2	9	6	1	7	4	6	5	1	126
DDS CERRO LARGO	1	4	6	6	4	4	3	4	4	3	2	3	1	2	2	2	8	2	2	3	5	2	3	5	2	1	3	2	4	1	0	94
DDS COLONIA	1	4	6	7	1	2	3	4	2	1	4	2	1	1	2	3	6	3	2	4	5	1	1	2	2	2	6	2	4	1	1	86
DDS DURAZNO	1	3	2	2	1	1	0	1	2	1	2	2	2	3	2	2	4	2	0	0	2	1	2	3	2	0	2	0	2	2	0	49
DDS FLORES	1	4	4	2	2	3	1	3	2	1	3	3	1	1	1	3	5	5	1	1	4	1	0	3	2	0	4	4	4	2	0	71
DDS FLORIDA	0	2	4	2	2	3	2	4	2	0	1	3	2	2	2	4	6	3	1	1	4	2	2	4	4	1	6	5	5	3	0	82
DDS LAVALLEJA	1	2	2	3	3	3	2	2	3	0	3	3	2	2	1	3	3	1	2	2	4	1	1	3	2	2	3	2	4	2	0	67
DDS MALDONADO	0	5	6	5	3	3	3	5	3	2	3	2	3	2	2	1	7	2	2	1	5	1	3	4	3	4	6	4	4	3	0	97
DDS MONTEVIDEO	1	1	2	3	2	2	1	2	1	0	2	2	2	2	1	0	3	2	1	1	5	0	0	1	2	2	2	1	5	2	2	53
DDS PAYSANDÚ	2	5	6	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	2	1	6	3	4	3	4	3	1	6	1	2	7	3	8	2	0	95
DDS RIVERA	1	1	9	6	5	5	3	6	5	3	7	6	2	2	1	3	8	3	0	2	6	1	4	3	3	2	6	5	5	2	0	115
DDS ROCHA	0	3	3	2	1	1	2	2	1	1	1	0	2	2	1	2	3	1	0	0	5	2	2	3	2	1	4	3	3	3	1	57
DDS RÍO NEGRO	1	3	4	3	3	3	1	3	2	1	4	4	2	2	2	1	4	2	4	3	4	2	1	4	4	3	2	4	4	2	0	82
DDS SALTO	2	4	6	5	3	2	1	3	3	3	1	3	2	2	1	3	7	1	0	0	4	1	3	3	1	2	6	2	5	2	1	82
DDS SAN JOSÉ	1	2	3	3	2	4	2	4	2	0	3	3	2	2	3	1	4	4	4	3	4	1	3	3	3	3	4	2	4	3	1	83
DDS SORIANO	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	2	1	46
DDS TACUAREMBÓ	2	4	5	5	5	5	1	3	5	0	5	6	2	2	2	2	7	4	1	1	8	1	1	4	3	1	7	2	5	2	0	101
DDS TREINTA Y TRES	0	0	2	3	2	2	1	0	0	1	1	1	1	0	1	2	3	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	24
TOTAL	18	62	86	70	48	54	33	56	50	23	54	54	35	33	32	36	103	44	29	29	85	24	32	67	46	29	81	48	81	40	9	1491

T1 a T99= T1. Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos. /T2. Coordinación de reuniones, levantamiento de actas. /T3. Realizar inspecciones sanitarias. /T4. Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias. /T5. Elaborar informes de vigilancia epidemiológica. /T6. Investigar y monitorear casos y brotes epidemiológicos. /T7. Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud. /T8. Realizar controles e inspecciones del cumpl. de la normativa sanitaria por parte de los prestadores. /T9. Monitorear eventos de notificación obligatoria. /T10. Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras. /T11. Prevenir eventos epidemiológicos. /T12. Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores. /T13. Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios. /T14. Rendir fondo permanente, controlar facturas. /T15. Gestionar sistemas SGH. /T16. Manejar vehículo. /T17. Atender a los usuarios telefónica y presencialmente. /T18. Planificar y coordinar en conjunto con el CECOED. /T19. Planificar rondas rurales. /T20. Coordinar las ferias de salud rural. /T21. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades. /T22. Realizar el mantenimiento básico de la planta física coord. con los servicios correspondientes. /T23. Habilitar servicios de salud. /T24. Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos. /T25. Hacer el POA (plan operativo anual). /T26. Llevar la agenda de la unidad organizativa. /T27. Hacer informes técnicos /T28. Formular los compromisos de gestión. /T29. Asesorar y acompañar las actividades en territorio. /T30. Gestionar sistema GRP. /T99. No contesta

Fuente: Elaboración propia.

Tabla Anexo 2.30. RRHH DDS. Distribución de tareas por DDS. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Unidad de análisis	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18	T19	T20	T21	T22	T23	T24	T25	T26	T27	T28	T29	T30	T99	TOTAL
DDS ARTIGAS	1%	5%	6%	4%	4%	6%	0%	5%	5%	2%	5%	6%	0%	1%	2%	0%	5%	2%	1%	1%	7%	1%	2%	6%	4%	0%	5%	2%	6%	1%	1%	100%
DDS CANELONES	1%	6%	8%	5%	2%	2%	3%	2%	4%	0%	4%	2%	3%	2%	2%	1%	10%	2%	1%	1%	6%	1%	2%	7%	5%	1%	6%	3%	5%	4%	1%	100%
DDS CERRO LARGO	1%	4%	6%	6%	4%	4%	3%	4%	4%	3%	2%	3%	1%	2%	2%	2%	9%	2%	2%	3%	5%	2%	3%	5%	2%	1%	3%	2%	4%	1%	0%	100%
DDS COLONIA	1%	5%	7%	8%	1%	2%	3%	5%	2%	1%	5%	2%	1%	1%	2%	3%	7%	3%	2%	5%	6%	1%	1%	2%	2%	2%	7%	2%	5%	1%	1%	100%
DDS DURAZNO	2%	6%	4%	4%	2%	2%	0%	2%	4%	2%	4%	4%	4%	6%	4%	4%	8%	4%	0%	0%	4%	2%	4%	6%	4%	0%	4%	0%	4%	4%	0%	100%
DDS FLORES	1%	6%	6%	3%	3%	4%	1%	4%	3%	1%	4%	4%	1%	1%	1%	4%	7%	7%	1%	1%	6%	1%	0%	4%	3%	0%	6%	6%	6%	3%	0%	100%
DDS FLORIDA	0%	2%	5%	2%	2%	4%	2%	5%	2%	0%	1%	4%	2%	2%	2%	5%	7%	4%	1%	1%	5%	2%	2%	5%	5%	1%	7%	6%	6%	4%	0%	100%
DDS LAVALLEJA	1%	3%	3%	4%	4%	4%	3%	3%	4%	0%	4%	4%	3%	3%	1%	4%	4%	1%	3%	3%	6%	1%	1%	4%	3%	3%	4%	3%	6%	3%	0%	100%
DDS MALDONADO	0%	5%	6%	5%	3%	3%	3%	5%	3%	2%	3%	2%	3%	2%	2%	1%	7%	2%	2%	1%	5%	1%	3%	4%	3%	4%	6%	4%	4%	3%	0%	100%
DDS MONTEVIDEO	2%	2%	4%	6%	4%	4%	2%	4%	2%	0%	4%	4%	4%	4%	2%	0%	6%	4%	2%	2%	9%	0%	0%	2%	4%	4%	4%	2%	9%	4%	4%	100%
DDS PAYSANDÚ	2%	5%	6%	3%	2%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	2%	3%	1%	2%	1%	6%	3%	4%	3%	4%	3%	1%	6%	1%	2%	7%	3%	8%	2%	0%	100%
DDS RIVERA	1%	1%	8%	5%	4%	4%	3%	5%	4%	3%	6%	5%	2%	2%	1%	3%	7%	3%	0%	2%	5%	1%	3%	3%	3%	2%	5%	4%	4%	2%	0%	100%
DDS ROCHA	0%	5%	5%	4%	2%	2%	4%	4%	2%	2%	2%	0%	4%	4%	2%	4%	5%	2%	0%	0%	9%	4%	4%	5%	4%	2%	7%	5%	5%	5%	2%	100%
DDS RÍO NEGRO	1%	4%	5%	4%	4%	4%	1%	4%	2%	1%	5%	5%	2%	2%	2%	1%	5%	2%	5%	4%	5%	2%	1%	5%	5%	4%	2%	5%	5%	2%	0%	100%
DDS SALTO	2%	5%	7%	6%	4%	2%	1%	4%	4%	4%	1%	4%	2%	2%	1%	4%	9%	1%	0%	0%	5%	1%	4%	4%	1%	2%	7%	2%	6%	2%	1%	100%
DDS SAN JOSÉ	1%	2%	4%	4%	2%	5%	2%	5%	2%	0%	4%	4%	2%	2%	4%	1%	5%	5%	5%	4%	5%	1%	4%	4%	4%	4%	5%	2%	5%	4%	1%	100%
DDS SORIANO	2%	7%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	4%	4%	7%	2%	4%	4%	4%	4%	2%	2%	2%	4%	4%	2%	7%	4%	2%	100%
DDS TACUAREMBO	2%	4%	5%	5%	5%	5%	1%	3%	5%	0%	5%	6%	2%	2%	2%	2%	7%	4%	1%	1%	8%	1%	1%	4%	3%	1%	7%	2%	5%	2%	0%	100%
DDS TREINTA Y TRES	0%	0%	8%	13%	8%	8%	4%	0%	0%	4%	4%	4%	4%	0%	4%	8%	13%	0%	4%	0%	4%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	100%
TOTAL	1%	4%	6%	5%	3%	4%	2%	4%	3%	2%	4%	4%	2%	2%	2%	2%	7%	3%	2%	2%	6%	2%	2%	4%	3%	2%	5%	3%	5%	3%	1%	100%

T1 a T99= T1. Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos. /T2. Coordinación de reuniones, levantamiento de actas. /T3. Realizar inspecciones sanitarias. /T4. Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias. /T5. Elaborar informes de vigilancia epidemiológica. /T6. Investigar y monitorear casos y brotes epidemiológicos. /T7. Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud. /T8. Realizar controles e inspecciones del cumpl. de la normativa sanitaria por parte de los prestadores. /T9. Monitorear eventos de notificación obligatoria. /T10. Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras. /T11. Prevenir eventos epidemiológicos. /T12. Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores. /T13. Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios. /T14. Rendir fondo permanente, controlar facturas. /T15. Gestionar sistemas SGH. /T16. Manejar vehículo. /T17. Atender a los usuarios telefónica y presencialmente. /T18. Planificar y coordinar en conjunto con el CECEOED. /T19. Planificar rondas rurales. /T20. Coordinar las ferias de salud rural. /T21. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades. /T22. Realizar el mantenimiento básico de la planta física coord. con los servicios correspondientes. /T23. Habilitar servicios de salud. /T24. Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos. /T25. Hacer el POA (plan operativo anual). /T26. Llevar la agenda de la unidad organizativa. /T27. Hacer informes técnicos /T28. Formular los compromisos de gestión. /T29. Asesorar y acompañar las actividades en territorio. /T30. Gestionar sistema GRP. /T99. No contesta

