

Desarrollo de un modelo sistemático para la planificación de especialidades médicas en Uruguay

Informe final

EQUIPO TÉCNICO:

Lic. Soc. Soledad Bonapelch

Lic. Ec. Cecilia Cárpena

Dr. Guillermo Fuentes

Montevideo, Uruguay

Diciembre de 2021

Trabajo presentado en el marco de la asesoría técnica solicitada por el Ministerio de Salud Pública y financiada por la Organización Panamericana para la Salud.

Contenido

Desarrollo de un modelo sistemático para la planificación de especialidades médicas en Uruguay	1
1. Introducción: marco del estudio, objetivos y estrategia metodológica	3
2. Rectoría, regulación y capacidades estatales: conceptos clave para problematizar las políticas de recursos humanos en los sistemas de salud	4
3. Las residencias médicas como instrumento de formación de RR.HH	9
3.A. Las residencias en perspectiva comparada	9
España	10
México	12
Canadá	12
4. Presentación del caso: sistema de residencias médicas en Uruguay	13
4.A. Breve caracterización de la estructura de recursos humanos médicos en el SNIS	13
4.B. Antecedentes normativos y presentación de la normativa vigente: las residencias médicas en el SNIS.	14
4.C. El Consejo Administrador Honorario del Sistema de Residencias Médicas (integración, funcionamiento, capacidades técnicas y políticas)	17
4.D. Definición de cupos	19
4.E. Financiamiento del sistema de residencias y pago a los/as residentes	22
4.F. Ingreso al sistema: prueba de ingreso y vínculo entre posgrados y residencias	24
4.G. Fortalezas y debilidades del sistema actual: las residencias como proceso de formación y como asunto de política laboral	26
5. Estimación de brechas en especialidades médicas	28
5.A. Antecedentes: estudios previos que han intentado medir el fenómeno	28
5.B. Dimensiones y supuestos a utilizar	32
5.C. Resultados de una primera estimación	33
6. Conclusiones: alternativas y propuestas de mejora	38
7. Referencias bibliográficas	41

1. Introducción: marco del estudio, objetivos y estrategia metodológica¹

El presente informe es el resultado de una asesoría técnica realizada para el Ministerio de Salud Pública (MSP), y financiada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco del Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 (Resolución CD56/10 de la OPS). El objetivo es realizar aportes al esquema de formación de especialidades médicas, a través de un análisis de su institucionalidad y de la generación de insumos para una mejor toma de decisiones, a partir de la estimación de brechas existentes entre oferta y demanda de las especialidades médicas.

Los productos elaborados son: una sistematización y análisis del sistema de residencias médicas existente en Uruguay, junto a un relevamiento de experiencias de gobernanza y financiamiento en países con sistemas de residencias médicas similares a la de Uruguay. En segundo lugar, se realiza un informe que tiene como eje la estimación de brechas en las distintas especialidades médicas; y que contiene la sistematización de antecedentes vinculados a la medición de las brechas; la identificación de la información faltante y/o los problemas de calidad de la información existente; y una propuesta y aplicación de un modelo de estimación prospectivo en base a la información disponible. Finalmente, se describe una propuesta de gobernanza y financiamiento para las residencias médicas en Uruguay.

¹Para la redacción del presente documento se optó por utilizar el masculino como genérico, por razones de simplificación en la redacción, evitando el uso reiterado de las fórmulas “o/a”, “os/as” o “los/las” para facilitar la lectura. Esta elección no implica de ninguna manera discriminación de género.

2. Rectoría, regulación y capacidades estatales: conceptos clave para problematizar las políticas de recursos humanos en los sistemas de salud

La intención en este apartado es introducir una serie de conceptos que ayudarán a comprender y analizar el rol que puede jugar el Estado en un contexto caracterizado por la existencia de un sistema de salud con provisión mixta, y que por ende debe necesariamente articular intereses públicos y privados, tanto en los actores vinculados con la formación de profesionales médicos, como de la provisión de servicios de salud y demanda de recursos humanos (RRHH) calificados.

En un sector tan complejo como el de la atención sanitaria, tanto por su impacto en la calidad de vida de la población como por el peso del sector en la economía y el mercado de empleo, el rol que juegue el Estado en la conducción de dicho proceso aparece como una variable imprescindible para analizar el funcionamiento de cualquier sistema de salud. Básicamente existen tres grandes funciones dentro de un sistema de salud: la provisión del servicio, su financiamiento y la regulación de estas actividades (Wendt et al, 2009). Por otra parte, estas funciones pueden ser llevadas adelante, exclusiva o mayoritariamente, por el Estado, el mercado o por organizaciones de la sociedad civil.

En América Latina, la gran mayoría de los países han organizado sus sistemas de salud a partir de una estructura mixta (pública y privada) de financiamiento y provisión de servicios de atención sanitaria. Si bien es posible identificar ciertos matices que oscilan entre una mayor mercantilización de dichos servicios, incluyendo un mayor componente de gasto directo de bolsillo, y esquemas de aseguramiento más extensivos, y con una mayor presencia del Estado; en líneas generales todos los sistemas tienen que lidiar con un entorno caracterizado por actores de múltiple naturaleza e intereses (Fuentes et al, 2020).

Uruguay posee un sistema de salud mixto, donde la provisión es compartida por actores públicos y privados (con y sin fines de lucro), y el financiamiento se nutre mayoritariamente de aportes al Fondo Nacional de Salud, recursos públicos vía rentas generales, y en menor proporción, pagos directos de bolsillo. Sin embargo, la regulación del sistema recae formalmente en el Estado, y fundamentalmente en el Ministerio de Salud Pública, quien oficia de autoridad sanitaria; y de la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado e integrado por representantes sociales, además de representantes políticos.

Este proceso no es exclusivo de los sistemas de salud, sino que por el contrario es resultado de un proceso global producido durante las décadas del ochenta y noventa del siglo pasado, cuando se procesaron diversas reformas sectoriales enmarcadas en la idea de “Reforma del Estado”, que implicó la reducción y/o retiro de este de la provisión

directa de bienes y servicios, a partir de la transferencia de estos hacia el mercado o el tercer sector. El resultado de estas transformaciones en el aparato estatal fue la construcción de un escenario caracterizado por la superposición y la escasa coordinación entre los actores intervinientes en la política pública, que en el caso del sector salud derivó en escenarios todavía más fragmentados que los existentes hasta ese momento, impactando entre otras cosas, en una asignación más ineficiente de los recursos.

Dicha estructura ha orientado la mirada sobre las capacidades administrativas y políticas que tienen o necesitan construir las autoridades sanitarias (los Ministerios de Salud) para poder conducir al sistema hacia objetivos de una mayor cobertura de buena parte de la población, y lograr brindar una atención de calidad independientemente de la capacidad de pago, el lugar de residencia, o el tipo de prestador, entre otros factores. En definitiva, la configuración actual pone el foco en la noción de “Rectoría”, y la capacidad de aportar una mirada “sistémica” que trascienda las necesidades y eficiencias particulares y/o corporativas (Narbondo, 2003).

El concepto de Rectoría alude esencialmente a la capacidad de liderar ciertos procesos en un marco de múltiples actores, a partir de instrumentos de regulación, negociación y provisión de servicios. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rectoría en salud se expresa en las siguientes funciones o dimensiones (Robles Guerrero, 2013):

- 1- Conducción sectorial: capacidad y responsabilidad para fijar políticas, definir objetivos y establecer estrategias.
- 2- Regulación y fiscalización: capacidad y responsabilidad para proponer, definir y establecer el marco legal y normativo necesario para implementar las políticas diseñadas.
- 3- Armonización en la provisión de servicios de salud: capacidad y responsabilidad de organizar la oferta de salud, de los diferentes prestadores que brindan atenciones, para que en conjunto sean integrales, complementarias, de calidad, y que dé cobertura de manera equitativa y eficiente a las necesidades de atención de toda la población.
- 4- Garantía del aseguramiento en salud: responsabilidad de garantizar que la población acceda a la atención de salud que necesita, a través de un paquete de prestaciones que satisfaga las necesidades sanitarias de la población, independiente de las posibilidades económicas, sociales, geográficas o de cualquier otro tipo de barrera.
- 5- Modulación del financiamiento: definir las prioridades para asignar los recursos financieros necesarios para la atención de la población con equidad, respondiendo a las prioridades sanitarias, garantizando y vigilando la complementariedad de los recursos de diferentes fuentes.
- 6- Medición del nivel de ejecución de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP).

De lo presentado hasta aquí se desprende como concepto clave para analizar estos procesos la noción de regulación. La regulación consiste en un conjunto de “... *prácticas y reglamentaciones mediante las cuales el gobierno modifica u orienta la conducta y/o la estructura de una industria o servicio (público o privado) con el objetivo de minimizar los costos de transacción y perfeccionar la eficiencia y la equidad de los mercados de acuerdo al interés social.*” (Stark, 2004). De forma complementaria, en el clásico trabajo de Lowi (1992) donde se establece una clasificación de los diferentes tipos de políticas públicas, una de las ideas presentadas en torno a las medidas de carácter regulatorio es que el impacto de las mismas puede observarse, o bien en la elevación de costos de provisión asociados por ejemplo a la obligación de proveer un paquete mínimo de servicios, lo que determinaría que el prestador tuviera que contratar más recursos humanos o infraestructura; o bien que las opciones de los ciudadanos en materia de provisión del bien o servicio regulado se vieran ampliadas o reducidas, como consecuencia de una mayor apertura a nuevos actores, o un endurecimiento de las condiciones para operar en dicho mercado (Ibíd.).

La regulación es una función eminentemente estatal, que se ejerce mayoritariamente sobre actividades privadas. Los otros rasgos compartidos por varias definiciones son: la existencia de un interés social como justificación de la regulación; la pretensión de incidir sobre aquellos actores que llevan adelante la actividad con el objetivo justamente de resguardar el interés social; y que actúa a través de un marco normativo que a la vez que le da autoridad para la acción, lo legitima ante el actor regulado (Oszlak, 2004).

Cuando el Estado establece ese tipo de medidas impone determinadas decisiones en forma de normas públicas, con la amenaza de aplicar sanciones en caso de incumplimiento -utilizar su capacidad coercitiva- (Baldwin y Cave, 1999 citado en Jordana, 2006). Planteada en esos términos, la regulación será también una de las formas de construir instituciones o, en otras palabras, reglas de juego y procedimientos -generalmente formales- que amparan los intercambios de bienes y servicios y la toma de decisiones (North, 1993). Además, el otro aporte en términos de construcción institucional por el aseguramiento de ciertas condiciones de previsibilidad en el comportamiento de los diferentes agentes involucrados en la política. Finalmente, las regulaciones en la provisión de bienes y servicios del área social tendrán también la responsabilidad de garantizar la disponibilidad de estos de forma continuada y estable en el tiempo. Por tanto, la regulación puede operar como una de las formas de construir entramado institucional público, en otras palabras, contribuye o puede hacerlo a mejorar la capacidad estatal.

Con relación al tipo de regulación, varios trabajos han establecido una distinción analítica de diversas opciones, entre las que se destacan la regulación económica y la regulación social. Brevemente, **la regulación económica** está conformada por aquellas medidas que rigen sobre precios, producción y demás condiciones de mercado. Más específicamente: “...*la regulación económica tiene como propósito hacer que los mercados funcionen adecuadamente, y para ello deben empezar por regular los derechos de propiedad, facilitar la coordinación entre los agentes, y vigilar el*

cumplimiento de los contratos. La regulación económica debe enfrentarse también con los problemas generados por las asimetrías de poder e información en los mercados (como cuando se observan oligopolios que elevan los costes de producción y aumentan sus beneficios), con las situaciones de información imperfecta (para evitar el fraude y el engaño a los consumidores), o con la aparición de externalidades (positivas o negativas) en los procesos productivos, que generan efectos significativos sin que medien pagos de los beneficiarios, o compensaciones hacia los perjudicados (...)" (Jordana, 2006). En este caso, el criterio que inspira en buena medida a este tipo de reglamentaciones es la eficiencia económica del mercado.

En cuanto al segundo tipo identificado, se podría decir que **la regulación social** es aquella que impone costos de forma concentrada en determinados actores específicos con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de otro sector de la población menos favorecido. En este sentido, la regulación social plantea de alguna manera cierta redistribución, en el entendido de que intenta revertir los efectos negativos de diferentes actividades realizadas fundamentalmente en el ámbito productivo (Jordana, 2006). En definitiva, se adoptará aquí una noción un tanto más general en la que la regulación social será aquella que busca garantizar el acceso de toda la población, y con niveles aceptables de calidad, a los diferentes bienes y servicios (Stark, 2004). De esta manera, los valores que se encuentran detrás de la regulación social no se asocian a la eficiencia económica, sino que responden a otros criterios como por ejemplo valores no comerciales (diversidad de la oferta; favorecer la virtud cívica a partir de la participación social); reprobación moral de una actividad digna de condena como la contaminación ambiental; paternalismo, ante la convicción de que muchas veces los ciudadanos toman decisiones que van en contra de su bienestar; o la ya mencionada redistribución de la riqueza (Majone & la Spina, 1993).

Entre las FESP, el desarrollo de un sistema de gestión de los recursos humanos médicos y no médicos que prestan servicios asistenciales, constituye una dimensión de suma importancia a la hora de evaluar la calidad de los servicios ofrecidos en cualquier sistema de salud, además de constituirse en un factor clave para lograr mejores niveles de equidad entre subsectores o territorios.

Muchas veces, los sistemas de salud carecen de los recursos humanos necesarios para llevar adelante una cobertura efectiva de los distintos problemas sanitarios, por escasez de profesionales en algunas especialidades médicas; pero también puede ocurrir que el problema no sea la cantidad de profesionales sino la distribución territorial de los mismos. En cualquier caso, las herramientas disponibles para afrontar estos asuntos refieren necesariamente a la capacidad de las autoridades sanitarias de ejercer una efectiva rectoría sectorial. La dotación de recursos humanos en el sector salud está inherentemente vinculada a la formación de estos, lo que complejiza aún más el proceso, ya que se incorporan a la discusión actores pertenecientes al sector educativo, algunas veces con intereses o prioridades diferentes, tanto de naturaleza pública como privada.

Este tema implica necesariamente considerar algunos aspectos vinculados a la construcción de capacidades estatales. Esencialmente, la noción de capacidades estatales alude a la habilidad del Estado para conseguir sus objetivos políticos a través de políticas públicas (Rodríguez Gustá, 2007). *“A partir de la asunción de un rol más activo por parte de las instituciones estatales, el desarrollo de capacidades regulatorias, tanto técnicas como administrativas, parecen ser necesarias pero insuficientes, en la medida que hoy en día el objetivo no es únicamente garantizar neutralidad para el juego de otros actores en el mercado, sino que, por el contrario, el Estado se busca reposicionar como un actor importante, que intenta conducir los procesos de desarrollo social y productivo. Es entonces que cobran especial relevancia las capacidades políticas.”* (Freigedo et al, 2015: 72)

Esta noción de “capacidad” involucra entonces la idea de que el Estado debe tener a su disposición una serie de recursos, pero también la habilidad para movilizarlos de forma tal que contribuyan al cumplimiento de sus objetivos (Painter y Pierre, 2005). De esta manera, el aparato estatal debe construir por su cuenta o en interacción con otros actores, diferentes formatos de provisión directa, regulación y/o negociación. Pero más allá de algunos factores de tipo coyuntural, es necesaria la existencia de aspectos estructurales, que no son más que institucionalización de ciertas prácticas y procesos que dan estabilidad y previsibilidad al accionar estatal (Alonso, 2007).

Las capacidades estatales pueden descomponerse en dos dimensiones: las capacidades administrativas y las capacidades políticas (Repetto, 2004). Las capacidades administrativas aluden básicamente al conjunto de recursos humanos y financieros que dispone una organización para llevar adelante sus fines: es el aparato burocrático, pero no solo su existencia, sino su funcionamiento. *“Las capacidades administrativas incidirán críticamente en el grado de autonomía relativa de las administraciones. Son aquellas que le permitirán al sector público colaborar y coordinar acciones con el sector privado, pero al mismo tiempo lograr una efectiva coordinación de acciones con otras entidades del aparato estatal.”* (Freigedo et al, 2015: 76)

Tomando en cuenta estos conceptos, parece clara la necesidad de que los organismos rectores en materia sanitaria realicen las inversiones necesarias para fortalecer su capacidad administrativa. Pero al mismo tiempo, el correlato de esta dimensión es la existencia de capacidades políticas. *“La capacidad política se asocia por ende a los recursos de poder, distribuidos entre los actores relevantes y demás involucrados en la arena pública, nucleados alrededor de distintas áreas de intervención estatal vía las políticas públicas”* (Repetto, 2004: 19)

En América Latina, buena parte de la formación a nivel de especialidades médicas se da a través de la figura de las residencias médicas. Es por eso, que el objetivo general de este trabajo es analizar los mecanismos de planificación, gestión y formación del sistema de residencias médicas existente en Uruguay, así como también estimar las brechas de especialidades médicas existentes, como forma de poder aportar algunas líneas de reforma o ajuste del esquema existente.

3. Las residencias médicas como instrumento de formación de RR.HH

3.A. Las residencias en perspectiva comparada

La gestión de recursos humanos, tanto médicos como no médicos, es, sin lugar a duda uno de los ejes críticos de la capacidad de los sistemas de salud para lograr cumplir con sus objetivos sanitarios. Dentro de esta dimensión, la formación de estos recursos aparece como un aspecto clave. Básicamente, una vez obtenido el título de grado, los médicos pueden continuar su formación en diversas especialidades médicas, tanto a partir de posgrados como de la especialización vía residencias médicas.

De acuerdo con la definición de OPS, las residencias médicas son “...*el sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines.*” (OPS, 2011)

La tendencia mundial, no sólo a nivel de atención sanitaria, se ha orientado hacia la hiper especialización, con un efecto potencialmente peligroso de balcanización o extrema fragmentación de los saberes y prácticas médicas. Este escenario dificulta aún más la tarea de rectoría y conducción de los sistemas de salud, ya que, entre otras cosas, la creación de nuevas especialidades genera nuevos actores y estructuras de intereses y poder difíciles de coordinar y sobre todo regular.

A la hora de analizar el esquema de residencias médicas de cualquier país, es necesario considerar como un aspecto central, que el mismo se ubica en un espacio intermedio entre las políticas educativas y las políticas laborales: las residencias son al mismo tiempo un ámbito de formación, pero también y simultáneamente, quienes ocupan esos cargos están ejerciendo profesionalmente y son retribuidos por dicha tarea. Esta situación inevitablemente genera tensiones entre los diferentes actores encargados de regular estas funciones (fundamentalmente las universidades y los prestadores de salud), por lo que será una dimensión muy importante a la hora de evaluar el funcionamiento de dicho esquema.

En este sentido, en prácticamente toda América Latina las residencias médicas están a cargo de las universidades (en algunos casos públicas y en otros también participan instituciones privadas), mientras que el financiamiento de estas corre a cargo del prestador o directamente del Estado, lo que configura un escenario de negociación inevitable entre estos actores. La excepción a este esquema es Argentina, donde los ministerios de salud provinciales tienen a su cargo las residencias.

Por otra parte, más allá de que existan diseños institucionales similares, la dinámica política variará en cada caso según el tipo de sistema de salud que se tenga. En aquellos lugares donde el mercado se encuentra más extendido a nivel de provisión de servicios

y de financiamiento, las autoridades podrán tener más dificultades a la hora de imprimir una mirada sistémica que logre considerar las necesidades diferentes entre especialidades, prestadores y regiones del país. Esto no quiere decir que un sistema con predominio público no tenga estos problemas: muchas veces aspectos políticos (autoridades de diferentes partidos o sectores), territoriales (autoridades del segundo o tercer nivel de gobierno que no coordinan con aquellos actores de carácter nacional) o incluso burocráticos (culturas institucionales que dificultan la negociación y el traspaso de información) pueden afectar negativamente las negociaciones y la toma de decisiones.

Con respecto a la selección de residentes, Lobato et al (2014) identifican en Europa dos metodologías diferentes: el modelo Mediterráneo que consiste en una prueba escrita a nivel nacional o regional, integrado por preguntas teóricas y eventualmente una serie de casos clínicos para evaluar. Este es el modelo utilizado en países como España, Francia, Grecia, Italia o Portugal. Como contrapartida, el denominado modelo anglosajón recurre a solicitudes individuales que son evaluadas con entrevistas personales. Con matices, este modelo es utilizado por ejemplo en Alemania, Austria, Países Bajos, Reino Unido o Suecia (Lobato et al, 2014).

De acuerdo con un informe elaborado por OPS con datos del año 2010, los esquemas de residencias médicas en América Latina presentan rasgos compartidos, pero también algunas diferencias importantes. Por ejemplo, respecto al nivel de fragmentación del campo de las especialidades, la región presenta una heterogeneidad importante, desde países como Colombia con 82 especialidades médicas reconocidas hasta El Salvador con únicamente 6. Uruguay, con 51 especialidades declaradas, se ubica en el promedio regional (OPS, 2011).

También existe mucha dispersión entre la cantidad de sedes hospitalarias que forman especialistas médicos en cada país, pero en este caso los números varían fundamentalmente entre aquellos países más grandes y con estructuras federales como Argentina, Brasil o México; de aquellos países como Uruguay, Paraguay o Chile. La gran mayoría de países oferta la mayor cantidad de plazas de residencias en el sector público, con excepción de Brasil y Costa Rica, quien no tiene ninguna sede de carácter pública (OPS, 2011).

A continuación, se describen brevemente algunas características generales de los sistemas de residencias en países seleccionados, con la intención de aportar algunos elementos que podrían ser tomados en cuenta a la hora de pensar cambios en el sistema de residencias médicas existente en Uruguay.

España

Desde 1978 España cuenta con un Sistema Único de Residencias, cuyo acceso está definido a partir de una prueba de carácter nacional, convocada por los ministerios de salud y educación. La reglamentación actual de este sistema se encuentra establecida

en el Real Decreto 44/2003. Allí se establece entre otras cuestiones, que la residencia es una actividad de tiempo completo y dedicación exclusiva, y que los residentes tendrán evaluaciones anuales, además de una prueba final (MSP, 2015).

En materia institucional, existe un Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, integrado por representantes de las distintas especialidades médicas, que junto con la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y las organizaciones de formación, serán las encargadas de establecer los títulos de especialistas que se abren en cada convocatoria.

Las especialidades se agrupan de acuerdo con criterios de troncalidad, con la intención de desarrollar capacidades y contenidos comunes. A partir de ahí, el período de residencia, que en promedio dura 4 años, se distribuye entre 2 años de formación troncal, al menos 11 meses de rotación en especialidades afines, y el resto en la especialización seleccionada. Otro punto importante, sobre todo teniendo en cuenta posibles aprendizajes para el caso uruguayo, es que sólo se puede acceder a una segunda especialización si se acredita 5 años de ejercicio profesional en la primera especialización, y no se podrá acceder a una tercera o sucesivas sin acreditar al menos ocho años de su anterior titulación (MSP, 2015).

De acuerdo con varias personas entrevistadas, el examen de ingreso español es una referencia para varios países de América Latina, entre otras cosas porque muchos profesionales concurren allí a realizar sus especializaciones. El mismo consiste en una convocatoria nacional que consiste en la realización de un examen único: el MIR (Médico Interno Residente). La reglamentación establece que la Comisión de RR.HH del Sistema Nacional de Salud podrá establecer cupos territoriales si fuera necesario a partir de la planificación de necesidades de especialistas. El MIR ordena de mayor a menor los puntajes de todos los postulantes, quienes a partir de ahí van eligiendo su destino de residencia a partir de las plazas o cupos que fueron ofertando las diferentes Comunidades Autónomas de acuerdo con sus necesidades y disponibilidad presupuestal. Según Freire et al (2015) el 95% de las plazas solicitadas para residencias pertenecen al sector público.

En materia laboral, los residentes firman un contrato temporal con el servicio de salud (sea público o privado) que es renovable año a año mientras dura la residencia, dependiendo de la evaluación positiva del comité de la especialidad correspondiente. Este marco regulatorio opera de forma igual para todos los centros que reciben residentes.

México

En este caso, es la Comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud (CIFRHS) la encargada de dirigir el sistema de residencias, regulando la puesta en marcha de la prueba que se realiza a nivel nacional, y también define la cantidad de cupos a partir de considerar las demandas de las especialidades y las necesidades epidemiológicas de la población. Por otra parte, las mismas tienen lugar en centros públicos, universitarios y privados del Sistema de Salud.

Si bien la prueba es excluyente para el ingreso a la formación, el proceso incluye otros dos pasos (ingreso a la institución de salud y la inscripción a los organismos de formación superior). Quienes aprueban el examen de ingreso deben elegir una especialidad, y una vez iniciado el proceso de formación, firman un contrato de función pública con una carga de trabajo entre 44 y 48 horas semanales.

Canadá

Otro caso destacado por algunos entrevistados es el de Canadá. Allí, las personas que tienen su título en medicina no pueden ejercer la profesión hasta tanto no culminen el proceso de titulación de una especialización. Esta es una diferencia importante respecto al caso uruguayo. En este caso, los candidatos a una residencia deben postularse a un servicio electrónico denominado “Canadian Resident Matching Service” (CaRMS), que funciona desde 1970. Básicamente, CaRMS es un algoritmo que empareja residentes con universidades.

Los postulantes identifican los programas de residencia que les gustaría cursar (especialidades y centros de formación), y los ordenan de acuerdo con sus preferencias. Posteriormente, el director académico de cada centro evalúa las postulaciones (rendimiento académico y resultados de la prueba) para determinar qué estudiantes serán entrevistados. Posteriormente, se ordenan los postulantes desde los programas de formación, ordenándolos también por preferencias, y es ahí cuando el algoritmo opera para realizar los emparejamientos. Luego de una primera ronda, el sistema se corre una vez más para una segunda vuelta².

² www.carms.ca/the-match/how-it-works/

4. Presentación del caso: sistema de residencias médicas en Uruguay

4.A. Breve caracterización de la estructura de recursos humanos médicos en el SNIS

A continuación, se presentan algunos datos generales de dotaciones de recursos humanos médicos por especialidad. La cantidad de especialistas registrados³ refleja la disponibilidad de personas con título registrado que cuenta el país para hacer frente a la demanda de atención en salud de los diferentes prestadores. También se presenta la cantidad de personas y cargos que trabajan en los prestadores integrales del subsector privado, ASSE y Sanidad Militar. Los cargos equivalentes a tiempo completo (CETC) son cargos de 175 horas mensuales, que reflejan la disponibilidad de horas de los prestadores considerados. Por otra parte, las densidades están calculadas en función de la población objetivo de cada especialidad.