Fuente: Elaboración propia

Tabla Anexo 2.31. RRHH DDS. Distribución tareas según departamento. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Unidad de análisis	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18	T19	T20	T21	T22	T23	T24	T25	T26	T27	T28	T29	T30	T99	TOTAL
DDS ARTIGAS	6%	6%	6%	4%	6%	9%	0%	7%	8%	9%	7%	9%	0%	3%	6%	0%	4%	5%	3%	3%	7%	4%	6%	7%	7%	0%	5%	4%	6%	3%	11%	5%
DDS CANELONES	6%	13%	12%	9%	6%	6%	12%	4%	10%	0%	9%	6%	11%	9%	6%	3%	12%	7%	3%	3%	8%	4%	6%	13%	13%	3%	9%	8%	7%	13%	11%	8%
DDS CERRO LARGO	6%	6%	7%	9%	8%	7%	9%	7%	8%	13%	4%	6%	3%	6%	6%	6%	8%	5%	7%	10%	6%	8%	9%	7%	4%	3%	4%	4%	5%	3%	0%	6%
DDS COLONIA	6%	6%	7%	10%	2%	4%	9%	7%	4%	4%	7%	4%	3%	3%	6%	8%	6%	7%	7%	14%	6%	4%	3%	3%	4%	7%	7%	4%	5%	3%	11%	6%
DDS DURAZNO	6%	5%	2%	3%	2%	2%	0%	2%	4%	4%	4%	4%	6%	9%	6%	6%	4%	5%	0%	0%	2%	4%	6%	4%	4%	0%	2%	0%	2%	5%	0%	3%
DDS FLORES	6%	6%	5%	3%	4%	6%	3%	5%	4%	4%	6%	6%	3%	3%	3%	8%	5%	11%	3%	3%	5%	4%	0%	4%	4%	0%	5%	8%	5%	5%	0%	5%
DDS FLORIDA	0%	3%	5%	3%	4%	6%	6%	7%	4%	0%	2%	6%	6%	6%	6%	11%	6%	7%	3%	3%	5%	8%	6%	6%	9%	3%	7%	10%	6%	8%	0%	5%
DDS LAVALLEJA	6%	3%	2%	4%	6%	6%	6%	4%	6%	0%	6%	6%	6%	6%	3%	8%	3%	2%	7%	7%	5%	4%	3%	4%	4%	7%	4%	4%	5%	5%	0%	4%
DDS MALDONADO	0%	8%	7%	7%	6%	6%	9%	9%	6%	9%	6%	4%	9%	6%	6%	3%	7%	5%	7%	3%	6%	4%	9%	6%	7%	14%	7%	8%	5%	8%	0%	7%
DDS MONTEVIDEO	6%	2%	2%	4%	4%	4%	3%	4%	2%	0%	4%	4%	6%	6%	3%	0%	3%	5%	3%	3%	6%	0%	0%	1%	4%	7%	2%	2%	6%	5%	22%	4%
DDS PAYSANDÚ	11%	8%	7%	4%	4%	4%	6%	5%	6%	13%	4%	4%	9%	3%	6%	3%	6%	7%	14%	10%	5%	13%	3%	9%	2%	7%	9%	6%	10%	5%	0%	6%
DDS RIVERA	6%	2%	10%	9%	10%	9%	9%	11%	10%	13%	13%	11%	6%	6%	3%	8%	8%	7%	0%	7%	7%	4%	13%	4%	7%	7%	7%	10%	6%	5%	0%	8%
DDS ROCHA	0%	5%	3%	3%	2%	2%	6%	4%	2%	4%	2%	0%	6%	6%	3%	6%	3%	2%	0%	0%	6%	8%	6%	4%	4%	3%	5%	6%	4%	8%	11%	4%
DDS RÍO NEGRO	6%	5%	5%	4%	6%	6%	3%	5%	4%	4%	7%	7%	6%	6%	6%	3%	4%	5%	14%	10%	5%	8%	3%	6%	9%	10%	2%	8%	5%	5%	0%	5%
DDS SALTO	11%	6%	7%	7%	6%	4%	3%	5%	6%	13%	2%	6%	6%	6%	3%	8%	7%	2%	0%	0%	5%	4%	9%	4%	2%	7%	7%	4%	6%	5%	11%	5%
DDS SAN JOSÉ	6%	3%	3%	4%	4%	7%	6%	7%	4%	0%	6%	6%	6%	6%	9%	3%	4%	9%	14%	10%	5%	4%	9%	4%	7%	10%	5%	4%	5%	8%	11%	6%
DDS SORIANO	6%	5%	1%	1%	2%	2%	3%	2%	2%	4%	2%	2%	3%	3%	6%	6%	3%	2%	7%	7%	2%	8%	3%	1%	2%	7%	2%	2%	4%	5%	11%	3%
DDS TACUAREMBÓ	11%	6%	6%	7%	10%	9%	3%	5%	10%	0%	9%	11%	6%	6%	6%	6%	7%	9%	3%	3%	9%	4%	3%	6%	7%	3%	9%	4%	6%	5%	0%	7%
DDS TREINTA Y TRES	0%	0%	2%	4%	4%	4%	3%	0%	0%	4%	2%	2%	3%	0%	3%	6%	3%	0%	3%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	2%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

T1 a T99= T1. Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos. /T2. Coordinación de reuniones, levantamiento de actas. /T3. Realizar inspecciones sanitarias. /T4. Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias. /T5. Elaborar informes de vigilancia epidemiológica. /T6. Investigar y monitorear casos y brotes epidemiológicos. /T7. Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud. /T8. Realizar controles e inspecciones del cumpl. de la normativa sanitaria por parte de los prestadores. /T9. Monitorear eventos de notificación obligatoria. /T10. Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras. /T11. Prevenir eventos epidemiológicos. /T12. Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores. /T13. Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios. /T14. Rendir fondo permanente, controlar facturas. /T15. Gestionar sistemas SGH. /T16. Manejar vehículo. /T17. Atender a los usuarios telefónica y presencialmente. /T18. Planificar y coordinar en conjunto con el CECOED. /T19. Planificar rondas rurales. /T20. Coordinar las ferias de salud rural. /T21. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades. /T22. Realizar el mantenimiento básico de la planta física coord. con los servicios correspondientes. /T23. Habilitar servicios de salud. /T24. Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos. /T25. Hacer el POA (plan operativo anual). /T26. Llevar la agenda de la unidad organizativa. /T27. Hacer informes técnicos /T28. Formular los compromisos de gestión. /T29. Asesorar y acompañar las actividades en territorio. /T30. Gestionar sistema GRP. /T99. No contesta

Fuente:

elaboración

propia.

Tabla Anexo 2.32. RRHH DDS. Distribución de Grupos por DDS. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Unidad de análisis	Tareas de dirección	Tareas de administración	Tareas de Epidemiología	Tareas de Promoción y Prevención	T. Registro, Control, Inspección y Habilitac.	Tareas de Transporte	Tareas de Planificación de la DDS	Hacer informes técnicos	Asesoramiento de activ. en territorio	No_contesta	Total
DDS ARTIGAS	3	18	23	13	9	0	5	4	5	1	81
DDS CANELONES	4	45	19	19	14	1	10	7	6	1	126
DDS CERRO LARGO	3	26	20	16	16	2	4	3	4	0	94
DDS COLONIA	4	20	12	17	15	3	4	6	4	1	86
DDS DURAZNO	3	20	9	4	5	2	2	2	2	0	49
DDS FLORES	6	18	14	10	6	3	6	4	4	0	71
DDS FLORIDA	3	24	11	10	10	4	9	6	5	0	82
DDS LAVALLEJA	2	18	15	10	8	3	4	3	4	0	67
DDS MALDONADO	2	31	16	14	16	1	7	6	4	0	97
DDS MONTEVIDEO	3	14	9	9	6	0	3	2	5	2	53
DDS PAYSANDÚ	5	30	14	17	9	1	4	7	8	0	95
DDS RIVERA	4	22	31	17	19	3	8	6	5	0	115
DDS ROCHA	1	20	5	8	8	2	5	4	3	1	57
DDS RÍO NEGRO	3	24	17	15	8	1	8	2	4	0	82
DDS SALTO	3	24	15	10	12	3	3	6	5	1	82
DDS SAN JOSÉ	5	23	14	14	12	1	5	4	4	1	83
DDS SORIANO	2	17	6	7	4	2	2	2	3	1	46
DDS TACUAREMBÓ	6	25	26	15	10	2	5	7	5	0	101
DDS TREINTA Y TRES	0	6	7	4	4	2	0	0	1	0	24
Total	62	425	283	229	191	36	94	81	81	9	1491

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.33. RRHH DDS. Distribución de tareas por DDS. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Unidad de análisis	Dirección	Administración	Epidemiología	Prom. preven.	Registro control, inspecc. Habilit.	Transporte	Planificación	Otras tareas técnicas	Asesorar y acomp. activ. en territorio	N/C	Tot
DDS ARTIGAS	5%	4%	8%	6%	5%	0%	5%	5%	6%	11%	5%
DDS CANELONES	6%	11%	7%	8%	7%	3%	11%	9%	7%	11%	8%
DDS CERRO LARGO	5%	6%	7%	7%	8%	6%	4%	4%	5%	0%	6%
DDS COLONIA	6%	5%	4%	7%	8%	8%	4%	7%	5%	11%	6%
DDS DURAZNO	5%	5%	3%	2%	3%	6%	2%	2%	2%	0%	3%
DDS FLORES	10%	4%	5%	4%	3%	8%	6%	5%	5%	0%	5%
DDS FLORIDA	5%	6%	4%	4%	5%	11%	10%	7%	6%	0%	5%
DDS LAVALLEJA	3%	4%	5%	4%	4%	8%	4%	4%	5%	0%	4%
DDS MALDONADO	3%	7%	6%	6%	8%	3%	7%	7%	5%	0%	7%
DDS MONTEVIDEO	5%	3%	3%	4%	3%	0%	3%	2%	6%	22%	4%
DDS PAYSANDÚ	8%	7%	5%	7%	5%	3%	4%	9%	10%	0%	6%
DDS RIVERA	6%	5%	11%	7%	10%	8%	9%	7%	6%	0%	8%
DDS ROCHA	2%	5%	2%	3%	4%	6%	5%	5%	4%	11%	4%
DDS RÍO NEGRO	5%	6%	6%	7%	4%	3%	9%	2%	5%	0%	5%
DDS SALTO	5%	6%	5%	4%	6%	8%	3%	7%	6%	11%	5%
DDS SAN JOSÉ	8%	5%	5%	6%	6%	3%	5%	5%	5%	11%	6%
DDS SORIANO	3%	4%	2%	3%	2%	6%	2%	2%	4%	11%	3%
DDS TACUAREMBÓ	10%	6%	9%	7%	5%	6%	5%	9%	6%	0%	7%
DDS TREINTA Y TRES	0%	1%	2%	2%	2%	6%	0%	0%	1%	0%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.34. RRHH DDS. Distribución de tareas según sus estudios. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Hizo o está haciendo estudios terciarios				
Unidades de análisis: tareas según formación	No	Sí	NA/N	TOTAL
N° 1. Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos.	1	17	0	18
N° 2. Coordinación de reuniones, levantamiento de actas.	9	53	0	62
N° 3. Realizar inspecciones sanitarias.	18	68	0	86
N° 4. Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias.	18	52	0	70
N° 5. Elaborar informes de vigilancia epidemiológica.	8	40	0	48
N° 6. Investigar y monitoreas casos y brotes epidemiológicos.	10	44	0	54
N° 7. Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud.	5	28	0	33
N° 8. Realizar controles e inspecciones del cumpl. de la normativa sanitaria por parte de los prestadores.	10	46	0	56
N° 9. Monitorear eventos de notificación obligatoria.	8	41	1	50
N° 10. Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras.	3	20	0	23
N° 11. Prevenir eventos epidemiológicos.	12	42	0	54
N° 12. Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores.	12	41	1	54
N° 13. Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios.	14	21	0	35
N° 14. Rendir fondo permanente, controlar facturas.	14	19	0	33
N° 15. Gestionar sistemas SGH.	9	23	0	32
N° 16. Manejar vehículo.	15	20	1	36
N° 17. Atender a los usuarios telefónica y presencialmente.	32	71	0	103
N° 18. Planificar y coordinar en conjunto con el CECOED.	7	37	0	44
N° 19. Planificar rondas rurales.	6	23	0	29
N° 20. Coordinar las ferias de salud rural.	4	25	0	29
N° 21. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	13	72	0	85
N° 22. Realizar el mantenimiento básico de la planta física coord. con los servicios correspondientes.	10	14	0	24
N° 23. Habilitar servicios de salud.	9	23	0	32
N° 24. Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos.	24	43	0	67
N° 25. Hacer el POA (plan operativo anual).	8	38	0	46
N° 26. Llevar la agenda de la unidad organizativa.	8	21	0	29
N° 27. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	11	70	0	81
N° 28. Formular los compromisos de gestión.	9	39	0	48
N° 29. Asesorar y acompañar las actividades en territorio.	17	64	0	81
N° 30. Gestionar sistema GRP.	16	24	0	40
N° 99. No contesta	0	4	5	9
TOTAL	340	1143	8	1491