Tabla 1. Datos generales de dotación por especialidad

	Especialistas registrados	Cantidad de trabajadores	CETC	Densidad de CETC cada 10.000 hab.	Población objetivo
Especialidades Anestésico-Quirúrgicas					
Anestesia	455	527	444	1,26	total
Cirugía general	459	518	412	1,45	> 14 años
Cirugía pediátrica	39	52	43	0,62	< 15 años
Cirugía plástica	128	142	104	0,29	total
Cirugía tórax	19	29	23	0,07	total
Cirugía vascular	52	64	45	0,13	total
Ginecología	721	671	515	3,48	mujeres>14 años
Neurocirugía	39	46	40	0,11	total
Oftalmología	262	274	147	0,42	total
Traumatología	227	310	235	0,66	total
Urología	109	128	137	0,48	> 14 años
Otorrinolaringología	167	168	150	0,42	total
Especialidades Médicas					
MFYC	268	328	198	0,56	total
Pediatría	1.524	1.520	1.010	14,54	< 15 años
Alergología	11	23	10	0,03	total
Cardiología	563	501	300	0,85	total
Dermatología	204	184	80	0,23	total
Endocrinología	189	160	77	0,22	total

³ El dato surge de la base del SHARPS, excluyendo del cálculo a las personas mayores de 70 años y a las defunciones.

Fisiatría	94	113	56	0,16	total
Gastroenterología	223	180	94	0,27	total
Geriatría	100	72	36	0,70	> 64 años
Hematología	120	140	85	0,24	total
Infectología	126	47	23	0,06	total
Intensiva adultos	600	638	511	1,80	> 14 años
Intensiva Pediatría	146	158	100	1,53	entre 1 y 14 años
Medicina interna	912	730	453	1,60	> 14 años
Nefrología	198	201	120	0,34	total
Neumología	99	91	48	0,14	total
Neonatología	288	238	156	42,18	< 1 año
Neurología	117	139	91	0,32	> 14 años
Neuropediatría	40	43	26	0,37	< 15 años
Oncología	146	123	96	0,27	total
Psiquiatría	461	431	284	1,00	> 14 años
Psiquiatría pediátrica	119	112	45	0,64	< 15 años
Reumatología	99	88	44	0,12	total
Laboratorio	321	376	205	0,58	total
Imagenología	187	340	144	0,41	total
Hemoterapia	87	87	72	0,20	total

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS), Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH), Relevamiento Prestadores Públicos, proyecciones de población - INE. Datos correspondientes a febrero de 2020.

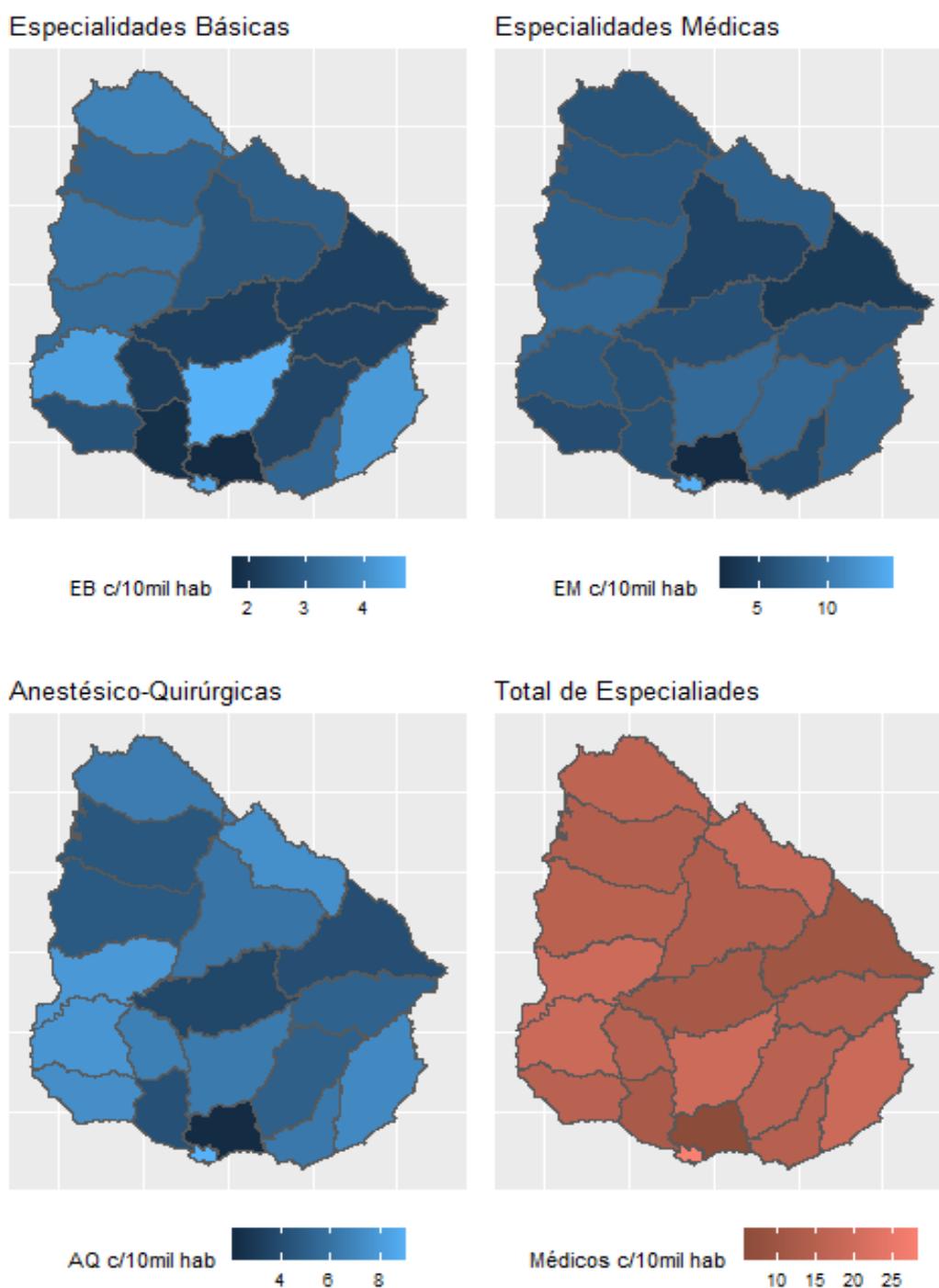
Todos los indicadores están calculados con datos de febrero de 2020, por tratarse de información pre pandemia.⁴

En términos geográficos, una posible forma de aproximarse a la dotación de personal médico con relación a la distribución poblacional, resulta de observar cuál es la densidad de médicos cada 10 mil habitantes en distintas zonas del país.⁵ A continuación en la Figura 1 se presentan dichas densidades tanto para el total general de profesionales como para la subdivisión entre Especialidades Básicas (EB), Especialidades Médicas (EM) y Especialidades Anestésico-Quirúrgicas (AQ), a nivel departamental.

⁴ Durante los meses de pandemia, el sistema de salud tuvo que cambiar las formas usuales de atención, lo que provocó el incremento de horas de algunas especialidades y el descenso de otras. Los datos disponibles reflejan esas variaciones y por tanto se decidió no utilizar dicha información.

⁵ La densidad presentada aquí se calcula como: $dens_{gd} = N^{\circ}CETC_{gd} / Pobl_{d}$, donde N°CETC es el número de cargos equivalentes, Pobl es la población y los subíndices $g=EB, EM, AQ$, $d=departamento$.

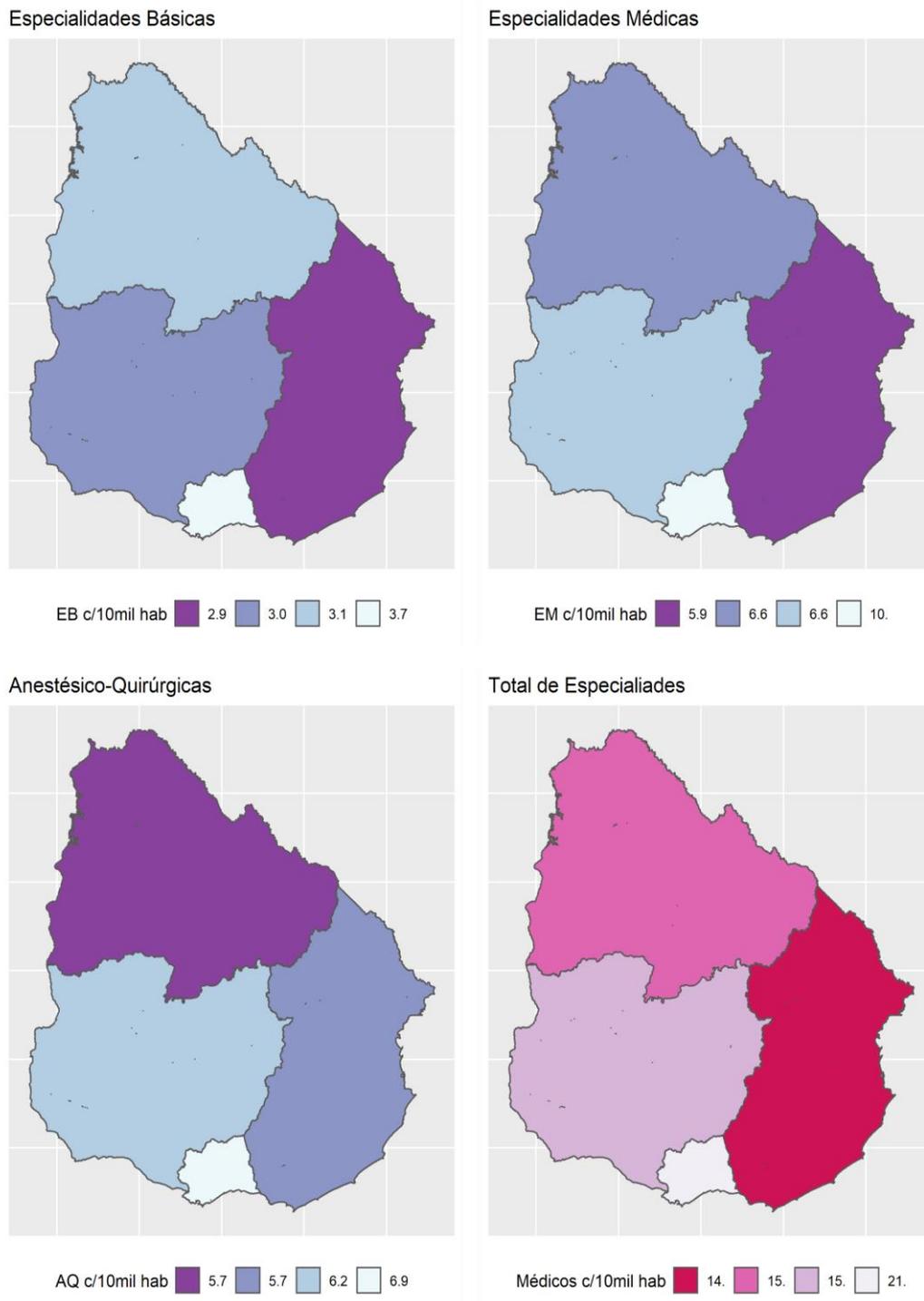
Figura 1. Densidad de especialidades médicas cada 10 mil habitantes según departamento.



Debido a que estas densidades esconden posibles heterogeneidades derivadas de que la organización de la atención en salud (particularmente en algunas áreas o niveles) no responde a divisiones estrictamente departamentales sino a criterios más regionales, se presentan también las dotaciones agrupando al país en 4 regiones (Figura 2).⁶

⁶ El criterio regional adoptado es el que actualmente aplica ASSE para dividir el territorio nacional y planificar la atención de salud de su población. Esta regionalización toma en cuenta diversos factores

Figura 2. Densidad de especialidades médicas por cada 10 mil habitantes según regiones.



Nota: Las regiones consideradas incluyen la siguiente agrupación de departamentos. **Norte:** Artigas, Paysandú, Rivera, Salto, Tacuarembó; **Este:** Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha, Treinta y Tres; **Oeste:** Colonia, Durazno, Flores, Florida, Río Negro, San José, Soriano; **Sur:** Canelones, Montevideo.

(geográficos, poblacionales, viales, sanitarios, etc.) y se entiende es una muy buena aproximación a un esquema general de regionalización para todo el sistema de salud.

Tanto a nivel global del conjunto de especialidades, como si se observan los datos desagregados por especialidades, queda muy clara la concentración de profesionales médicos en la capital del país. Si por el contrario se observa el resto de las regiones a partir de las distintas agrupaciones de especialidades, se advierte que la región Este es la que presenta menor densidad de profesionales médicos, especialmente en aquellas no básicas. En el caso de las especialidades básicas, la distribución resulta relativamente más homogénea si se mira a nivel departamental, indicando una menor desigualdad en la disponibilidad de médicos asociados al primer nivel de atención. También en forma esperable, en términos regionales el Norte del país posee una menor densidad de especialidades anestésico-quirúrgicas. Si bien estos datos deben analizarse tomando en cuenta también el tipo de servicios e infraestructura disponible en cada región; es claro que cualquier tipo de iniciativa que implique una mejor distribución territorial de los recursos humanos médicos deberá tener en cuenta estas particularidades regionales.

4.B. Antecedentes normativos y presentación de la normativa vigente: las residencias médicas en el SNIS.

La preocupación por la formación de los médicos en Uruguay viene de larga data, y el primer esfuerzo normativo por regular esta función se realizó en 1970, con la promulgación de la ley 13.892. Posteriormente, el sistema sufrió algunas modificaciones durante la dictadura, con el Decreto-Ley N° 15.372 de 1983. Allí se establecía al sector público como único espacio para estas actividades, y se creaba una comisión técnica integrada exclusivamente por médicos (2 pertenecientes al MSP y 3 de la UDELAR, con dirección rotativa).

Luego se modificó con la ley 16.574 de 1994, donde se incorporaron los prestadores privados, y cambió la integración de la comisión técnica, aunque manteniendo la exclusividad en la representación de médicos con al menos 5 años de ejercicio (3 del MSP y 3 de la Universidad de la República -UDELAR-).

Finalmente, durante los gobiernos del Frente Amplio, las residencias médicas tuvieron dos cambios legales: la ley 18.438 de diciembre del 2008 incorporó más actores a la comisión (Administración de Servicios de Salud del Estado -ASSE-, Hospital de Clínicas, facultades de medicina y prestadores privados); mientras que la ley 19.301 del año 2015, que rige actualmente, establece una integración del Consejo Administrador Honorario del Sistema Nacional de Residencias Médicas (de aquí en adelante Consejo Administrador) con los siguientes actores:

- 2 representantes del MSP (uno de ellos preside el Consejo)
- 1 representante de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (FMED) (dirección técnica)
- 1 representante de los médicos residentes (cuya elección es organizada por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU))
- 1 representante de los prestadores (privado, que tenga más residentes y más recursos destinados a tal fin)

- 1 representante de la FMED elegido por el Consejo de la Facultad

En la exposición de motivos de dicha ley, se establece explícitamente la necesidad de reposicionar al MSP dentro de la dirección del Sistema Nacional de Residencias Médicas, con el objetivo de cumplir con las responsabilidades que tiene dicha entidad en la conducción del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por otra parte, también se buscó un funcionamiento más eficiente del órgano director, y de ahí el cambio de una Comisión Técnica hacia un Consejo Nacional de Residencias Médicas. Finalmente, otra de las razones esgrimidas para realizar modificaciones en la normativa vigente hasta ese momento fue la de promover un mayor énfasis en la formación y radicación de profesionales médicos en el interior del país.

Actualmente, Uruguay tiene 52 especialidades médicas entre las cuales las personas graduadas en medicina podían concursar para acceder a los cupos de posgrado y residencias médicas habilitados.

En términos de oferta hospitalaria para realizar dichas residencias, al 2013 estaban habilitadas 24 sedes hospitalarias, de las cuales 19 pertenecían al sector público y 5 a prestadores privados. En dichos centros se distribuyeron 246 plazas (221 en el sector público y 25 en el sector privado). Aquellos centros asistenciales, tanto públicos como privados, que tengan intenciones de ingresar al sistema de residencias, deben estar acreditados y cumplir con las normas elaboradas por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Art. 2 de la ley 19.301). Una vez otorgada dicha acreditación (que dura 3 años) el centro adquiere el rango de Centro Docente Asociado (CEDA). Esta solicitud se debe realizar tantas veces como especialidades se quieran formar, lo que claramente introduce una rigidez bastante importante sobre este proceso.

Tabla 2. Cantidad de inscriptos y cupos disponibles en el llamado a residentes 2020

Especialidad	Inscriptos 2020	Cupos 2020	Relación cupos-inscriptos (%)
<i>Administración de servicios de salud</i>	3	3	100
<i>Anatomía patológica</i>	4	2	50
<i>Anestesiología</i>	86	16	19
<i>Cardiología</i>	76	17	22
<i>Cirugía cardíaca</i>	6	1	17
<i>Cirugía general</i>	36	12	33
<i>Cirugía pediátrica</i>	7	1	14
<i>Cirugía plástica</i>	31	4	13
<i>Cirugía tórax</i>	7	2	29
<i>Cirugía vascular</i>	6	1	17
<i>CTI pediátrico</i>	21	4	19
<i>Dermatología</i>	38	4	11
<i>Emergencia pediátrica</i>	4	2	50
<i>Endocrinología</i>	10	1	10
<i>Enfermedades infecciosas</i>	7	1	14

<i>Epidemiología</i>	s/d	1	
<i>Farmacología</i>	s/d	s/d	
<i>Fisiatría</i>	3	3	100
<i>Gastroenterología</i>	13	1	8
<i>Geriatría</i>	4	4	100
<i>Ginecología</i>	79	28	35
<i>Hematología</i>	13	4	31
<i>Imagenología</i>	59	11	19
<i>Infectología</i>	s/d	s/d	
<i>Laboratorio</i>	5	5	100
<i>Medicina del deporte</i>	s/d	s/d	
<i>Medicina intensiva</i>	53	26	49
<i>Medicina interna</i>	55	32	58
<i>Medicina legal</i>	5	1	20
<i>Medicina nuclear</i>	2	1	50
<i>Medicina transfusional</i>	3	2	67
<i>Medicina Familiar y Comunitaria</i>	13	18	138
<i>Microbiología</i>	0	1	
<i>Nefrología</i>	s/d	7	
<i>Neonatología</i>	13	13	100
<i>Neumología</i>	6	2	33
<i>Neurocirugía</i>	8	1	13
<i>Neurología</i>	12	4	33
<i>Neuropediatría</i>	4	2	50
<i>Oftalmología</i>	39	6	15
<i>Oncología</i>	7	6	86
<i>Oncología radioterapia</i>	1	1	100
<i>Otorrino</i>	20	5	25
<i>Parasitología</i>	s/d	s/d	
<i>Pediatría</i>	59	40	68
<i>Psiquiatría</i>	28	9	32
<i>Psiquiatría infantil</i>	4	6	150
<i>Reumatología</i>	1	1	100
<i>Salud ocupacional</i>	7	2	29
<i>Toxicología</i>	0	1	
<i>Traumatología</i>	39	8	21
<i>Urología</i>	21	4	19
Total general	918	327	36

Fuente: elaboración propia en base a datos brindados por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la UdelaR.

Al observar la Tabla 2 pueden identificarse cómo se distribuyen los cupos entre especialidades, pero también cuál fue en el llamado de 2020 la demanda efectiva por dichos cupos. A nivel general, solo un 36% de las personas que aspiran a una residencia

podieron ingresar al sistema, lo que da cuenta de los problemas que tiene el sistema actual para cubrir la demanda. Algunas de esas personas pueden haber ingresado a un posgrado, pero otras vieron postergado al menos un año su posibilidad de especialización. Igualmente, y tal como se enfatizará más adelante, la discusión sobre la cantidad de cupos disponibles para las diferentes especialidades debería estar informada por las necesidades asistenciales del sistema, y no solo por la demanda de médicos y/o la voluntad de las cátedras.

4.C. El Consejo Administrador Honorario del Sistema de Residencias Médicas (integración, funcionamiento, capacidades técnicas y políticas)

De acuerdo con la información aportada por las personas entrevistadas, existe un reconocimiento de que el Consejo Administrador ha tenido continuidad en el funcionamiento, y es un espacio que se ha ido legitimando entre los distintos actores del sistema. Al mismo tiempo, se reconoce que el Consejo Administrador presenta algunas dificultades en su funcionamiento para poder cumplir con los cometidos que le asigna la ley. Estas dificultades no están vinculadas a la integración de dicho espacio (de hecho, hay amplio acuerdo en que concurren las instituciones que tienen que estar) sino a la falta de capacidades administrativas y políticas del ámbito.

Por un lado, la estructura administrativa del Consejo Administrador es mínima, y consta de un gerente administrativo provisto por concurso por el Ministerio de Salud, mientras que la sede pertenece a la órbita de la Facultad de Medicina (Artículo 5 de la ley 19.301). Esto claramente repercute en la capacidad de recolectar, procesar, y analizar información de egresados/as, cátedras y prestadores para poder tomar decisiones sobre cupos en base a evidencia. En este espacio conviven por los cometidos que le asigna la ley, aspectos operativos con cuestiones de planificación estratégica, y lo que termina ocurriendo es que la frecuencia de las reuniones y la dinámica diaria lleva a que se termina priorizando lo administrativo por sobre la mirada de mediano y largo plazo (Entrevista 9).

De acuerdo con la ley, el Consejo Administrador tiene entre sus cometidos elaborar el reglamento de residencias médicas, proponer la creación de nuevas plazas y distribuir las plazas entre especialidades y centros que cuenten con un jefe de residente. Lo que ocurre en la práctica es que el Consejo Administrador no tiene prácticamente ningún mecanismo que le permita incidir en la cantidad de cupos que se ofertan por parte de las cátedras, y mucho menos sobre la demanda de residentes por parte de los prestadores públicos y privados. *“El consejo sólo puede estimular a que cada profesor hable con los prestadores para crear cargos, por ejemplo, en el interior. Más que eso nada.”* (Entrevista 6)

No existe hoy en día ningún elemento regulatorio que le permita al órgano rector una reconfiguración de los patrones de distribución de cupos históricamente construidos. *“La realidad es que el consejo no tiene capacidad de dación sobre los pagos ni sobre los cargos financiados. Está todo maravilloso, pero si no tenés plata sobre la que decidir es*

todo medio complejo. Por ejemplo, un prestador decidió salir y te quedaste sin 60 cargos. Al no tener plata para apretar y decir, a vos te pago o no te pago, no hay forma, es muy difícil.” (Entrevista 5)

Respecto a los actores que participan en el Consejo Administrador, varios entrevistados pusieron énfasis en el escaso liderazgo del ministerio en tanto rector del sistema, y su nula capacidad para lograr que algunos actores modifiquen su comportamiento, como en las dificultades de funcionamiento interno que presenta: *“Para que te hagas una idea, el Ministerio hace dos años quiere tener residentes y no ha logrado concretarlo, porque tiene que generar los cargos también.”* (Entrevista 2) Por otra parte, si bien en líneas generales los organismos representados en el Consejo están legitimados por su rol en este tema, también se reconoce la ausencia de una mirada específica del problema desde el interior del país. Este punto cobra particular relevancia debido a que la radicación de profesionales médicos en el interior, y una mayor y mejor distribución territorial de los recursos humanos en salud, es un aspecto clave del problema.

Otro aspecto importante que es trabajado rutinariamente desde el Consejo Administrador tiene que ver con el tratamiento de denuncias por parte de quienes están cursando las residencias: *“...nos preocupó inicialmente las denuncias y renunciaciones de los residentes que asumen. Todos los que fuimos residentes sabemos el esfuerzo que implica la preparación de ese concurso. Y nos sorprendía que residentes que entraban a una determinada especialidad, renunciaron a veces en el primer año, a veces el segundo año.”* (Entrevista 8). Ahí se detectaron diferentes situaciones de maltrato, pero también que en muchos casos los prestadores terminan usando a los cargos de residencia como mano de obra barata, realizando funciones sin el acompañamiento que deberían tener por parte de los cargos de tutoría. Sin lugar a duda, el tratamiento de cuestiones administrativas y denuncias repercute notoriamente en la capacidad del espacio para abordar aspectos de planificación estratégica con un horizonte de mediano y largo plazo.

4.D. Definición de cupos

El proceso que termina en la definición de un número determinado de cupos por especialidad médica y prestador de salud es el resultado de tres tensiones u orientaciones diferentes: por un lado, la autoridad sanitaria debería tener una imagen objetivo de qué recursos humanos se precisan para cada especialidad, tomando en cuenta las necesidades asistenciales de la población, considerando variables territoriales y de distribución entre prestadores públicos y privados. En segundo lugar, los prestadores requieren la incorporación de profesionales, en función de su capacidad financiera, que cubran ciertos puestos de relevancia para la organización de la asistencia. En tercer lugar, las universidades, formadoras de estas personas, definen la capacidad que tienen para asumir cierta cantidad de plazas.

Más allá del juego político y de intereses creados en torno a cada uno de estos actores, y el formato de decisión adoptado, parece deseable que las resoluciones en torno al

número de profesionales a formar tengan como insumo esencial la disponibilidad de evidencia: proyecciones sobre la evolución de la cantidad de médicos disponibles, distribución de estos a lo largo del sistema, caracterización epidemiológica de la población y cómo se distribuye territorialmente, entre otros. Sin embargo, este aparece como el punto de mayor debilidad en el sistema de residencias médicas en Uruguay.

“Los números de cupos están limitados a cuánto puedo aceptar en mi servicio y en cuánto puedo pagar, pero nadie mira cuántos se van a precisar dentro de 10 años. Eso lo tendría que mirar el MSP en base a los objetivos de salud, o en base a las listas de espera de X cosa, o en base a un proyecto que quiero desarrollar, o al cambio del modelo de atención. Lo tendría que analizar con una mirada superior. El consejo de residencias reparte tres cargos, no tiene el vuelo ese.” (Entrevista 3)

Si bien formalmente todos los prestadores integrales del SNIS pueden potencialmente formar residentes, en los hechos ocurre que es el prestador público (ASSE) quien asume la mayor cantidad de cupos, y la mayor variedad de especialidades. *“Cada prestador llama lo que quiere. Ahí tenemos dos cosas: prestadores privados, por un lado, y ASSE y el Hospital de Clínicas por el otro. Estos últimos son los que llaman (cupos para) residencias que nadie llama. Son especialidades que a nadie le interesa formar, porque gente hay en la vuelta y tiene solucionados esos problemas. Si tengo un IMAE cardiológico voy a llamar cardiólogos, si tengo una mutualista grande voy a llamar pediatras. Cada uno llama a los que quiere. La presión cae sobre ASSE, que recibe el llamado de los docentes solicitando esos cargos que nadie forma.”* (Entrevista 5)

Sobre este punto, es interesante destacar algunas opiniones expresadas respecto al potencial transformador de la dinámica de funcionamiento del sistema de salud que poseen las residencias médicas. Diversas entrevistas aludieron al hecho de que aquellos centros de salud que incorporan programas de formación tienen en general mejores resultados asistenciales. Esto se debe entre otras cosas a que se trata de trabajadores/as que están en pleno proceso de formación, y por ende traen nuevas formas y estilos de practicar la medicina, o también pueden estar más abiertos a la incorporación de avances en tratamientos o medicinas que profesionales con mucho tiempo de ejercicio.