Fuente: elaboración propia.

Tabla Anexo 2.35. RRHH DDS. Distribución de tareas según sus estudios. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Hizo o está haciendo estudios terciarios Unidad de análisis	No	Sí	NA/NC	TOTAL
N° 1. Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos.	1%	11%	0%	12%
N° 2. Coordinación de reuniones, levantamiento de actas.	6%	35%	0%	41%
N° 3. Realizar inspecciones sanitarias.	12%	45%	0%	57%
N° 4. Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias.	12%	35%	0%	47%
N° 5. Elaborar informes de vigilancia epidemiológica.	5%	27%	0%	32%
N° 6. Investigar y monitoreas casos y brotes epidemiológicos.	7%	29%	0%	36%
N° 7. Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud.	3%	19%	0%	22%
N° 8. Realizar controles e inspecciones del cumpl. de la normativa sanitaria por parte de los prestadores.	7%	31%	0%	37%
N° 9. Monitorear eventos de notificación obligatoria.	5%	27%	1%	33%
N° 10. Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras.	2%	13%	0%	15%
N° 11. Prevenir eventos epidemiológicos.	8%	28%	0%	36%
N° 12. Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores.	8%	27%	1%	36%
N° 13. Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios.	9%	14%	0%	23%
N° 14. Rendir fondo permanente, controlar facturas.	9%	13%	0%	22%
N° 15. Gestionar sistemas SGH.	6%	15%	0%	21%
N° 16. Manejar vehículo.	10%	13%	1%	24%
N° 17. Atender a los usuarios telefónica y presencialmente.	21%	47%	0%	69%
N° 18. Planificar y coordinar en conjunto con el CECEOED.	5%	25%	0%	29%
N° 19. Planificar rondas rurales.	4%	15%	0%	19%
N° 20. Coordinar las ferias de salud rural.	3%	17%	0%	19%
N° 21. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	9%	48%	0%	57%
N° 22. Realizar el mantenimiento básico de la planta física coord. con los servicios correspondientes.	7%	9%	0%	16%
N° 23. Habilitar servicios de salud.	6%	15%	0%	21%
N° 24. Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos.	16%	29%	0%	45%
N° 25. Hacer el POA (plan operativo anual).	5%	25%	0%	31%
N° 26. Llevar la agenda de la unidad organizativa.	5%	14%	0%	19%
N° 27. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	7%	47%	0%	54%
N° 28. Formular los compromisos de gestión.	6%	26%	0%	32%
N° 29. Asesorar y acompañar las actividades en territorio.	11%	43%	0%	54%
N° 30. Gestionar sistema GRP.	11%	16%	0%	27%
N° 99. No contesta	0%	3%	3%	6%

Tabla 7nexo 2.36. RRHH DDS. Distribución de tareas según sus estudios. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Hizo o está haciendo estudios terciarios				
Unidad de análisis	No	Sí	NA/NC	TOTAL
N° 1. Convocar y auditar historias clínicas de fallecidos de 15 años y menos.	0%	1%	0%	1%
N° 2. Coordinación de reuniones, levantamiento de actas.	3%	5%	0%	4%
N° 3. Realizar inspecciones sanitarias.	5%	6%	0%	6%
N° 4. Fiscalizar Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), ópticas y farmacias.	5%	5%	0%	5%
N° 5. Elaborar informes de vigilancia epidemiológica.	2%	3%	0%	3%
N° 6. Investigar y monitoreas casos y brotes epidemiológicos.	3%	4%	0%	4%
N° 7. Fiscalizar el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores de salud.	1%	2%	0%	2%
N° 8. Realizar controles e inspecciones del cumpl. de la normativa sanitaria por parte de los prestadores.	3%	4%	0%	4%
N° 9. Monitorear eventos de notificación obligatoria.	2%	4%	33%	3%
N° 10. Ejercer la vigilancia de sanidad de fronteras.	1%	2%	0%	2%
N° 11. Prevenir eventos epidemiológicos.	4%	4%	0%	4%
N° 12. Coordinar y ejecutar estrategias de radicación de vectores.	4%	4%	33%	4%
N° 13. Solicitar insumos de oficina, anticipo de fondos y pago de servicios.	4%	2%	0%	2%
N° 14. Rendir fondo permanente, controlar facturas.	4%	2%	0%	2%
N° 15. Gestionar sistemas SGH.	3%	2%	0%	2%
N° 16. Manejar vehículo.	4%	2%	33%	2%
N° 17. Atender a los usuarios telefónica y presencialmente.	9%	6%	0%	7%
N° 18. Planificar y coordinar en conjunto con el CECEOED.	2%	3%	0%	3%
N° 19. Planificar rondas rurales.	2%	2%	0%	2%
N° 20. Coordinar las ferias de salud rural.	1%	2%	0%	2%
N° 21. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	4%	6%	0%	6%
N° 22. Realizar el mantenimiento básico de la planta física coord. con los servicios correspondientes.	3%	1%	0%	2%
N° 23. Habilitar servicios de salud.	3%	2%	0%	2%
N° 24. Recibir y gestionar expedientes papel y electrónicos.	7%	4%	0%	4%
N° 25. Hacer el POA (plan operativo anual).	2%	3%	0%	3%
N° 26. Llevar la agenda de la unidad organizativa.	2%	2%	0%	2%
N° 27. Coordinar y ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.	3%	6%	0%	5%
N° 28. Formular los compromisos de gestión.	3%	3%	0%	3%
N° 29. Asesorar y acompañar las actividades en territorio.	5%	6%	0%	5%
N° 30. Gestionar sistema GRP.	5%	2%	0%	3%
N° 99. No contesta	0%	0%	100%	1%
Total	100%	100%	100%	100%

Tabla Anexo 2.37. RRHH DDS. Distribución de Grupos según sus estudios. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Hizo o está haciendo estudios terciarios				
Unidad de análisis	No	Sí	NA/NC	TOTAL
Tareas de dirección	8	54	0	62
Tareas de administración	136	289	0	425
Tareas de Epidemiología	53	228	2	283
Tareas de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades	41	188	0	229
Tareas relativas a Registro, Control, Inspección y Habilitaciones	42	149	0	191
Tareas de Transporte	15	20	1	36
Tareas de Planificación de la DDS	17	77	0	94
Hacer informes técnicos	11	70	0	81
Asesorar y acompañar las actividades en territorio	17	64	0	81
No contesta	0	4	5	9
TOTAL	340	1143	8	1491

Tabla 8 RRHH DDS. Distribución de grupos de tareas según categorías de formación. Frecuencia relativa. Set. 2020.

Hizo o está haciendo estudios terciarios				
Unidad de análisis	No	Sí	NA/NC	TOTAL
Tareas de dirección	13%	87%	0%	100%
Tareas de administración	32%	68%	0%	100%
Tareas de Epidemiología	19%	81%	1%	100%
Tareas de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades	18%	82%	0%	100%
Tareas relativas a Registro, Control, Inspección y Habilitaciones	22%	78%	0%	100%
Tareas de Transporte	42%	56%	3%	100%
Tareas de Planificación de la DDS	18%	82%	0%	100%
Hacer informes técnicos	14%	86%	0%	100%
Asesorar y acompañar las actividades en territorio	21%	79%	0%	100%
No_contesta	0%	44%	56%	100%
TOTALES	23%	77%	0%	100%

Tabla Anexo 2.39. RRHH DDS. Distribución de Grupos según sus estudios. Frecuencia absoluta. Set. 2020.

Hizo o está haciendo estudios terciarios				
Unidad de análisis	No	Sí	NA/NC	TOTAL
Tareas de dirección	2%	5%	0%	4%
Tareas de administración	40%	25%	0%	29%
Tareas de Epidemiología	16%	20%	67%	19%
Tareas de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades	12%	16%	0%	15%
Tareas relativas a Registro, Control, Inspección y Habilitaciones	12%	13%	0%	13%
Tareas de Transporte	4%	2%	33%	2%
Tareas de Planificación de la DDS	5%	7%	0%	6%
Hacer informes técnicos	3%	6%	0%	5%
Asesorar y acompañar las actividades en territorio	5%	6%	0%	5%
No contesta	0%	0%	100%	1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Anexo 3: Recursos materiales

Ficha técnica

En el caso de los recursos materiales (RRMM), dado que las DDS cuentan con la información desde 2018 en sistema GRP, se solicitó asesoramiento a la encargada de este proyecto para obtener información de datos ya recopilados previamente por ese sector como base de partida para el análisis posterior.

Mediante descarga en dicho sistema se obtuvieron planillas Excel, que se enviaron y procesaron para cada DDS, con solicitud de llenado correspondiente y posterior remisión vía mail. Los datos a recabar giraron en torno a identificación del tipo y número de recurso material, ubicación en el departamento, estado y funcionamiento del mismo si corresponde. En la primera quincena de agosto de 2020 se completó este proceso de obtención de información de partida, elaboración de planillas para recabar información y envío a cada DDS.