Pero al mismo tiempo, el potencial transformador de la práctica médica por parte de residentes debe ser matizado, debido fundamentalmente a que estas personas se insertan en una lógica de funcionamiento y una cultura organizativa y profesional muy difícil de mover. Así lo expresaba una de las entrevistadas: *“No se puede hacer la revolución con los residentes. Las residencias son reproductivas, reproducen lo que ve, es un modelo de disciplinamiento. El residente no va a cambiar el modelo, el residente va a tratar que el modelo lo acepte.”* (Entrevista 1)

Se reconoce igualmente en la herramienta la potencial capacidad para modificar ciertos patrones como el cambio en el modelo de atención. *“Por ejemplo, con la apertura de los 30 cargos para Medicina Familiar y Comunitaria. Se abrió porque había que priorizar el Primer Nivel de Atención. O sea: los cargos son una herramienta muy importante para direccionar el sistema. Pero hasta ahora todas las veces ha sido por caprichos de la*

persona que está y el valor histórico. Otro tema es, por ejemplo, que los cirujanos se quejan de que no hay suficientes números de eventos (operaciones). Se debería pensar, ¿cuántas operaciones hay?, ¿dónde están? Voy a tener que distribuir los residentes en función de eso. Esto que es obvio no se hace.” (Entrevista 3)

“Cada institución debe decidir en qué área se acredita como centro docente asociado. Hasta que no esté acreditado, la Escuela de Graduados no le va a preguntar si tiene disponibilidad de cargos para el próximo concurso de residencias. La acreditación implica el diálogo con las cátedras. Si hay más de una cátedra debe de decir a cuál de ellas se adscribe. Los prestadores más pequeños, por ejemplo 2.000 afiliados, tienen menos servicios asistenciales. Obviamente esto funciona en red y puede estar amplificado. En los hechos, cada cual dice cuántos puede financiar, cuantos puede atender y por cuánto tiempo lo hará en cada especialidad.” (Entrevista 4)

Respecto a la capacidad de solicitar cupos por parte de ASSE, de acuerdo con la información relevada en las entrevistas, el criterio que se sigue es de tomar en cuenta el número histórico, que puede ir variando en función de la disponibilidad presupuestal: los montos destinados en el rubro 0 (cero) del presupuesto para pagar este tipo de cargos. Este hecho le otorga al proceso un componente de incertidumbre en la medida que dichos montos pueden oscilar en función de las prioridades políticas, sin manejar criterios de necesidad asistencial. En el mismo sentido, también puede ocurrir que aumenten los años de residencia en algunas especialidades, lo que deriva en la reducción de crédito disponible para contratar más residentes en años sucesivos.

La dependencia de la existencia de residentes en los prestadores se expresa claramente en algunos centros asistenciales de ASSE: *“Hay ahí una confluencia de intereses, porque la facultad necesita un espacio de formación para sus especialistas y ASSE necesita personal para realizar la atención. El residente no debe estar solo, tiene que funcionar supervisado, con una autonomía progresiva. No obstante, hay mucha actividad que descansa sobre los residentes y son fundamentalmente los servicios de urgencias de los hospitales públicos. Todas las guardias tienen un médico de guardia y un cirujano de guardia, con el volumen que atiende. Imagínate que si no hay residentes no funciona, y ahí se da la confluencia. En los hospitales, por ejemplo: el Maciel precisa que haya 12 residente de medicina para la puerta. El país precisa 12 que precisa el Maciel, más 12 que precisa el Pasteur más 12 que precisa el Clínicas. Ahí son 36 y sin tener en cuenta el interior. Ahí la lógica de funcionamiento de los cupos empieza a dar problemas importantes.” (Entrevista 2)*

Esta heterogeneidad intrínseca a sistemas de salud mixtos como el uruguayo, refuerza la necesidad de que la gestión de los instrumentos de formación de recursos humanos tenga un componente participativo y negociado entre las diferentes miradas al proceso, pero al mismo tiempo, se necesita orientar el intercambio hacia un rumbo determinado. En este sentido, dada la pretensión del sistema de salud uruguayo de ser “integrado”, una alternativa interesante por explorar para potenciar y mejorar la asignación de cupos a lo largo de todo el territorio, manteniendo las garantías de una formación adecuada (por ejemplo, tomando en cuenta el número de eventos o casos con los que trabajar)

puede ser la colaboración entre prestadores públicos y privados en la recepción de residentes. De esta manera, el/la residente no pertenecería a un prestador, sino a la región o sistema en su conjunto.

Si bien hay consenso en que dicho rol debe ser asumido por los representantes ministeriales, también existen dudas o cuestionamientos respecto a la capacidad de dicho actor de ofrecer una mirada de mediano y largo plazo:

“Lo de establecer las necesidades a través de la rectoría tiene un grave riesgo de que el gobierno de turno establezca prioridades. Si no hay un sistema serio y no existe un sistema de verdad, no se identifican cuáles son las variables que hacen al asunto, ni cuáles son las necesidades guiadas por objetivos. Por ejemplo, el trabajo que se hizo con los Objetivos Sanitarios. Uno puede estar de acuerdo o no con el resultado, pero uno no puede dudar del método. El problema de Uruguay es que en la evaluación de cuántos RRHH se necesitan en la salud, el método deja mucho que desear. Yo desconfío muchísimo en dejar el proceso puramente en la rectoría, porque la rectoría no tiene honestidad en eso, no mira 10 años para adelante, no tiene que ver con el partido político: el que está en el poder en ese momento resuelve lo que le parece, como le parece. La opción de tener un observatorio que tenga actores diversos, y que tenga una forma de trabajar que muestre algo sería ideal. Las visiones son muy parciales de quien dice: falta esto, sobra aquello.” (Entrevista 3)

Nuevamente, el problema de tener sistemas de información fiables y gestionados centralmente vuelve a aparecer como elemento clave, que al mismo tiempo se vincula con la necesidad de construir capacidades administrativas que le otorguen al Estado ciertas dosis de autonomía a la hora de tomar decisiones. *“Al MSP le debería preguntar qué estima para el año siguiente, qué se necesita, y ahí yo veo. El MSP no tiene ese número. No es una tarea del Consejo crear ese número. El que debería crear ese número es un observatorio, por la amplitud. Ahí después uno puede decir que va a formar 10 traumatólogos, pero el observatorio me dijo 40. Y ahí veo si puedo aumentar los cupos. Pero por lo menos con el número conocido, porque hoy lo estoy haciendo sin un número de referencia.”* (Entrevista 3)

Vinculado con lo anterior, en otra entrevista se menciona que más allá de que el Consejo Administrador obtuviera la información necesaria para estimar la cantidad y ubicación de los cupos necesarios por especialidad, todavía quedaría el problema de garantizar que en esos lugares existieran las condiciones adecuadas para realizar un correcto proceso de formación: *“Nosotros queremos que el sistema como Sistema Nacional Integrado sea el que decida cuál es la demanda, para evitar esas brechas de las que hablábamos anteriormente: cuál es la demanda, en qué lugar. Y así llamar a los puestos de residencias en esas instituciones y en esos departamentos en los cuales se necesita. ¿Cuál es el problema de esto? Nosotros necesitamos que haya una cátedra atrás que avale la formación de este residente. Y necesitamos unidades que estén avaladas para formar a esos residentes, y que mantengan su vínculo con la cátedra central.”* (Entrevista 8)

Con relación a los incentivos que pueden tener los diferentes prestadores para participar del sistema de residencias, la mayoría de las personas entrevistadas reconocen que los mismos son escasos, y que muchos de los prestadores privados utilizan a las residencias como un mecanismo de obtener recursos humanos a menor costo. Históricamente, ASSE es el principal destino de los residentes (de hecho, la posibilidad de realizar residencias en IAMCs no siempre existió) y esto instala la cuestión de la necesidad de que exista un compromiso efectivo en dicho proceso del conjunto de prestadores integrales: *“La mayor parte de los recursos se forman en ASSE y mínimamente en los privados. Pero todos los prestadores privados necesitan especialistas. Los prestadores privados luego reciben esos recursos, pero no tuvieron incidencia en ninguna parte de la formación de ese recurso. El prestador hoy recibe recursos humanos formados sin haber participado del proceso ni aportado nada al respecto.”* (Entrevista 6)

4.E. Financiamiento del sistema de residencias y pago a los/as residentes

A partir de la información relevada durante las entrevistas, queda claro que el salario que perciben los residentes es muy bajo en comparación con los salarios médicos, que no existe ningún tipo de laudo único a nivel de Consejos de Salarios, y que su financiamiento recae en la capacidad y voluntad de cada prestador. Estos factores evidencian un nudo crítico para cualquier tipo de intento de mejora del sistema.

Los problemas asociados al salario impactan directamente en otro factor clave de las residencias en tanto espacio y momento de formación: la dedicación horaria. Si bien las residencias fueron pensadas como una actividad que le insume a la persona una dedicación exclusiva, lo cierto es que, dados los ingresos recibidos por esta tarea, muchas veces los residentes combinan esta actividad con trabajos en otros espacios del sistema de salud, como por ejemplo las emergencias móviles. *“Si vos mirás el sueldo de un residente es menor que un sueldo que un laudo de médico general. Cuando el residente es un médico general que cumple 44, 48 horas. Los hospitales descansan sobre los residentes, y los residentes reciben un sueldo que ni siquiera es de médico general y termina haciendo labor de especialista.”* (Entrevista 2)

Otro punto importante vinculado a la retribución recibida es el impacto que tuvo sobre el sector la reforma que culminó con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que entre otras cosas mejoró notoriamente las condiciones salariales del conjunto del sector, tanto en el ámbito público como privado, y entre trabajadores médicos y no médicos. Sin embargo, dichas mejoras no parecen haber llegado con la misma magnitud a las residencias: *“Antes de la crisis 2002, los sueldos eran muy malos, pero no había trabajo, así que entrar a la residencia era lo mejor que te podía pasar. Hoy, hay gente que renuncia a la residencia y se queda como posgrado y trabaja afuera. Llegamos a este punto porque han mejorado mucho las condiciones de trabajo de los médicos en estos últimos 20 años, y la residencia sigue siendo de hambre, menos de lo que se le paga a un guardia de seguridad, no hay nadie en la salud que gane esto.”* (Entrevista 3)

Sobre este punto, una de las opciones de mejora parece estar asociada a la inclusión del salario de las residencias dentro de los laudos a discutir en las instancias de negociación colectiva (opción manejada principalmente por el Sindicato Médico del Uruguay), estableciendo una escala de retribuciones que vaya aumentando en la medida que el residente asume mayores responsabilidades. Otra alternativa que no rivaliza con la anterior es la de asociar estos cargos a las retribuciones recibidas (total o parcialmente) por las personas que ocupan Cargos de Alta Dedicación (CAD) incluidos dentro de la Meta Asistencial 4. Los CAD son uno de los pilares en los que se ha intentado avanzar hacia una reforma del trabajo médico, para entre otras cosas reducir los altos niveles de multiempleo y mejorar la calidad asistencial. Su implementación se inició en el año 2012, y consisten en cargos con una dedicación horaria de entre 20, 30 o 40 y 48 horas de trabajo semanales, dependiendo la especialidad, en una misma institución, y que incluye tareas de policlínica, guardias, internación, coordinación y formación.

“Cuando el residente se recibe y no está “contaminado” por el virus del multiempleo, sería ideal que una proporción grande de esas personas pudieran ingresar ya con CAD. Para esto se necesitan más CAD en el sistema, y un sistema que haga que las personas hagan un trayecto más sano. Yo hago la residencia, y luego tengo la posibilidad de quedarme como CAD. Es una forma también de poder regular, poniendo CAD donde necesito. Viendo la trayectoria de vida de la persona, una vez que agarró tres trabajos es difícil que lo reconviertas.” (Entrevista 3)

Respecto a la necesidad de establecer algún tipo de regulación en materia de salarios, por ejemplo, vía laudo único, en diversas entrevistas se reconoce que no hay criterios comunes, y que cada prestador paga diferente: a veces por el salario mismo, y otras veces debido a la existencia de compensaciones o pagos por encima del salario (por ejemplo, residentes de cirugía que participan de procedimientos que se pagan con acto médico). Por otra parte, también se reconocen importantes diferencias entre los prestadores privados y ASSE.

4.F. Ingreso al sistema: prueba de ingreso y vínculo entre posgrados y residencias

Actualmente, el sistema vigente consiste en una prueba de ingreso anual para cada especialidad médica, y a partir de los resultados de dicha prueba los/as candidatos/as se ordenan y asignan los cupos disponibles dentro de la especialidad por la que concursaron. Dicho esquema es criticado entre otras cosas por la cantidad de esfuerzos en materia de recursos humanos y financieros movilizados para esta instancia, sumado al tiempo que insume la preparación de las pruebas y su posterior corrección. Por otra parte, la gestión académica de la prueba queda a cargo de la Facultad de Medicina, y más específicamente, las cátedras que ofertan cupos de formación. Hoy en día, no existen restricciones respecto a la cantidad de veces que una persona se pueden presentar a los llamados, ni sobre la edad de estas.