En la segunda quincena de agosto se realizó el monitoreo de respuestas, recepción y control de calidad de datos. Se realizó una orientación y seguimiento telefónico personalizado a cada DDS sobre la remisión de los datos para que se ajustaran a los tiempos programados.

Para el análisis de los datos, en la primera quincena de setiembre de 2020, se procedió en forma genérica y en forma particular por cada DDS. Se construyeron tablas para identificar el estado del activo y la situación actual del activo. Se definió la categoría de análisis «evolución del estado del activo» para comparar el estado del activo según el inventario 2018 con lo reportado por la DDS y así identificar hábitos de conservación y cuidado. Se definió la categoría de análisis «redistribución de activos» para identificar los activos en buen estado que están en desuso con la finalidad de gestionar un fondo de materiales disponibles. Se definió la categoría de análisis «distribución de activos» para estudiar disponibilidad de mobiliario por funcionario para la realización de su tarea. Finalmente se definió la categoría de análisis «variación de activos» para dar cuenta del aumento, invariabilidad o reducción de activos.

En cuanto al equipamiento informático se utilizó la base de datos con la que cuenta el Área de Gobierno Electrónico del MSP sobre equipamiento informático de cada DDS para lo cual se obtuvo asesoramiento y remisión de información por parte de los funcionarios de esa área perteneciente a MSP central.

Mediante dicho sistema se generaron planillas Excel, que se enviaron y procesaron para cada DDS, con solicitud de llenado correspondiente y posterior remisión vía mail. Los datos a recabar giraron en torno a identificación de la unidad, ubicación, estado y situación actual. En

la primera quincena de agosto de 2020 se completó este proceso de obtención de información de partida, elaboración de planillas para recabar información y envío a cada DDS.

En la segunda quincena de agosto se realizó una orientación y seguimiento personalizado telefónico a cada DDS sobre la remisión de los datos para que se ajustaran a los tiempos programados.

Para el análisis de los datos, en la primera quincena de setiembre se procedió en forma genérica y en forma particular por cada DDS. Se construyeron tablas para identificar el estado y la situación. Se definió la categoría de análisis «redistribución de equipos informáticos» para identificar los que están en buen estado y en desuso, con la finalidad de gestionar un fondo de materiales disponibles. Se definió la categoría de análisis «distribución de equipos informáticos» para estudiar disponibilidad de equipamiento por funcionario para la realización de su tarea. Finalmente se definió la categoría de análisis «variación de equipamiento informático» para dar cuenta del aumento, invariabilidad o reducción de tales equipos.

Cabe señalar que en las planillas correspondientes se reportó “No está” cuando el activo (mobiliario, equipamiento informático, otros) presente en el inventario 2018 no aparece en la planilla reportada por la DDS para 2020. En estos casos se tomó nota para un seguimiento del tema.

En cuanto a la actualización de datos de choferes y vehículos de las DDS se tomó como base de datos de partida los archivos Excel existentes en DIGECOOR. Dicha base de datos se envió al Departamento de Transporte para actualizar y/o agregar datos faltantes. Se enviaron a las DDS para que cada una corroborara los datos e hiciera la devolución correspondiente. Los datos a recabar giraron en torno a identificación de los vehículos existentes, kilometraje actual, choferes autorizados con correspondiente fecha de vencimiento de licencia de conducir. En la primera quincena de agosto de 2020 se completó este proceso de obtención de información de partida, elaboración de planillas para recabar información y envío a cada DDS.

En la segunda quincena de agosto fue necesario insistir al Departamento de Transporte para el chequeo de la información enviada. Luego se realizó una orientación y seguimiento telefónico personalizado a cada DDS sobre la remisión de los datos para que se ajustaran a los tiempos programados.

Para el análisis de los datos, en la primera quincena de setiembre se definió la categoría «rol chofer» para relacionar el rol del chofer con la función y formación del recurso humano. Se definió también la categoría «tenencia de llave electrónica» para identificar el manejo en condiciones habilitantes y seguras.

En lo que refiere a las sedes la recolección de datos sobre las sedes de las direcciones departamentales de Salud se hizo por medio de una planilla Excel elaborada con base en fuentes documentales previas de la DIGECOOR con información al respecto.

Se definieron las siguientes variables y categorías para la actualización de datos:

Situación. Con las categorías «alquilada», «propia», «comodato» y «préstamo» se dio cuenta de la situación contractual de las sedes.

Estado. Con las categorías «sin reparaciones» y «con reparaciones» se dio cuenta del estado de conservación y mantenimiento de cada sede.

Tipo. Esta variable se completó para el caso de haber elegido «con reparaciones» para optar por «edilicia», «eléctrica», «sanitaria», «carpintería», «otros» para dar cuenta del rubro principal en el cual caen las reparaciones a realizar.

Observaciones. Variable tipo *string* para detallar el tipo de reparación en particular según las categorías de la variable *Tipo*.

Para el caso de las sedes con situación contractual «alquilada» se definieron *Fecha de firma de contrato*, *Plazo del contrato* y *Monto de alquiler*.

Garaje. Esta variable dio cuenta de la situación contractual del activo asumiendo las categorías «alquilado», «propio», «préstamos», «no aplica», «comodato».

Una primera recolección de datos se realizó en el marco de una consulta específica sobre el estado de sedes que se realizó en el mes de junio de 2020. En el mismo período se solicitó al Dpto. Notarial del MSP la situación contractual y monto del alquiler de cada una de ellas. A través de correos electrónicos y contacto telefónico se completó la recolección de la información.

El análisis de datos para observar las siguientes categorías se realizó en el mes de setiembre:

*Número de sedes propias

*Número de sedes alquiladas

*Promedio de montos de alquiler

*Sedes alquiladas con reparaciones y tipo de reparación

*Sedes propias con reparaciones y tipo de reparación

Complemento de la presentación y análisis de datos

Sobre la evolución del estado de los activos.

Tabla Anexo 3.1. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Artigas.

ARTIGAS	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	100	-	-	-
Estado actual en %	63	37	-	-

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Artigas.

Tabla Anexo 3.2. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Canelones-Ciudad de la Costa.

CANELONES C. DE LA COSTA	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	48	38	14	-
Estado actual en %	86	10	-	4

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Canelones.

Tabla Anexo 3.3. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Canelones-Las Piedras.

CANELONES LAS PIEDRAS	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	76	15	9	-
Estado actual en %	97	-	3	-

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Canelones.

Tabla Anexo 3.4. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Cerro Largo.

CERRO LARGO	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	100	-	-	-
Estado actual en %	76	22	1	-

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Cerro Largo.

Tabla Anexo 3.5. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Colonia.

COLONIA	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	95	-	5	-
Estado actual en %	83	3	3	11

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Colonia.

Tabla Anexo 3.6. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Durazno.

DURAZNO	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	2	98	-	-
Estado actual en %	99.5	0.5	-	-

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Durazno.

Tabla Anexo 3.7. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Flores.

FLORES	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	63.5	30	6.5	-
Estado actual en %	61.5	29	4	5.5

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Flores.

Tabla Anexo 3.8. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Florida.

FLORIDA	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	86	7	7	-
Estado actual en %	86	8	6	-

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Florida.

Tabla Anexo 3.9. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Lavalleja.

LAVALLEJA	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	97	3	-	-
Estado actual en %	83	14	3	-

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Lavalleja.

Tabla Anexo 3.10. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Maldonado.

MALDONADO	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	65	35	-	-
Estado actual en %	70	5	-	25

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Maldonado.

Tabla Anexo 3.11. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Montevideo.

MONTEVIDEO	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	87	10	3	-
Estado actual en %	80	-	-	20

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Montevideo.

Tabla Anexo 3.12. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Paysandú.

PAYSANDÚ	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	96	-	4	-
Estado actual en %	76	14	7	2

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Paysandú.

Tabla Anexo 3.13. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Río Negro.

RÍO NEGRO	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	79.5	20.5	-	-
Estado actual en %	90	1	9	-

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Río Negro.

Tabla Anexo 3.14. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Rivera.

RIVERA	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	91	9	-	-
Estado actual en %	91	6	1.5	1.5

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Rivera.

Tabla Anexo 3.15. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Rocha.

ROCHA	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	6	94	-	-
Estado actual en %	10	74	8	8

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Rocha.

Tabla Anexo 3.16. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Salto

SALTO	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	61.5	31	7.5	-
Estado actual en %	82	11	3	4

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Salto.

Tabla Anexo 3.17. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. San José.

SAN JOSÉ	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	58	36	6	-
Estado actual en %	27	48	13	12

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS San José.

Tabla Anexo 3.18. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Soriano.

SORIANO	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	88	11	1	-
Estado actual en %	45	53	1	1

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Soriano.

Tabla Anexo 3.19. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Tacuarembó.

TACUAREMBÓ	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	94	4	2	-
Estado actual en %	77.5	-	3	19.5

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Tacuarembó.

Tabla Anexo 3.20. Evolución del estado de activos (en porcentaje). Período 2018-2020. Treinta y Tres.

TREINTA Y TRES	BUENO	REGULAR	MALO	NO ESTÁ
Estado anterior en %	57	13.5	29.5	-
Estado actual en %	68	16	7	9

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Treinta y Tres.

Tabla Anexo 3.21. Activos. Resumen evolución del estado en el período 2018-2020. DDS.

INVENTARIO	TOTAL ACTIVOS EN N°	BUENO %	REGULAR %	MALO%	NO ESTÁ%
ANTERIOR	1981	77%	19%	4%	
ACTUAL	1981	74%	16%	4%	6%

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por todas las DDS.

Sobre la variación de activos en cuanto a lo que aumenta o disminuye fruto de la comparación entre el inventario GRP de 2018 y los planillados entregados por cada DDS.

Tabla Anexo 3.22. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Artigas.

ARTIGAS	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	0	0	

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Artigas.

Tabla Anexo 3.23. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Canelones-C. de la Costa.

CANELONES C. DE LA COSTA	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	15	4	Se aclara que la falta de 1 frigobar es por haberlo ingresado 2 veces por error GRP en 2018 y que siempre tuvieron 1.

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Canelones.

Tabla Anexo 3.24. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Canelones-Las Piedras.

CANELONES LAS PIEDRAS	ANTERIO R	AUMENT O	DISMINUCIÓ N	OBSERVACIONES
%	100	0	0	

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Canelones.

Tabla Anexo 3.25. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Cerro Largo.

CERRO LARGO	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	0	0	

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Cerro Largo.

Tabla Anexo 3.26. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Colonia.

COLONIA	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	3	11	Se aclara que 2 activos no pertenecían a la DDS y se devolvieron a la RAP. 1 se desechó por rotura y 4 no se pudo identificar el por qué “no están”

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Colonia.

Tabla Anexo 3.27. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Durazno.

DURAZNO	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	4	0	0

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Durazno.

Tabla Anexo 3.28. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Flores.

FLORES	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	18	5.5	Se aclara que no se identifican muebles que “no están”

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Flores.

Tabla Anexo 3.29. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Florida.

FLORIDA	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	11	0	

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Florida.

Tabla Anexo 3.30. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Lavalleja.

LAVALLEJA	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	70	0	

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Lavalleja.

Tabla Anexo 3.31. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Maldonado.

MALDONADO	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	0	25	2 se devolvieron MSP por desuso y 1 por mal estado. 23 sillas apilables se donaron a la unidad de oncología de Maldonado

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Maldonado.

Tabla Anexo 3.32. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Montevideo.

MONTEVIDEO	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	3.5	20	Se aclara que la mayoría de los activos que no están es por mudanza de la oficina y redistribución de los mismos en el casco central

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Montevideo.

Tabla Anexo 3.33. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Paysandú.

PAYSANDÚ	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	0	2	No hay aclaración para los muebles faltantes

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Paysandú.

Tabla Anexo 3.34. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Río Negro.

RÍO NEGRO	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	22	0	

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Río Negro.

Tabla Anexo 3.35. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Rivera.

RIVERA	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	0	1.5	

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Rivera.

Tabla Anexo 3.36. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Rocha.

ROCHA	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	23.5	10	Los recursos faltantes refieren a activos dañados y desechados (sillas plásticas, jarra eléctrica)

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Rocha.

Tabla Anexo 3.37. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Salto.

SALTO	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	10	4	La mayoría de los que no están corresponden a

donaciones a la RAP.

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Salto.

Tabla Anexo 3.38. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. San José.

SAN JOSÉ	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	0	12	Se aguarda respuesta

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS San José.

Tabla Anexo 3.39. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Soriano.

SORIANO	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	15	1	Se deja constancia que los equipos de aire eran del director anterior y que por error se ingresaron en el inventario 2018. Se llevó 1 y otro quedó en la oficina para uso de los funcionarios

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Soriano.

Tabla Anexo 3.40. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Tacuarembó.

TACUAREMBÓ	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	0	20	Se hizo la consulta y aún no hay respuesta.

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Tacuarembó.

Tabla Anexo 3.41. Variación de activos – aumento o disminución. Período 2018-2020. Treinta y Tres.

TREINTA Y TRES	ANTERIOR	AUMENTO	DISMINUCIÓN	OBSERVACIONES
%	100	84	9	Si bien se hizo la consulta no se tuvo respuesta de que pasó con los recursos que faltan.

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por DDS Treinta y Tres.

Tabla Anexo 3.42. Activos. Resumen variación –aumento o disminución- en el período 2018-2020.

.TOTAL ACTUAL EN N°	AUMENTO SEGÚN INVENTARIO ANTERIOR EN %	DISMINUCIÓN SEGÚN INVENTARIO ANTERIOR %
2033	9%	6%

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por todas las DDS.

En cuanto a la relación mobiliario-cantidad de personal para realizar tareas se calcularon las cantidades de escritorios y sillas de escritorio. En la mayoría de los casos que sobra mobiliario, las DDS declararon tenerlos EN USO. Lo que está en desuso se detalla en el cuadro que sigue donde se evalúa ese dato. En los casos que faltan sillas, se refiere a sillas especiales de escritorio y no que no tengan donde sentarse.

Cuadro 3.1. Distribución de mobiliario según RRHH y por DDS. Set. 2020.

	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
ARTIGAS	7 en Artigas	8 escritorios	No se recibieron datos de Bella Unión. En Artigas Ciudad faltan sillas giratorias
	2 en Bella Unión	5 sillas giratorias	
CIUDAD DE LA COSTA	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	7	10 escritorios 6 sillas giratorias	Faltan sillas giratorias De las 6 que hay 2 están en desuso por su estado (regular). Sobran escritorios
LAS PIEDRAS	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	10	9 escritorios 16 sillas giratorias	Falta 1 escritorio y sobran sillas giratorias
CERRO LARGO	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES

	7	11 escritorios 8 sillas giratorias	Sobran escritorios y 1 silla giratoria
COLONIA	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	10 Colonia ciudad 1 Carmelo	7 escritorios 5 sillas giratorias	No se Recibieron datos de Carmelo. Faltan escritorios y sillas giratorias en Colonia Ciudad
DURAZNO	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	6	8 escritorios 4 sillas giratorias	Faltan sillas giratorias
FLORES	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	6	12 escritorios 11 sillas giratorias	Sobran escritorios y sillas giratorias
FLORIDA	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	7	9 escritorios 7 sillas giratorias	De los 9 escritorios 3 están en mal estado y de estos 1 está en desuso
LAVALLEJA	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	4	5 escritorios 5 sillas giratorias	De las 5 sillas 2 están en desuso (1 en mal estado y otra regular)
MALDONADO	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	9	8 escritorios 1 silla giratoria???	1 escritorio figura que no está mas. Se envía mail 10/9 consultando por sillas giratorias y ese escritorio, no se tiene respuesta
MONTEVIDEO	8	10 escritorios 6 sillas giratorias	Faltarían 2 sillas giratorias. Debido a la mudanza al casco central algunos activos en mal estado o en desuso se entregaron al Dpto. de Infraestructura y RRMM
PAYSANDÚ	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	10	11 escritorios 9 sillas giratorias	Sobra un escritorio y falta 1 silla giratoria.

RÍO NEGRO	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	5	9 escritorios 16 sillas giratorias	Sobran escritorios y sillas giratorias
RIVERA	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	11	11 escritorios 15 sillas giratorias	Sobran sillas giratorias
ROCHA	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	6	8 escritorios 13 sillas giratorias	Sobran escritorios y sillas
SALTO	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	11	18 escritorios 14 sillas giratorias	Sobran escritorios y sillas
SAN JOSÉ	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	6	9 escritorios 6 sillas giratorias	De los 9 escritorios, 3 siguen en uso pero están en mal estado
SORIANO	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	4	9 escritorios 20 sillas giratorias	Sobran escritorios y sillas giratorias
TACUAREMBÓ	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	9	16 escritorios en Tacuarembó 3 escritorios en P de Los Toros 10 sillas giratorias en Tacuarembó 3 sillas giratorias en P de Los Toros	Sobran escritorios
TREINTA Y TRES	CANTIDAD RRHH	CANTIDAD MOBILIARIO (ESCRITORIOS Y SILLAS)	OBSERVACIONES
	4	8 escritorios 8 sillas	De las 8 sillas 3 están en desuso por estar en mal estado

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por las DDS.

Cuadro 3.2. Resumen. Distribución de mobiliario-RRHH. Set. 2020.

TOTAL RRHH	TOTAL SILLAS PARA ESCRITORIO	TOTAL ESCRITORIOS
150	188	199

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por todas las DDS.

En cuanto a la posibilidad de redistribuir recursos en desuso, que ocurre en casi todas las DDS, el cuadro siguiente muestra aquellos factibles de ser reubicados (en buen estado o en desuso). Los que están en mal estado sin posibilidades de reparar y/u obsoletos no se tomaron en cuenta.

Cuadro 3.3. Recursos en desuso factibles de redistribuir por DDS. Set. 2020.

CANELONES C. DE LA COSTA	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Sillas giratorias respaldo medio	2	Regular	En desuso	NO
CERRO LARGO	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Silla fija metálica azul	1	Bueno	En desuso	SI
COLONIA	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Mástil con soporte	2	Bueno	En desuso	SI
FLORES	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Aspersora (fumigación)	8	Regular	En desuso	NO
Pantalla calefacción a gas para garrafa 3k	1	Regular	En desuso	NO
Silla de Madera	1	Bueno	En desuso	SI
FLORIDA	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE

				REUBICAR
Pizarra blanca	1	Regular	En desuso	NO
Lupa - microscopio	1	Regular (faltan piezas)	En desuso	NO
LAVALLEJA	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Silla giratoria respaldo medio	1	Regular	En desuso	NO
MALDONADO	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Biblioteca de Metal sin puertas	1	Bueno	En desuso	SI
PAYSANDÚ	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Cargador de baterías de ovitrampas	1	Regular	En desuso	NO
Reproductor de DVD	1	Regular	En desuso	NO
ROCHA	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Reproductor de DVD	1	Regular	En desuso	NO
SAN JOSÉ	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Pizarra blanca	1	Regular	En desuso	NO
TACUAREMBÓ	CANTIDAD	ESTADO	SITUACIÓN	FACTIBLE DE REUBICAR
Sillón tapizado	1	Bueno	En desuso	SI

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por las DDS.

Cuadro 3.4. Resumen de activos factibles de reubicar y estado. Set. 2020.

MATERIAL	CANTIDAD	ESTADO
Silla fija metálica azul	1	BUENO
Mástil con soporte	2	BUENO
Silla de Madera	1	BUENO
Biblioteca de Metal sin puertas	1	BUENO
Sillón tapizado	1	BUENO

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por todas las DDS.

En relación con el equipamiento informático la tabla Anexo 3.43. identifica el número total de equipos (PC, teclado y mouse) y el porcentaje de los que están en buen estado y los que están en uso, por cada DDS. Similar procedimiento se realizó para las impresoras, que se detalla en la tabla Anexo 3.44.

Tabla Anexo 3.43. Número de equipos y porcentaje en buen estado y en uso por DDS. Set. 2020.

ARTIGAS	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	30	100%	100%
CANELONES C. DE LA COSTA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	50	94%	94%
CANELONES LAS PIEDRAS	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	33	82%	95,7%
CERRO LARGO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	28	96,5%	100%

COLONIA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	46	98%	83%
DURAZNO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	24	100%	100%
FLORES	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	37	100%	89% (FALTAN 4)
FLORIDA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	39	100%	88%
LAVALLEJA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	30	90%	90% (1 NO ESTÁ, 2 EN DESUSO)
MALDONADO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	50	100%	100%
MONTEVIDEO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	22	100%	77% (5 no están, 1 en desuso)
PAYSANDÚ	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	53	81%	85% (4 no funcionan, resto se devolvió a MSP)
RIO NEGRO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	33	97%	97% (1 no está)
RIVERA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	52	94%	96% (2 no están)

ROCHA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	27	81,5%	100%
SALTO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	65	92%	97%
SAN JOSÉ	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	32	89%	84% (5 no están)
SORIANO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	50	68%	72% (14 en desuso, 1 no está)
TACUAREMBÓ	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	32	100%	100%
TREINTA Y TRES	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
INFORMÁTICA	27	93%	97% (1 en desuso, 1 no está)
Total nacional	760	92%	97%

Fuente: elaboración propia con base en reportes de las DDS.

Tabla Anexo 3.44. Número de impresoras y porcentaje en buen estado y en uso, por DDS. Set. 2020.

ARTIGAS	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	2	100%	100%
CANELONES C. DE LA COSTA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	1	100%	100%
CANELONES LAS PIEDRAS	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO

IMPRESORAS	3	100%	100%
CERRO LARGO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	1	100%	100%
COLONIA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	5	100%	100%
DURAZNO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	4	100%	100%
FLORES	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	3	100%	100%
FLORIDA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	2	100%	100%
LAVALLEJA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	3	100%	100%
MALDONADO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	4	100%	100%
MONTEVIDEO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	0		
PAYSANDÚ	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	2	100%	50%(falta toner)
RIO NEGRO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	1	100%	100%
RIVERA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO

IMPRESORAS	4	100%	100%
ROCHA	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	2	50%	50%
SALTO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	2	100%	100%
SAN JOSÉ	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	4	75%	75%
SORIANO	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	4	75%	75%
TACUAREMBÓ	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	3	100%	100%
TREINTA Y TRES	NÚMERO TOTAL	% BUEN ESTADO	EN USO
IMPRESORAS	3	100%	100%
TOTAL NACIONAL	52	94,7%	91,1%

Fuente: elaboración propia con base en los reportes de las DDS.