“El motivo del cambio es que hoy existen 40 pruebas, con distintos criterios de evaluación, y con distintos tribunales. 150 personas abocadas a eso durante 20.000

horas. Gente que no está en sus servicios, haciendo lo que tiene que hacer y corrigiendo pruebas. Cuando en realidad el objetivo de la prueba debería ser únicamente ordenar a las personas.” (Entrevista 5) El último punto mencionado en la cita es otro de los aspectos criticados por algunos actores del sistema: las pruebas de ingreso en muchos casos exigen un nivel de conocimiento que debería ser el esperado una vez que la persona pasó por el proceso de residencia. Esto genera un componente añadido de estrés y presión a la preparación de la prueba; algo que influye consecuentemente con la finalización de la carrera de grado: *“El último año (de la carrera) ya se perfila en función de la prueba que vas a dar, y por ende no hay un aprovechamiento correcto de ese último año. Por ejemplo, se realiza la rotación en función de la prueba que se va a dar, y ya vas preparando la prueba sobre el final, porque se finaliza en agosto y entre octubre y noviembre ya das la prueba.”* (Entrevista 5)

A partir de estos cuestionamientos al régimen existente, se comenzó a generar una corriente de opinión favorable a modificar la prueba. La propuesta que se comenzó a construir es la de ir hacia una prueba única como la existente en países como España. *“En el 2007 se hizo una propuesta, pero no prosperó. En algunas especialidades es una prueba de memoria, porque aprenden cosas que no han hecho aún. Hay veces que no hay diferencia con la prueba de salida.”* (Entrevistada 6)

El proyecto de reforma de las pruebas de ingreso elaborado en el interior del Consejo Honorario de Residencias Médicas, y presentado al Consejo de la Facultad de Medicina para su tratamiento y eventual aprobación, establece como opciones de cambio el establecimiento de una prueba única, o la realización de pruebas por áreas (quirúrgicas, médicas y sociales). Por otra parte, también deja abierta las opciones de prueba (múltiple opción o temas abiertos, por ejemplo). El objetivo de esta transformación es democratizar el acceso a la formación de especialidades, en la medida que dicha prueba única establece un orden de prelación igual para todas las personas que aplican. Pero al mismo tiempo, potencialmente es un instrumento más eficiente de asignación, en la medida que podría evitar que queden cupos libres en algunas especialidades, y al mismo tiempo, personas que quedaron fuera de su primera preferencia, pero no tendrían inconvenientes en tomar otra residencia, como sí ocurre hoy en día.

Por otra parte, a la hora de evaluar el funcionamiento del sistema de formación de especialidades médicas, es necesario considerar al fenómeno en su globalidad, ya que las residencias no son la única forma (ni siquiera la mayoritaria) de especializarse: en Uruguay estas conviven, en algunas especialidades, con la existencia de posgrados académicos. En este punto, el debate principal gira en torno a la conveniencia o no de que convivan dos formatos diferentes de formación, con lógicas de funcionamiento un tanto distintas (las residencias son pagas y los posgrados no) pero que comparten muchas características, tal cual lo expresan muchas de las personas entrevistadas.

“La residencia y el posgrado están muy unidos porque se entra dando la misma prueba. Por lo general hay más cargos de posgrado que de residente. El régimen es distinto, porque al residente le obligamos a hacer guardias, y a los residentes le validamos los créditos de guardia de otra manera. En el resto de las actividades no hay diferencia, por

ejemplo, ir a hacer policlínica. Cuando hablamos de sistema de formación estamos hablando de todo. Sobre todo, en especialidades donde históricamente hay mucho posgrado y poca residencia.” (Entrevista 3)

Más allá de las preferencias individuales o corporativas, lo cierto es que dentro del esquema actual de recursos humanos del SNIS, y las dificultades existentes para ampliar la cantidad de cupos de posgrados, el sistema no puede darse el lujo de restringir la cantidad de posgrados. *“Hay un mito de que si te formaste en el posgrado tendrás una formación de segunda. Eso es para algunas especialidades y para otras no. Hay especialidades en las que el profesor no sabe quién es residente y quién es posgrado, y cumplen todos lo mismo. La residencia te exige 48hs, el posgrado 36hs. Lo ideal es que sea todo residente y tiempo completo, pero no hay recursos para eso. El sistema también necesita a quienes se forman por posgrado.” (Entrevista 6)*

Estas consideraciones permiten trazar un horizonte deseable, que será retomado posteriormente, donde la primera especialización se realice obligatoriamente a través de una residencia, y que las posteriores especializaciones tomen el formato de posgrado. Lógicamente, este tipo de movimientos debería estar acompañado del aumento de cupos para residencias, tanto a nivel global como en diversidad de centros de atención, tanto de Montevideo como del interior del país. *“...en Uruguay tenemos que brindar mucha más cantidad de cargos de residentes, tenerlos más extendidos por todo el territorio y fortalecer en algunos lugares las Unidades Docentes Asistenciales. Esto asegura a la población, para el sistema es un prestigio, y garantiza una formación de base más uniforme.” (Entrevista 4)*

4.G. Fortalezas y debilidades del sistema actual: las residencias como proceso de formación y como asunto de política laboral

A la hora de evaluar las fortalezas y debilidades del sistema actual de formación de especialidades médicas, algunas de las personas entrevistadas destacan el espíritu de acceso universal que tiene el mismo, en la medida que no establece a priori ninguna restricción, como el tiempo de recibida de la persona, además de habilitar que cualquier pueda postularse a la especialidad que prefiera, a tono con los postulados generales de la Universidad de la República. Otro aspecto destacado por algunos entrevistados es el de la calidad de la formación recibida: *“Cuando uno va al exterior o recibe residente ve que en general nuestros residentes están en el mismo nivel o superior.” (Entrevista 3)* Este punto está asociado también a la capacidad de aquellos/as docentes que forman parte de los equipos de tutores que son acreditados y regulados por la Escuela de Graduados.

Entre las debilidades encontradas, muchas de ellas fueron apareciendo anteriormente, aunque vale la pena retomarlas. Por un lado, se identifica como un aspecto problemático el hecho de que el sistema de residencias no cuente con recursos propios para por ejemplo financiar cupos. Pero sin lugar a duda, la principal debilidad del sistema de residencias vigente es la desigual distribución territorial de los cupos, que se

encuentran fuertemente concentrados en Montevideo. *“No hay desarrollo de las pasantías de los residentes por los dispositivos del interior del país para lograr la radicación posterior. Es necesario presionar a las cátedras para que estas desarrollen los dispositivos en el interior. La rectoría puede impulsar esto dando recursos materiales para fomentar. Es necesario asignación presupuestal para que la UdelaR haga esto.”* (Entrevista 7)

Al mismo tiempo, otros entrevistados reconocen la dificultad de una mejor distribución territorial de las residencias, que además no son un problema exclusivo de este esquema de formación, sino dilemas históricos del sistema de salud en su conjunto: *“Es muy difícil la formación para la redistribución. Son pocos los que eligen formarse lejos de casa. Está muy ligado a lo afectivo. Todos los lugares que tienen problemas de erradicación ofrecen incentivos, económicos y vivienda. Los atraen porque son lugares bellos, o porque son lugares de migrantes y tiene lazos en esos lugares. Los desplazamientos tienen que ver con algo más que dinero, con cuestiones sociales, culturales, afectivas, lugares bellos. La residencia es muy dura por lo que no quieren estar lejos de sus afectos.”* (Entrevista 1)

Finalmente, en términos estratégicos, hay un cierto consenso, ya mencionado, entre las personas entrevistadas, respecto a la incapacidad del esquema de conducción actual para estimar las necesidades formativas a nivel de sistema, para posteriormente poder planificar la generación y distribución de los cupos y cargos de formación: *“Hoy no sabemos si determinado servicio necesita especialistas o no. Tenemos el dato por habitante de Montevideo e interior. Sabemos que en números globales estamos bien pero que el 80% está en Montevideo. Y los que están en Montevideo tienen múltiples empleos.”* (Entrevista 5)

“Los números de residentes que llamamos no se relacionan con las necesidades del país. Si bien en algunos casos tenemos nociones. No tenemos, y no hay forma de estimar, treinta años para delante. Pero más o menos hoy hay cosas que no estoy cubriendo. Por ejemplo, la huelga de anestésistas se dio porque eran muy pocos y cobraban lo que querían. Hoy se llaman tres veces más residentes de anestesia que en esa época y hace que hoy tengamos una situación mucho más holgada.” (Entrevista 3)

5. Estimación de brechas en especialidades médicas

5.A. Antecedentes: estudios previos que han intentado medir el fenómeno

La estimación de las distintas necesidades o brechas existentes respecto a la dotación de recursos humanos, médicos y no médicos, dentro del sistema de salud en Uruguay, es una preocupación de larga data. En ese sentido, durante los últimos años se han producido diferentes estudios nacionales que deben ser considerados como antecedentes para esta discusión.

Como primer antecedente, se identifica un estudio finalizado en mayo de 2006, elaborado por un equipo multidisciplinario integrado por técnicos del área de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública y del Sindicato Médico del Uruguay. El documento “Reestructura del primer nivel de atención – Mercado de Trabajo del sector salud” surge en el marco de los inicios de la reforma sanitaria, con el objetivo de brindar insumos en lo referido al rol de los recursos humanos en el cambio en el modelo de atención. El estudio tiene como objetivo general, el diseño de modelos alternativos de organización y funcionamiento de los recursos humanos en el primer nivel de atención, y dentro de los objetivos específicos se plantea el desafío de establecer el número de equipos básicos de salud (EBS) requeridos para atender las necesidades de la población. Para realizar dichas estimaciones, definen la composición de una versión restringida del núcleo básico del EBS con los siguientes integrantes: Médico General o de Familia, Pediatra, Gineco-obstetra, Licenciado en Enfermería y Auxiliar de Enfermería.

También se define considerar únicamente la actividad de policlínica, tomando en cuenta tanto las consultas programadas como las espontáneas. Las estimaciones se realizaron a nivel nacional, sin considerar desagregaciones territoriales, ni tipo de prestadores. Se parte de la cantidad de consultas anuales por persona por tramo etario, y con ello se calcula la cantidad de controles anuales necesarios para atender a la población. Luego, considerando los actos por hora y la cantidad de horas de trabajo por médico, se estima el número de médicos necesarios para cubrir la atención en policlínica. La cantidad de EBS necesarios se calcula suponiendo que cada EBS debe contar con un cargo de médico general o de familia. Se realizan las estimaciones para tres escenarios, los cuales difieren en los criterios utilizados para definir el número de consultas necesarias al año por persona por tramo etario.

Para el escenario 1, se consideraron las consultas que efectivamente realiza la población por tramo etario. Para el escenario 2, se utiliza la cantidad de consultas planteadas por distintos especialistas que fueron entrevistados. En el escenario 3, se utiliza el número de consultas basadas en pautas internacionales. A su vez, se estima cada escenario teniendo en cuenta dos supuestos sobre el régimen de trabajo.

El primer supuesto fue considerar la lógica del mercado de trabajo vigente al momento de la realización del informe, lo que implicaba cargos de 26 horas mensuales de policlínica (Laudo 1965) para el subsector privado y 20 horas semanales para ASSE. El segundo supuesto, consideró una reforma del mercado de trabajo con cargos con mayor

cantidad de horas de trabajo semanal, considerando 29 horas semanales para la actividad de policlínica. En el informe se estima la cantidad de cargos de médicos generales, pediatras, ginecólogos, licenciadas y auxiliares de enfermería para los tres escenarios, y en cada uno bajo los dos supuestos sobre el régimen de trabajo por cargo. Analizan las diferencias en las necesidades de EBS ante las distintas opciones planteadas, mostrando la sensibilidad de los datos ante cambios en la dedicación horaria de los médicos y de la cantidad de consultas necesarias consideradas.

Un segundo antecedente a nivel nacional es el informe elaborado por una comisión de trabajo conformada en el marco de la aprobación de la Ley 18.711 en diciembre de 2010, que declaró la emergencia sanitaria en la asistencia anestésico-quirúrgica de los servicios de salud del sector público, debido a los atrasos en las intervenciones. En la comisión participaron representantes del Ministerio de Salud Pública, ASSE, Departamento y Cátedra de Anestesiología de la Facultad de Medicina, FEMI gremial y la Sociedad de Anestesiología del Uruguay. La comisión trabajó en la elaboración de una metodología para la estimación de las necesidades de anestesiólogos en Uruguay, el trabajo se resume en un documento finalizado en junio de 2011. Las necesidades de anestesiólogos se miden en horas de trabajo, dividiendo a la actividad en cirugía de coordinación, técnicas de diagnóstico, policlínica y cirugía de urgencia y emergencia.

Se trabaja con datos de ASSE, IAMC y del Fondo Nacional de Recursos. Para la estimación de las horas necesarias para la actividad de coordinación, se trabaja con la cantidad de intervenciones por complejidad realizadas en 2010, se supone una carga horaria promedio para cada tipo de cirugía y se considera que solo el 10% de las cirugías menores necesitan de anestesia. Adicionalmente, al tiempo promedio de cada cirugía se le agrega 45 minutos para la adecuación del block entre cirugías. La actividad vinculada a técnicas de diagnóstico se estima en base a datos brindados por algunas instituciones sobre el número de intervenciones que se realizan con anestesia, ese valor se expande a toda la población usuaria de ASSE y IAMC, y se supone que en promedio insumen 30 minutos de trabajo. Las horas necesarias de policlínica se estiman en base a la cantidad de intervenciones coordinadas y técnicas diagnósticas que se realizan con anestesia. También se adicionan horas para terapia del dolor y para procedimientos en sala de operaciones. Luego de estimar las horas necesarias de anestesiología para las actividades mencionadas, se calcula la cantidad de anestesiólogos necesarios, considerando tres posibles escenarios de dedicación horaria por cargo: 30, 40 y 20 horas semanales.