Tabla Anexo 3.45. Relación equipos informáticos-RRHH por DDS. Set. 2020.

DDS	PERSONAL	EQUPOS INFOMATICOS	RELACIÓN	R
ARTIGAS	9	30 totales (incluye mouse, teclados, torres, monitores)	8 equipos completos/9 funcionarios	0,88
CANELONES	17	83	18 equipos completos/17 funcionarios	1,05

CERRO LARGO	7	28	5 equipos completos/7 funcionarios	0,7
COLONIA	11	46	9 equipos completos/11funcionarios	0,81
DURAZNO	6	25	5 equipo completos/6 funcionarios	0,83
FLORES	6	37	8 equipos completos/6 funcionarios	1,33
FLORIDA	7	39	7 equipos completos/7 funcionarios	1
LAVALLEJA	4	30	4 equipos completos/ 4 funcionarios	1
MALDONADO	9	50	8 equipos completos/7 funcionarios	1,14
MONTEVIDEO	8	22	6 equipos completos/8 funcionarios	0,75
PAYSANDÚ	10	53	9 equipos completos/10 funcionarios	0,9
RIO NEGRO	5	33	6 equipos completos/5 funcionarios	1,2
RIVERA	11	52	11 equipos completos /11 funcionarios	1
ROCHA	6	27	6 equipos completos /6 funcionarios	1
SALTO	11	65	10 equipos completos/10 funcionarios	1
SAN JOSE	6	32	6 equipos completos/6 funcionarios	1

SORIANO	4	50	6 equipos completos/4 funcionarios	1,5
TACUAREMBÓ	9	32	7 equipos completos/9 funcionarios	0,77
TREINTA Y TRES	4	27	5 equipos completos/4 funcionarios	1,25

Fuente: elaboración propia.

Comentarios:

*Relación equipo / personal entre 0,77 y 1,5.

*En el 63 % de las DDS hay uno o más de un equipo completo de informática por persona sí se considera a todo el personal trabajando en igual franja horaria.

*En el 33 % restante el 80 % o más del personal cuenta con un equipo informático completo sí se considera a todo el personal trabajando en igual franja horaria.

Tabla Anexo 3.46. Relación cantidad de impresoras-RRHH por DDS. Set. 2020.

DDS	PERSONAL	IMPRESORAS	EQUIPOS INFORMÁTICOS COMPLETOS	R
ARTIGAS	9	2	8	4
CANELONES	17	4	18	4,5
CERRO LARGO	7	1	5	5
COLONIA	11	5	9	1,8
DURAZNO	6	4	5	1,25
FLORES	6	3	8	2,66
FLORIDA	7	2	7	3,5
LAVALLEJA	4	3	4	1,33
MALDONADO	9	4	8	2

MONTEVIDEO	8	-	6	-
PAYSANDÚ	10	2	9	4,5
RIO NEGRO	5	1	6	6
RIVERA	11	4	11	2,75
ROCHA	6	2	6	3
SALTO	11	2	10	5
SAN JOSE	6	4	6	1,5
SORIANO	4	4	6	1,5
TACUAREMBÓ	9	3	7	2,33
TREINTA Y TRES	4	3	5	1,66

Fuente: elaboración propia.

Comentarios: Relación E/I es entre 1,25 y 5 equipos completos por impresora.

Respecto de la flota vehicular y la función chofer se presentan las siguientes tablas.

Tabla Anexo 3.47. Número de vehículos por DDS. Set. 2020.

DDS	CANTIDAD DE VEHÍCULOS PROPIEDAD Y UTILIZADOS POR CADA DDS	CANTIDAD DE VEHÍCULOS PROPIEDAD DE LA DDS Y UTILIZADOS POR ASSE	TOTAL VEHÍCULOS PERTENECIENTES A CADA DDS
ARTIGAS	2	2	4
CANELONES	2	0	2
CERRO LARGO	1	1	2
COLONIA	3	1	4
DURAZNO	1	1	2
FLORES	1	1	2
FLORIDA	1	1	2

LAVALLEJA	1	1	2
MALDONDO	1	1	2
PAYSANDÚ	3	2	5
RIO NEGRO	1	2	3
RIVERA	2	1	3
ROCHA	2	0	2
SALTO	3	2	5
SAN JOSÉ	1	1	2
SORIANO	1	1	2
TACUAREMBÓ	2	1	3
TREINTA Y TRES	1	1	2
TOTALES	29	20	49

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por cada DDS.

Tabla Anexo 3.48. Kilometraje total de los vehículos de las DDS. Set. 2020.

CANTIDAD DE VEHÍCULOS SEGÚN KILOMETRAJE	Menor a 20000 km	Entre 20001 y 40000 km	Entre 40001 y 60000 km	Entre 60001 y 80000 km	Mayor a 80000 km
		20	3	1	1

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por cada DDS.

Tabla Anexo 3.49. Kilometraje total de los vehículos utilizados por ASSE. Set. 2020.

CANTIDAD DE VEHÍCULOS SEGÚN KILOMETRAJE	Menor a 20000 km	Entre 21000 y 40000 km	Entre 41000 y 60000 km	Entre 61000 y 80000 km	Mayor a 80000 km
	0	2	4	4	10

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por cada DDS.

Tabla Anexo 3.50. Relación entre personas que manejan vehículos y llaves electrónicas. Set. 2020.

DDS	CANTIDAD DE PERSONAS QUE MANEJAN VEHÍCULOS	CANTIDAD LLAVES ELECTRÓNICAS	LLAVES ELECTRÓNICAS FALTANTES
ARTIGAS	1	0	1
CANELONES	3	3	0
CERRO LARGO	2	1	1
COLONIA	5	5	0
DURAZNO	1	1	0
FLORES	3	3	0
FLORIDA	4	1	3
LAVALLEJA	4	4	0
MALDONDO	1	1	0
PAYSANDÚ	1	1	0
RÍO NEGRO	1	1	0
RIVERA	3	3	0
ROCHA	3	3	0
SALTO	4	4	0
SAN JOSÉ	1	0	1
SORIANO	4	2	2
TACUAREMBÓ	2	2	0
TREINTA Y TRES	2	2	0
TOTALES	45	37	8

Tabla Anexo 3.51. Choferes y quienes manejan pero no son choferes. Set. 2020.

DDS	CHOFERES	MANEJAN PERO TIENEN OTRO CARGO
ARTIGAS	0	1
CANELONES	1	2
CERRO LARGO	1	1
COLONIA	1	4
DURAZNO	1	0
FLORES	0	3

FLORIDA	0	4
LAVALLEJA	0	4
MALDONDO	1	0
PAYSANDÚ	1	0
RIO NEGRO	1	0
RIVERA	0	3
ROCHA	0	3
SALTO	0	4
SAN JOSÉ	0	1
SORIANO	0	4
TACUAREMBÓ	1	1
TREINTA Y TRES	2	0
TOTALES	10	35

Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por cada DDS.

Cuadro 3.5. Sedes de las DDS. Variables y descripción. Set. 2020.

DDS	DOMICILIO	SITUACION	MONTO DEL ALQUILER	ESTADO	TIPO					OBSERVACIONES	VENCIMIENTO DEL CONTRATO/ COMODATO	GARAJE	LUGAR DONDE SE GUARDA EL VEHICULO
					EDILICIA	ELECTRICA	SANTARIA	CARPINTERIA	OTROS				
Artigas	Garzón 272 esq. PTE Baldomir	Alquilada	\$ 37.078	con reparaciones	si	si	no	no	no	pintura interior y fachada, carga eléctrica	1°/2/2016 (1 año)	alquilado	Sede
Artigas - Bella Unión	San José esq. Aparicio Saravía s/n	Comodato con alcaldía de Bella Unión (en trámite)	n/a	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Canelones - Las Piedras	Pilar Cabrera 564		\$ 38.000	con reparaciones	si	si	no	no	no	humedades , carga eléctrica	1°/7/2019 (1 año)	préstamo	Polo tecnológico
Canelones - Ciudad de la Costa	Gral. Alvear 427 entre Rivera y Saenz Peña	Alquilada	\$ 53.402	con reparaciones	si	si	no	si	no	herrería, filtración de agua, carga eléctrica, persiana	14/3/2016 (2años)	s/d	s/d
Cerro Largo	W. Ferreira Aldunate 799 esq. Treinta y tres	Alquilada	\$ 39.340	sin reparaciones	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	humedades, filtración de agua, albañilería	1°/11/2018 (1 año)	préstamo	Estacionamiento de la Intendencia
Colonia	ARQ. M. Odriozola 469	Comodato MTOP	n/a	con reparaciones	si	no	si	no	no	humedades, filtración de agua, albañilería	1°/9/2006 sin plazo	comodato	Sede
Carmelo	Zorrilla de San Martín 250, esq. Ignacio Barrios	Espacio en préstamo dentro del local de MIDES	n/a	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	n/a	n/a	particular
Durazno	Galarza 895 entre San Martín y Washington	Comodato IMD	n/a	con reparaciones	si	no	no	no	no	filtración de agua, cielorraso deteriorado	18/1/2012 (30 años)	comodato	Sede
Flores	18 de Julio 645 - Trinidad	Alquilada	\$ 27.679	con reparaciones	si	no	no	no	no	humedades, pintura	1°/4/2013 (2 años)	préstamo	Predio Hospital
Florida	Cardozo 379 esq Antonio M. Fernández	PROPIA	n/a	con reparaciones	si	no	si	si	no	azotea , albañilería, aberturas	n/a	propio	Sede
Lavalleja	18 de Julio 878, esq. Itzaingó - Minas	Comodato ASSE sin plazo	n/a	con reparaciones	si	si	si	si	si	azotea, humedades, pintura, aberturas, cerraduras	s/d	s/d	s/d
Maldonado	18 de Julio y Ledesma Local 003, Edificio Puesta del Sol	PROPIA	n/a	con reparaciones	no	si	no	si	no	carga electrica postigones	n/a	préstamo	OSE
Montevideo	18 de Julio 1892, 1er. Piso	n/a	n/a	sin reparaciones	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Paysandú	Itzaingó 1082	Alquilada	\$ 29.309	con reparaciones	si	si	si	no	si	carga electrica , humedades, cerrajería	4/11/2015 (1 año)	préstamo	Hospital
Río Negro	Zorrilla 1049, esq. Argentina - Fray Bentos	Alquilada	\$ 33.346	con reparaciones	si	no	no	si	no	azotea, albañilería, aberturas	18/12/2015 (1año)	alquilado	Sede
Rivera	Dr. Dalcý Perdomo 1090 esq. Misiones	PROPIA		con reparaciones	si	no	no	no	no	humedades	Comodato ASSE, cede un área baldía para la construcción	propio	Sede
Rocha	Gral Artigas 194	Alquilada	\$ 36.854	con reparaciones	si	si	no	no	no	humedades, instalación eléctrica	3/11/2016 (1año)	alquilado	Sede
Salto	Uruguay 364	COMODATO BPS		con reparaciones	si	no	no	no	no	azotea y albañilería	31/12/2020 Prórroga (10 años)	comodato	Sede
San José	Itzaingó 474 entre Asamblea y Ciganda	Alquilada	\$ 24.008	con reparaciones	si	si	si	si	no	humedades, pisos de madera rotos, filtración de agua, ventanas, carga eléctrica, pintura	22/12/2015 (2 años)	préstamo	Batallón de Infantería N° 6
Soriano	Florencio Sanchez 738 entre Artigas y Colón	Alquilada	\$ 48.892	sin reparaciones	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1°/7/2016 (2 años)	alquilado	Sede
Tacuarembó	18 de Julio 358	PROPIA		con reparaciones	si	si	no	si	si	humedades en techos y paredes, aberturas, instalación eléctrica, cerradura	n/a	préstamo	INIA
Tacuarembó- P. de Los Toros	Boulevard Artigas 626	Préstamo OPP		s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	n/a	no tiene vehiculo
Treinta y tres	Manuel Melendez 1024	PROPIA		con reparaciones	si	si	si	no	si	albañilería, herrería, pintura	n/a	propio	Sede

Comentarios sobre la tabla de sedes:

10 son alquiladas

5 sedes son propias

2 sedes en préstamo

5 sedes en comodato

1 sede no aplica (Montevideo) está ubicado dentro del casco central del MSP

De las 10 sedes alquiladas 8 tienen reparaciones a realizar. Salvo la sede de Artigas que tiene reparaciones vinculadas a la pintura interior y de fachada y a la carga eléctrica, el resto de las de las sedes alquiladas tiene fundamentalmente reparaciones a realizar de tipo edilicio, específicamente humedades.

De las 5 sedes propias todas tienen reparaciones a realizar. En general son reparaciones de tipo edilicio (azotea, filtración de agua, humedades, problemas con la carga y la instalación eléctrica).

De las 5 sedes que se encuentran en comodato, hay 3 (Durazno, Lavalleja y Salto) que tienen reparaciones a realizar fundamentalmente de tipo edilicio.

En el caso de Lavalleja se está tramitando el alquiler de un inmueble.

La sede de Bella Unión también tiene a estudio el trámite de comodato con la Intendencia de Artigas.

Con respecto a los garajes 8 sedes guardan el vehículo en locales prestados, tales como el hospital departamental, intendencias, OSE, INIA, etc.

Observados los montos del alquiler se estima el promedio del gasto en aproximadamente \$U 37.000.

Anexo 4: Sobre la complementación de servicios

Modelo de acuerdo entre prestadores de salud

A los efectos de facilitar el trabajo de elaboración de textos de acuerdo se plantea a continuación un texto modelo con los explicativos en cada paso del proceso

COMPARECENCIA. (Se deben nombrar las partes comparecientes, sus representantes legales chequeados con anterioridad y el domicilio constituido a los efectos)

En la ciudad de, a los días del mes de de se **REUNEN: POR UNA PARTE:**.....en representación de y constituyendo domicilio en**Y POR OTRA PARTE** en representación de constituyendo domicilio en quienes convienen en celebrar el siguiente “acuerdo de complementación”, “carta intención” “Acuerdo Marco”: *(dejar la opción que corresponda)*.

PRIMERO.- ANTECEDENTES.

Desarrollar los hechos que sirvan de antecedentes al convenio, por ejemplo el trabajo realizado por esas instituciones y experiencias similares. Puede ser también convenio celebrados anteriormente sean escritos o acuerdos que existan en forma verbal.

SEGUNDO.- OBJETO.

Describir claramente el objeto del acuerdo.

El objeto debe estar lo suficientemente determinado, conforme a la ley. Del objeto del acuerdo derivan las obligaciones asumidas por las instituciones.

Para más claridad se aconseja redactarlo usando verbos en infinitivo, por ejemplo:

“Mejorar la accesibilidad a los servicios de atención primaria de salud en la zona de”

“Brindar prestaciones sanitarias a los usuarios de las instituciones convenientes en los servicios que se detallan”

“Conformar un grupo de trabajo para lograr futuros acuerdos de complementación entre las instituciones”

“Conformar un grupo de trabajo para firmar un convenio de complementación en cuidados paliativos”

“Fortalecer la atención primaria de salud y promover la detección temprana de patología en primera infancia en las zonas rurales del departamento”.

“Mejorar la atención en salud ocular brindada a los usuarios de las instituciones convenientes a través de lo establecido en el presente convenio”

“Mejorar el servicio de tomografías brindado a los usuarios de las instituciones convenientes a través de lo establecido en el presente acuerdo”

TERCERO. -OBLIGACIONES DE LAS PARTES.

La institución se obliga a “dar” ejemplo: brindar un recurso humano, material, locativo, o se obliga a un “hacer” ejemplo brindar una prestación en concreto. También son por lo general obligaciones de cumplimiento continuado, suponen la extensión en el tiempo, de manera prolongada, por el plazo estipulado.

Determinar claramente nombre de la institución y la obligación, ejemplo:

“La institución A se obliga a aportar un administrativo para la coordinación de estudios tomográficos de lunes a viernes en el horario de....a..... “

También en el apartado de las obligaciones puede incluirse obligaciones que sean comunes a todos las partes convenientes.

Por ej: “Todas las partes se obligan a conformar la comisión de seguimiento del presente convenio, la que sesionará y funcionará de acuerdo al ANEXO I “Funcionamiento de la Comisión de Seguimiento”, el cual se considera parte de este convenio.

CUARTO. -PLAZOS.

En este apartado se estipula el plazo de entrada en vigencia del convenio (a partir de la suscripción del mismo) y hasta donde extiende sus efectos según se acuerde. Puede incluirse una cláusula de prórroga de que estipule la posibilidad de prórroga automática si así se acuerda. La prórroga puede o no estar condicionada, por ejemplo a la realización de informes favorables, etc.

Para el caso que no se prorrogue, porque alguna de las partes decida ponerle fin deberá comunicarlo con antelación en el tiempo (plazo fijado de común acuerdo). También puede estipularse que se avise a la comisión de seguimiento de la intención de no continuar con el convenio.

“El presente convenio tendrá el plazo de un año a partir de la fecha del mismo, prorrogándose por dos periodos iguales y consecutivos, salvo que una de las partes decida ponerle fin, en cuyo caso deberá comunicarlo a la otra parte con 90 días de antelación a los efectos de garantizar la continuidad de la asistencia”

QUINTO. -INCUMPLIMIENTO: *Este apartado responde a los principios generales que rigen a todos los acuerdos de voluntades, si una parte no cumple con lo pactado en tiempo y forma el acuerdo cae. Pero en la complementación, si bien se le aplica este principio, la finalidad es que la misma se mantengan y perdure en el tiempo. Por este motivo es que puede pactar que la comisión de seguimiento intente restablecer el cumplimiento de las obligaciones antes de se resuelva definitivamente el acuerdo.*

“El incumplimiento de las obligaciones asumidas por una de las partes, facultará a la otra a la rescisión unilateral del convenio, notificando por escrito dicha decisión a la otra parte y previa reunión con la Comisión de Seguimiento a fin de poner en conocimiento los motivos por los cuales deja sin efecto el presente convenio, pudiendo esta Comisión mediar entre las partes y lograr la continuidad del convenio en base a lo acordado”

SEXTO .-RESPONSABILIDAD

La responsabilidad civil que pueda originarse por la asistencia brindada será asumida por la institución a la que pertenece el afiliado, sin perjuicio de lo que pueda determinar una sentencia judicial o de los términos de una eventual transacción.

SÉPTIMO.- EXISTENCIA DE DEUDAS ENTRE LAS PARTES

Opciones: a) Las partes declaran que no tienen deudas vencidas entre ellas.

b) Las partes declaran que mantienen deudas entre sí, acordando cancelar (o refinanciar) las mismas mediante el plan de cancelación (o refinanciación) que se presentará ante la Junta Nacional de Salud en la misma instancia en que este Convenio sea ingresado para recabar la autorización de dicho organismo.

OCTAVO.- HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS

Opciones: a) Los servicios de salud involucrados en el presente Convenio cuentan a la fecha del mismo, con habilitaciones vigentes expedidas por el Ministerio de Salud Pública.

b) Los servicios de salud involucrados en el presente Convenio (o el Servicio de salud perteneciente a la institución contratante...) se encuentran a la fecha del mismo, en proceso de obtener la respectiva habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública (expediente de trámite No.).

c) Los servicios de salud involucrados en el presente Convenio no tienen, a la fecha del mismo, habilitación vigente por parte del Ministerio de Salud Pública, por lo que la/s parte/s se comprometen a presentar ante dicho organismo la solicitud de habilitación (o renovación) en un plazo de ---- días.

NOVENO.- CAPACIDAD ASISTENCIAL.

Las partes declaran que cuentan con la capacidad asistencial suficiente así como con la infraestructura necesaria para hacer frente a los compromisos asumidos en el presente convenio.

DÉCIMO.-MORA.

La mora en el cumplimiento de las obligaciones se producirá de pleno derecho, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial de alguna clase, por el solo vencimiento de los plazos pactados y por el sólo hecho de no hacer o no dar, de acuerdo con las obligaciones pactadas.

OCTAVO: DOMICILIOS ESPECIALES Y NOTIFICACIONES.

Las partes fijan como domicilios especiales a todos los efectos a que diere lugar el presente convenio, en los indicados como suyos en la comparecencia y acuerdan plena validez a las notificaciones realizadas por Telegrama colacionado con acuse de recibo, así como por cualquier otro medio fehaciente.