Para la actividad de urgencia y emergencia, en base al estudio de los datos de intervenciones por día por departamento, se concluye que se necesita un anestesiólogo por día cada 100.000 habitantes. Luego de calcular las horas necesarias para cubrir esos requerimientos, se estiman los cargos necesarios, tomando en cuenta 2 posibles escenarios: 72 o 96 horas de retén semanales. A través de los distintos escenarios planteados, se puede analizar la sensibilidad de la necesidad de cargos a los diferentes regímenes de trabajo propuestos. Concluyen que bajo los escenarios de máxima dedicación (40 horas semanales para la coordinación, técnicas de diagnóstico y

policlínica, y 96 horas semanales de retén para la urgencia y emergencia) se necesitaban 420 cargos para todo el país. Mientras que bajo los escenarios de mínima dedicación (20 horas semanales para la coordinación, técnicas de diagnóstico y policlínica, y 72 horas semanales de retén para la urgencia y emergencia) la necesidad de cargos ascendía a 748.

Los autores dejan planteadas algunas limitaciones del estudio para tener en cuenta en futuras investigaciones. Señalan que debería incorporarse la analgesia obstétrica y aspectos dinámicos que contemplen el uso creciente de la anestesia en las técnicas de diagnóstico. También plantean la necesidad de estimar los recursos para los restantes prestadores, como ser Sanidad Policial, Sanidad Militar, Banco de Previsión Social, entre otros. Otro aspecto que mencionan es que las estimaciones se realizan considerando las tasas de utilización de los usuarios de ASSE y las IAMC para el año 2010, lo que no necesariamente se corresponde con una utilización óptima ni con las necesidades de la población. En relación con ello, también señalan la necesidad de incorporar aspectos vinculados a los tiempos de espera.

El estudio concluye mencionando posibles medidas a tomar para reducir los problemas de disponibilidad de anestésistas. Para Montevideo identifican que las medidas deberían ir por el lado de reducir la fragmentación del trabajo médico, apuntando a cargos de mayor dedicación horaria por institución. Para el interior del país, plantean soluciones por el lado de la complementación de servicios entre el subsector público y privado, para atender las necesidades de la población de cada departamento. En cuanto a las dotaciones de anestesiólogos, el informe presenta datos que muestran una evolución creciente en la cantidad de anestésistas cada 100.000 habitantes en el período que va del año 2000 al 2010.

En las conclusiones, plantean que sería deseable continuar con políticas tendientes al incremento continuo de estos especialistas. Adicionalmente, mencionan que el MSP, Facultad de Medicina y Escuela de graduados deben trabajar conjuntamente en el monitoreo del número de especialistas necesarios. Con el antecedente del trabajo de la comisión, en 2012 surge otro estudio que analiza las dotaciones de Anestesia en nuestro país.

El estudio, titulado “Utilidad de un método estadístico de simulación para evaluar la oferta y demanda de anestesiólogos en Uruguay (2011-2025)”, fue realizado por integrantes del Departamento de Métodos Cuantitativos y del Departamento de Anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. El estudio se realizó con el objetivo de estimar el déficit o superávit de anestésistas tomando como base el año 2011 y proyectarlo hasta el 2025. Para ello caracterizaron la oferta y la demanda de anestésistas para el año base y definieron los parámetros a incorporar para realizar las proyecciones.

Para definir la oferta de anestésistas utilizaron los datos del informe realizado por la comisión de trabajo en 2011, los cuales surgen del sistema de registro de profesionales del MSP, que cuenta con información de las personas que registran y habilitan su título

para el ejercicio profesional. La demanda se caracterizó tomando en cuenta la cantidad de anestesistas cada 100.000 habitantes y se definieron dos escenarios.

El primer escenario toma como demanda la densidad de anestesistas del año base, que surge de la cantidad de anestesistas (380) dividido por la cantidad de habitantes (3.368.595) y da 11,28 anestesistas cada 100.000 habitantes. Adicionalmente, supone cargos de 40 horas semanales de coordinación y 96 horas semanales de retén. El segundo escenario considera como demanda una tasa de 15 anestesistas cada 100.000 habitantes y supone cargos de 20 horas semanales de coordinación y 72 horas semanales de retén.

Para las proyecciones de población se utilizaron los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Las proyecciones se realizaron generando un modelo de simulación mediante la metodología de dinámica de sistemas, para lo cual se utilizó el software Powersim 2.5v, diseñado específicamente para el desarrollo de modelos dinámicos. Para realizar las estimaciones se parte de la oferta y demanda del año base y su proyección en el tiempo. Para ello es necesario definir cómo va a ir cambiando la oferta y demanda año a año. En relación con las variables que inciden en la oferta, se definió considerar la edad de jubilación a los 67 años y se toman distintas alternativas con respecto a los ingresos de profesionales en cada escenario. Se parte de considerar una tasa de ingresos constante considerando los cupos de residencias que existían al momento de realizar el informe.

Luego se plantean distintos escenarios evaluando los resultados de la proyección inicial y las capacidades de formación, realizando distintos análisis de sensibilidad. En relación con la demanda, en ambos escenarios se supone constante en el tiempo, pero se comparan los resultados proyectados a 2025 con la tasa de anestesistas cada 100.000 habitantes que surgiría de suponer un incremento del 1,5% anual en la demanda, porcentaje que surge de estudios internacionales. Las proyecciones realizadas para el escenario 1, con una demanda de 11,28 anestesistas cada 100.000 habitantes y una oferta anual de residentes estable, señalan que el déficit inicial se cerraría en 2015. Para finales del período analizado, año 2025, existiría un excedente de anestesistas, quedando la tasa en 12,7 profesionales cada 100.000 habitantes. Dicho excedente sería relativo de considerar posibles incrementos en la demanda. En el escenario 2, de mayor demanda, con una tasa de 15 cada 100.000 habitantes resultaría necesario incrementar los cupos de residencias para cubrir la brecha en el período considerado.

Los autores analizan los distintos resultados y concluyen que el modelo es útil para realizar proyecciones de recursos humanos año a año, adaptándolas a situaciones cambiantes, y que sirvan de insumos para la elaboración de un plan de formación de recursos humanos.

A raíz de ese estudio, Fiorella Cavalleri continuó aplicando la metodología para otras especialidades, como ser pediatría, neurocirugía y traumatología. La autora, también ha estado trabajando en la elaboración de un método que sirva de insumo para obtener estándares de necesidad nacionales para las distintas especialidades médicas.

5.B. Dimensiones y supuestos a utilizar

La estimación de brechas de recursos humanos médicos por especialidad requiere de la realización de escenarios contrafactuales, tanto desde el lado de la oferta como de la demanda de recursos. Para ello, es necesario adoptar una serie de supuestos, en ocasiones restrictivos, que permitan modelar la evolución temporal de ambos componentes. En este sentido, a continuación, se explicitan el conjunto de supuestos adoptados, necesarios para obtener los resultados que se presentan más adelante.

5.B.1. Oferta

En lo que refiere a la oferta de recursos humanos médicos, para modelar su evolución se parte de la cantidad de médicos disponibles en febrero 2020 y año a año se simula el ingreso de nuevos médicos y el egreso de otros, generando una base de datos que contiene la cantidad de médicos y horas de trabajo disponibles cada año, discriminados por especialidad, edad y sexo.

Para realizar la simulación de la oferta, los supuestos centrales adoptados fueron los siguientes:

1. Se incluye únicamente a médicos especialistas que se encuentran trabajando en los prestadores integrales (tanto públicos como privados). Las unidades de medida consideradas son *personas* y *horas de trabajo*.
2. Las fuentes de información consideradas para construir el escenario base (año 0 de la proyección de oferta y demanda), son el sistema SCARH y la base de prestadores públicos a febrero de 2020.
3. El ingreso de nuevos médicos especialistas al sistema (prestadores integrales) se calcula a partir de los egresos de posgrados y residencias médicas. Específicamente, se calcula como el promedio de egresos en los últimos 5 años, según sexo, ajustado por la proporción de especialistas que trabajan en los prestadores integrales. Esto último se estima comparando los datos de trabajadores activos en el mercado de trabajo y en el sistema SHARPS. Estos ingresos se asumen constantes año a año.
4. La edad de ingreso al mercado de trabajo también se estima por sexo y especialidad, a partir de datos del SHARPS. Se toma en cuenta la edad promedio de obtención del título, de las personas que egresaron en los últimos 10 años.
5. Para la asignación de las horas de trabajo se estiman tres posibles escenarios:
 - A. A las personas que van ingresando al mercado de trabajo se les asigna el mínimo de horas de los Cargos de Alta Dedicación (CAD) de la especialidad correspondiente. A las personas que se encuentran en el año base, se les mantienen constantes sus horas de trabajo.
 - B. A las personas que van ingresando al mercado de trabajo se les asigna el promedio de horas de trabajo del año base, por sexo y especialidad, y se

mantienen constante en el tiempo. A las personas que se encuentran en el año base, se les mantienen constantes sus horas de trabajo.

- C. Se trabaja con el promedio de horas por tramo de edad, sexo y especialidad. A las personas que van ingresando al mercado de trabajo se les asigna el promedio de horas de trabajo del año base, según tramo de edad, sexo y especialidad. En este escenario, a todas las personas, a medida que van cambiando de tramo de edad, se le asigna el promedio de horas correspondiente.

6. Los egresos del sistema se producen básicamente por dos fuentes:

- A. Jubilaciones, para las cuales se considera la edad de retiro por grupo de especialidades (EB, EM, AQ) y sexo. La edad de retiro específica de cada individuo se aleatoriza en un rango acotado, definido en función de los percentiles 95 y 99 de edades actuales en cada grupo de especialidad y sexo.
- B. Mortalidad, para lo cual se quitan personas aleatoriamente en función de tasas específicas de mortalidad por tramos de edad y sexo, obtenidas a partir de la información de Estadísticas vitales del MSP y las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

A continuación, se presentan algunos de los parámetros utilizados para realizar las simulaciones. La cantidad de médicos y horas de trabajo de las cuales parte el modelo son las que muestra la tabla 1 de este documento, que presenta datos generales de dotación.

La siguiente tabla muestra la cantidad de personas que anualmente culminan los estudios de cada especialidad, considerando el promedio anual del período 2015-2019. A su vez, se presenta la edad promedio con la que obtienen el título (período 2011-2020), que es la edad que asigna el modelo a las personas que van ingresando al mercado laboral, por especialidad y sexo.

Tabla 3. Cantidad de egresos de la formación y edad de egreso, por especialidad y sexo.

	Cantidad de egresos de la formación - promedio anual			Edad de egreso promedio		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Especialidades Anestésico-Quirúrgicas						
Anestesia	7,8	13,8	21,6	35	34	35
Cirugía general	6,8	3,8	10,6	35	34	35
Cirugía pediátrica	0,6	0,4	1	43	35	41
Cirugía plástica	2,6	2,2	4,8	34	35	34
Cirugía tórax	0,2	0,6	0,8	42	38	41
Cirugía vascular	1,2	0,4	1,6	39	39	39
Ginecología	4,8	16,8	21,6	35	33	33
Neurocirugía	0,8	0,6	1,4	35	35	35

Oftalmología	4,2	7,6	11,8	34	34	34
Traumatología	6,8	0,6	7,4	37	37	37
Urología	3	1,4	4,4	37	35	36
Otorrinolaringología	4,4	2,6	7	34	33	34
Especialidades Médicas						
MFYC	0,6	5	5,6	38	37	37
Pediatría	9,6	54,8	64,4	35	35	35
Alergología	0	0	0	0	52	52
Cardiología	7	7,8	14,8	35	33	34
Dermatología	1,4	9	10,4	33	34	34
Endocrinología	1,4	8,4	9,8	35	34	34
Fisiatría	1,6	2	3,6	40	36	37
Gastroenterología	1,8	4	5,8	36	37	37
Geriatría	0,4	3	3,4	40	39	39
Hematología	0,2	4	4,2	36	33	33
Infectología	0	0,8	0,8	41	44	44
Intensiva adultos	6,4	8	14,4	35	35	35
Intensiva Pediatría	1,6	6	7,6	37	37	37
Medicina interna	5,6	14	19,6	36	35	35
Nefrología	2	3,6	5,6	38	37	37
Neumología	1	1,6	2,6	40	38	39
Neonatología	1,8	11,8	13,6	43	40	41
Neurología	1,4	1,8	3,2	37	35	36
Neuropediatría	0,8	0,8	1,6	37	38	37
Oncología	1,2	4	5,2	34	36	36
Psiquiatría	3,4	6,4	9,8	38	35	36
Psiquiatría pediátrica	0,8	2,2	3	42	37	38
Reumatología	0,2	1,8	2	35	43	41
Laboratorio	0,4	4,4	4,8	39	38	38
Imagenología	4,4	6,2	10,6	36	37	36
Hemoterapia	0,4	3,4	3,8	44	40	41

Fuente: elaboración propia en base a datos de Estadísticas Básicas de la UdelaR y del SHARPS.

Como se menciona en el punto 3 de los supuestos, para estimar la cantidad de personas que ingresan anualmente al mercado laboral, se parte de la cantidad de egresos de la formación y se ajusta este valor según la proporción de profesionales que trabajan en los prestadores considerados en el año base. Para realizar el ajuste se utiliza la base de datos que surge del registro de profesionales del MSP y la base de datos del mercado laboral.