CLÁUSULAS EVENTUALES:

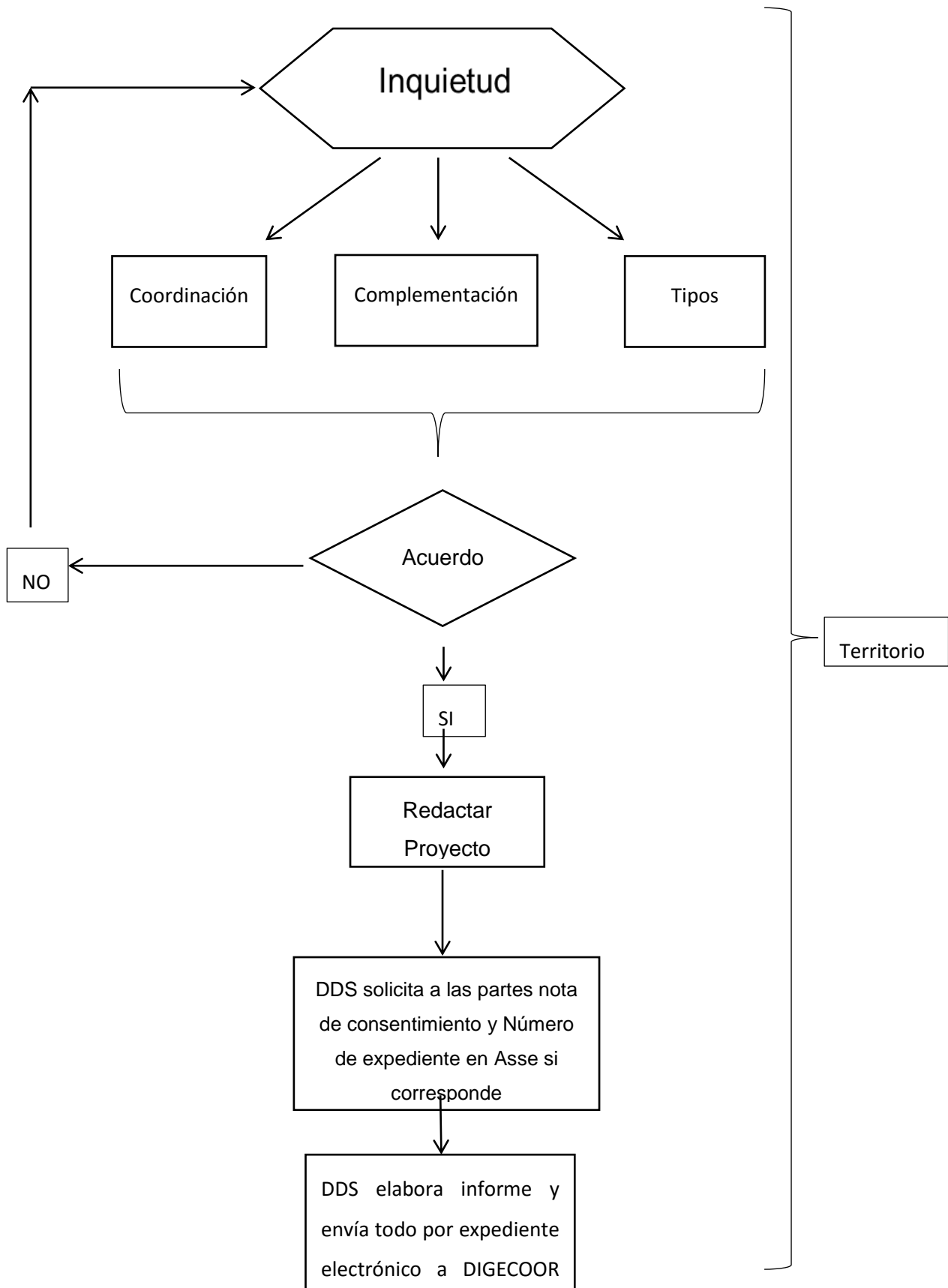
Son aquellas que las partes por mutuo acuerdo deciden incorporarlas al convenio. El límite de las mismas es que debe actuarse dentro de la ley. Pueden ser ejemplo de cláusulas eventuales: la cláusula penal, clausula específica de rescisión, la cláusula que establece la formación de una comisión de seguimiento, etc.

DÉCIMO CONSTANCIAS.

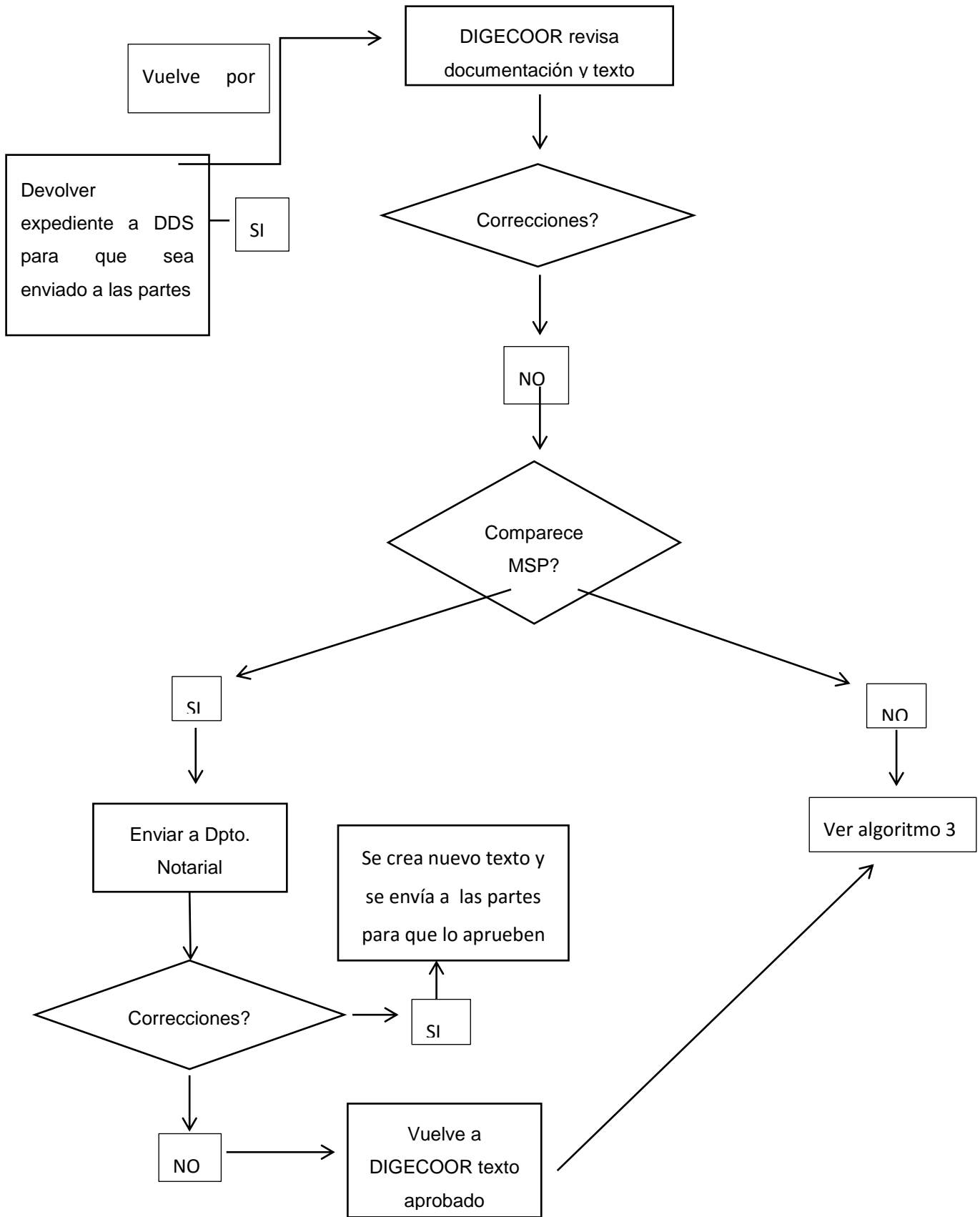
Para constancia y de conformidad se suscriben... Ejemplares del mismo tenor en el lugar y fecha indicados ut-supra.

Flujograma propuesto para los acuerdos (colaboración, coordinación, complementación)

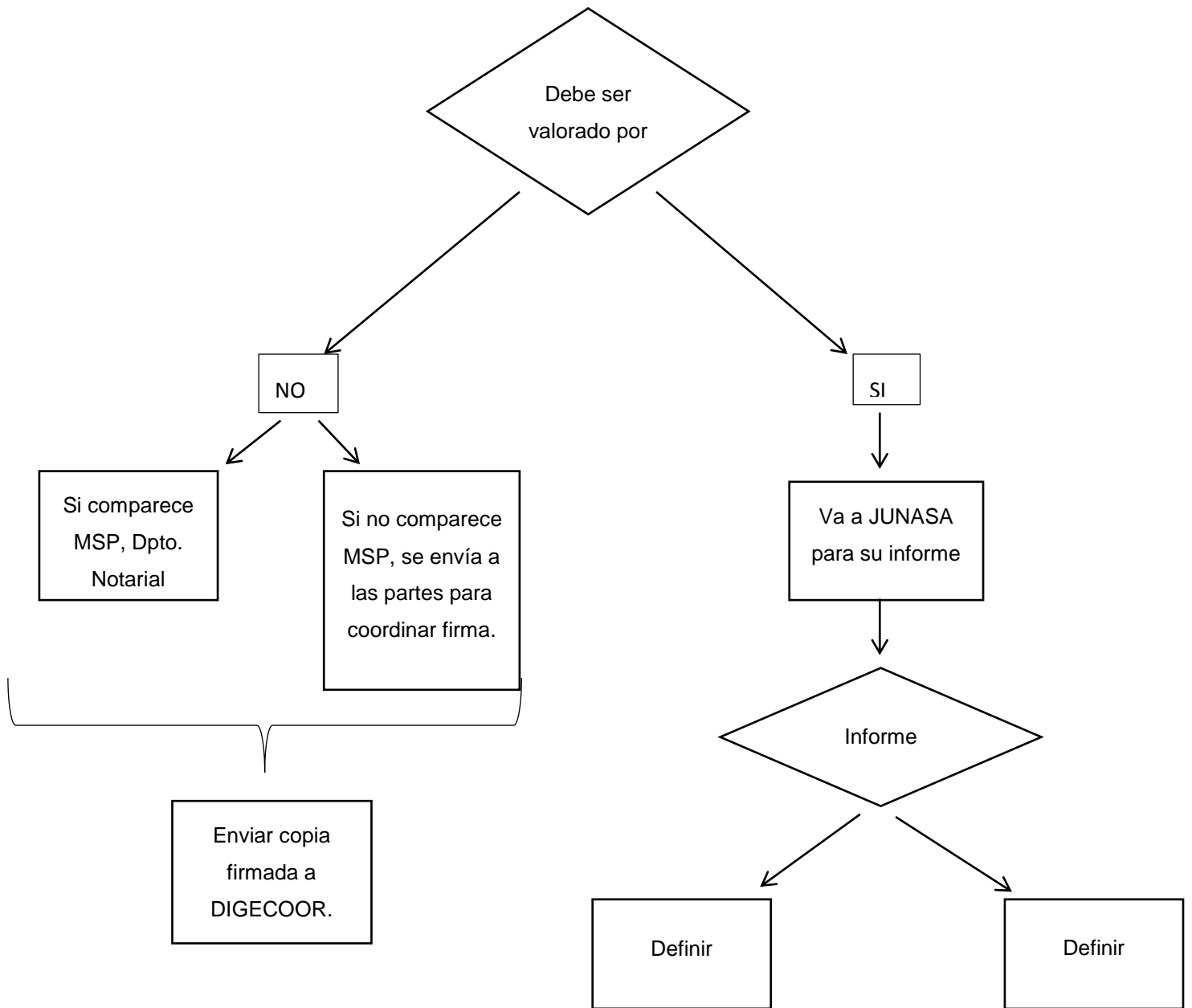
Algoritmo 1: En territorio.



Algoritmo 2: DIGECOOR-MSP



Algoritmo 3





Avenida 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Tel.: 1934.



msp.gub.uy