Del cruce de información entre dichas bases, se identifica que hay trabajadores que son contratados para ejercer una especialidad, pero que no cuentan con el título de la misma registrado en el MSP. Por lo tanto, para estimar la proporción de profesionales que trabajan en los prestadores considerados, se toman en cuenta dos elementos. Por un lado, se considera a los profesionales que tienen su título registrado en el MSP y se

identifica cuántos de ellos están trabajando en dichos prestadores. Esa proporción se le aplica a la cantidad de egresados de cada especialidad y se obtiene una primera estimación de los ingresos al mercado laboral. Por otro lado, se calcula, para cada especialidad, la proporción de trabajadores que ejercen sin tener el título registrado, en relación a los que sí lo tienen. Esa proporción se le aplica a la cantidad de personas de la primera estimación. Sumando ambos cálculos, se llega a la cantidad de personas que ingresan año a año al mercado laboral.

Tabla 4. Proporción de profesionales registrados trabajando en los prestadores considerados y proporción de profesionales que trabajan en dichos prestadores y no cuentan con su título registrado. Febrero 2020.

	profesionales registrados trabajando / total de profesionales registrados	profesionales no registrados trabajando / total de profesionales trabajando
Especialidades Anestésico-Quirúrgicas		
Anestesia	87%	25%
Cirugía general	79%	30%
Cirugía pediátrica	95%	29%
Cirugía plástica	88%	20%
Cirugía tórax	95%	38%
Cirugía vascular	88%	28%
Ginecología	80%	14%
Neurocirugía	100%	15%
Oftalmología	82%	21%
Traumatología	89%	35%
Urología	94%	20%
Otorrinolaringología	86%	15%
Especialidades Médicas		
MFYC	46%	63%
Pediatría	71%	29%
Alergología	55%	74%
Cardiología	69%	22%
Dermatología	78%	13%
Endocrinología	78%	8%
Fisiatría	77%	36%
Gastroenterología	69%	14%
Geriatría	58%	19%
Hematología	78%	33%
Infectología	25%	32%
Intensiva adultos	75%	29%
Intensiva Pediatría	62%	43%
Medicina interna	52%	36%
Nefrología	72%	29%
Neumología	70%	24%
Neonatología	59%	29%
Neurología	79%	34%

Neuropediatría	88%	19%
Oncología	70%	17%
Psiquiatría	68%	27%
Psiquiatría pediátrica	59%	38%
Reumatología	66%	26%
Laboratorio	53%	55%
Imagenología	81%	56%
Hemoterapia	75%	25%

Fuente: elaboración propia en base a datos del SHARPS, SCARH, Relevamiento Prestadores Públicos. Datos correspondientes a febrero de 2020.

Las siguientes tablas muestran la cantidad de horas de trabajo con la que ingresan las personas al mercado laboral en los diferentes escenarios considerados para la estimación del modelo.

Tabla 5. Cantidad de horas mensuales de trabajo. Escenarios A y B.

	Escenario A: horas CAD mínimas	Escenario B: horas promedio	
		Masculino (M)	Femenino (F)
Especialidades Anestésico-Quirúrgicas			
Anestesia	174	148	171
Cirugía general	174	162	132
Cirugía pediátrica	0	169	126
Cirugía plástica	0	148	121
Cirugía tórax	0	197	97
Cirugía vascular	0	141	112
Ginecología	174	156	135
Neurocirugía	0	174	139
Oftalmología	0	118	97
Traumatología	0	149	123
Urología	0	208	106
Otorrinolaringología	0	183	142
Especialidades Médicas			
MFYC	174	105	108
Pediatría	174	136	126
Alergología	87	5	76
Cardiología	131	122	114
Dermatología	87	71	89
Endocrinología	87	129	85
Fisiatría	131	121	97
Gastroenterología	131	116	101
Geriatría	87	105	75
Hematología	87	105	128
Infectología	87	114	91
Intensiva adultos	174	170	154
Intensiva Pediatría	174	124	117
Medicina interna	174	115	119

Nefrología	131	130	114
Neumología	87	116	105
Neonatología	174	138	123
Neurología	131	149	115
Neuropediatría	87	101	112
Oncología	87	142	149
Psiquiatría	174	134	122
Psiquiatría pediátrica	174	48	83
Reumatología	87	77	101
Laboratorio	87	153	129
Imagenología	131	105	86
Hemoterapia	131	197	135

Fuente: elaboración propia en base a datos del SCARH, Relevamiento Prestadores Públicos. Febrero 2020.

Tabla 6. Cantidad de horas promedio de trabajo mensuales por especialidad, tramos de edad y sexo. Escenario C.

Tramos de edad	entre 20 y 34		entre 35 y 49		entre 50 y 64		más de 64	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Especialidades Anestésico-Quirúrgicas								
Anestesia	105	104	157	185	173	187	109	186
Cirugía general	132	94	173	143	168	140	102	122
Cirugía pediátrica	4	34	126	4	215	207	86	179
Cirugía plástica	109	76	178	130	171	122	92	182
Cirugía tórax	-	162	203	87	222	65	60	-
Cirugía vascular	62	7	179	96	135	144	155	-
Ginecología	133	106	178	142	161	148	114	91
Neurocirugía	-	53	165	214	203	133	112	14
Oftalmología	61	51	112	105	155	122	80	93
Traumatología	98	80	147	89	177	182	129	180
Urología	72	32	238	125	214	105	171	-
Otorrinolaringología	69	110	179	141	223	159	115	48
Especialidades Médicas								
MFYC	110	108	113	106	94	112	100	97
Pediatría	114	101	139	132	138	130	138	98
Alergología	7	11	3	105	4	71	-	69
Cardiología	92	99	134	127	129	111	89	74
Dermatología	-	62	74	86	82	102	44	29
Endocrinología	104	52	116	98	155	79	14	76
Fisiatría	70	56	121	104	169	109	25	14
Gastroenterología	82	63	85	98	144	113	95	38
Geriatría	30	73	45	71	157	76	52	104
Hematología	16	91	170	129	96	123	90	367
Infectología	104	-	131	82	118	90	9	174

Intensiva adultos	130	145	181	152	175	156	141	183
Intensiva Pediatría	64	56	135	125	116	122	166	165
Medicina interna	93	69	122	126	116	134	116	115
Nefrología	133	79	136	96	136	134	63	107
Neumología	-	130	102	118	108	94	173	61
Neonatología	84	104	162	128	132	124	-	101
Neurología	30	76	167	165	149	94	188	69
Neuropediatría	-	-	93	131	112	107	-	8
Oncología	-	138	108	139	174	162	52	-
Psiquiatría	94	107	137	126	148	121	107	126
Psiquiatría pediátrica	-	44	35	96	54	84	-	83
Reumatología	4	-	119	89	73	117	75	75
Laboratorio	109	145	113	128	160	127	241	73
Imagenología	90	36	86	94	124	88	129	70
Hemoterapia	-	122	223	145	188	130	104	98

Fuente: elaboración propia en base a datos del SCARH, Relevamiento Prestadores Públicos. Febrero 2020.

Tal cual lo indicado en el supuesto 6.A, para determinar las edades de retiro de las diferentes especialidades, se consideran extracciones aleatorias de los años de edad de acuerdo a un rango establecido por los percentiles 95 y 99 de las distribuciones de edad, según grupo de especialidad y el sexo de la persona. Como puede verse en la Tabla 7, estas edades difieren de forma relativamente importante según las dos dimensiones consideradas. Como es de esperar, y en línea con lo que sucede a nivel general del mercado de trabajo de nuestro país, las mujeres se retiran antes del mismo. Por su parte, las edades de retiro se incrementan con el grado de complejidad de la especialidad. Esto puede estar relacionado a los tiempos medios invertidos en la formación según los distintos grupos de especialidades.

Tabla 7. Edad de retiro: percentiles 95 y 99 de edades según grupo de especialidad y sexo.

Grupo de especialidad	Masculino		Femenino	
	p95	p99	p95	p99
EB	66	70	63	66
EM	68	72	64	68
AQ	70	75	64	70

Fuente: elaboración propia en base a datos del SCARH, Relevamiento Prestadores Públicos. Febrero 2020.

Finalmente, como se indica en el supuesto 6.B, para modelar la oferta también se tuvo en consideración la mortalidad específica según tramos de edad y sexo de la persona

(promedio anual entre 2018 y 2020). La Tabla 8 muestra los parámetros ajustados de acuerdo a la información disponible en la División de Estadísticas vitales del MSP y el INE.

Tabla 8. Mortalidad específica según tramos de edad y sexo.

Edad (en tramos)	Masculino	Femenino	Total
<20	0,69	0,45	0,57
20 a 34	1,72	0,57	1,15
35 a 49	2,78	1,64	2,20
50 a 64	10,39	5,60	7,87
>64	59,44	46,55	51,75
Total	9,99	9,28	9,62

Fuente: elaboración propia en base a datos de la División de estadísticas vitales del MSP y el INE. Promedio anual 2018, 2019, 2020.

5.B.2. Demanda

Respecto a la demanda de servicios de atención por parte de especialistas, las estimaciones se realizaron en base a los siguientes criterios:

1. A partir del indicador de disponibilidad de especialistas por cada 10.000 habitantes a nivel regional, se toma el mejor indicador por especialidad, considerando la cantidad de horas disponibles por región, y se lo asigna a nivel país de forma de obtener la demanda estimada. Los cálculos se realizan con datos de febrero de 2020.
2. El estándar obtenido se asume fijo en el tiempo, por lo que el número de cargos necesarios varía únicamente en función de la evolución temporal de la población de referencia en cada región.
3. A partir del indicador de demanda de CETC, se estima la demanda de personas por especialidad. Para ello, se considera la relación personas/CETC del año base y se aplica año a año para pasar del indicador de demanda en horas al indicador de demanda en personas.

La siguiente tabla muestra la cantidad de cargos equivalentes a tiempo completo (CETC) cada 10.000 habitantes, según la población de referencia de cada especialidad. Se presenta el indicador por región, resaltando el mejor para cada especialidad, el cual se usa para realizar la estimación de la demanda a nivel nacional.

Tabla 7. Densidad de CETC cada 10.000 habitantes, por región.

	Norte	Este	Oeste	Sur	población de referencia
Especialidades Anestésico-Quirúrgicas					
Anestesia	0,84	1,08	1,02	1,48	total
Cirugía general	1,43	1,48	1,58	1,42	>14 años
Cirugía pediátrica	0,11	0,09	0,09	1,07	menores de 15
Cirugía plástica	0,30	0,15	0,20	0,35	total
Cirugía tórax	0,00	0,00	0,02	0,11	total
Cirugía vascular	0,11	0,02	0,04	0,18	total
Ginecología	3,35	3,61	4,02	3,35	mujeres >14 años
Neurocirugía	0,02	0,04	0,04	0,17	total
Oftalmología	0,48	0,37	0,48	0,39	total
Traumatología	0,61	0,48	0,72	0,71	total
Urología	0,46	0,57	0,47	0,47	>14 años
Otorrinolaringología	0,51	0,46	0,45	0,38	total
Especialidades Médicas					
MFYC	0,34	0,32	0,51	0,69	total
Pediatría	12,99	13,09	12,36	16,01	menores de 15 años
Alergología	0,01	0,00	0,00	0,05	total
Cardiología	0,81	0,80	0,85	0,87	total
Dermatología	0,14	0,15	0,17	0,28	total
Endocrinología	0,18	0,18	0,17	0,25	total
Fisiatría	0,10	0,12	0,05	0,21	total
Gastroenterología	0,25	0,25	0,30	0,27	total
Geriatría	0,40	0,15	0,37	0,98	mayores de 64 años
Hematología	0,19	0,13	0,12	0,32	total
Infectología	0,05	0,01	0,02	0,09	total
Intensiva adultos	1,24	0,96	1,25	2,29	mayores de 14 años
Intensiva Pediatría	0,79	1,31	0,34	2,16	entre 1 y 14 años
Medicina interna	1,09	0,86	1,19	2,01	mayores de 14 años
Nefrología	0,25	0,14	0,27	0,43	total
Neumología	0,09	0,07	0,11	0,17	total
Neonatología	19,24	16,39	15,02	60,37	menores de 1 año
Neurología	0,33	0,30	0,20	0,35	mayores de 14 años
Neuropediatría	0,31	0,42	0,14	0,44	menores de 15 años
Oncología	0,18	0,12	0,17	0,36	total
Psiquiatría	0,70	0,78	1,18	1,08	mayores de 14 años
Psiquiatría pediátrica	0,30	0,52	0,07	0,95	menores de 15 años
Reumatología	0,12	0,08	0,09	0,14	total
Laboratorio	0,66	0,34	0,43	0,65	total
Imagenología	0,32	0,53	0,41	0,40	total
Hemoterapia	0,10	0,04	0,10	0,30	total

Fuente: elaboración propia en base a datos SCARH, Relevamiento Prestadores Públicos, proyecciones de población - INE. Datos correspondientes a febrero de 2020.

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

A partir de estos datos, se procedió a realizar una proyección de la demanda a nivel nacional hasta el año 2050, utilizando la proyección de la población del INE, y considerando la población de referencia para cada especialidad (por ejemplo, en el caso de Pediatría la población entre 0 y 14 años). Con dicha información se computan las brechas (expresadas en términos de exceso de oferta, es decir, oferta menos demanda), resultados que se presentan en el siguiente apartado.

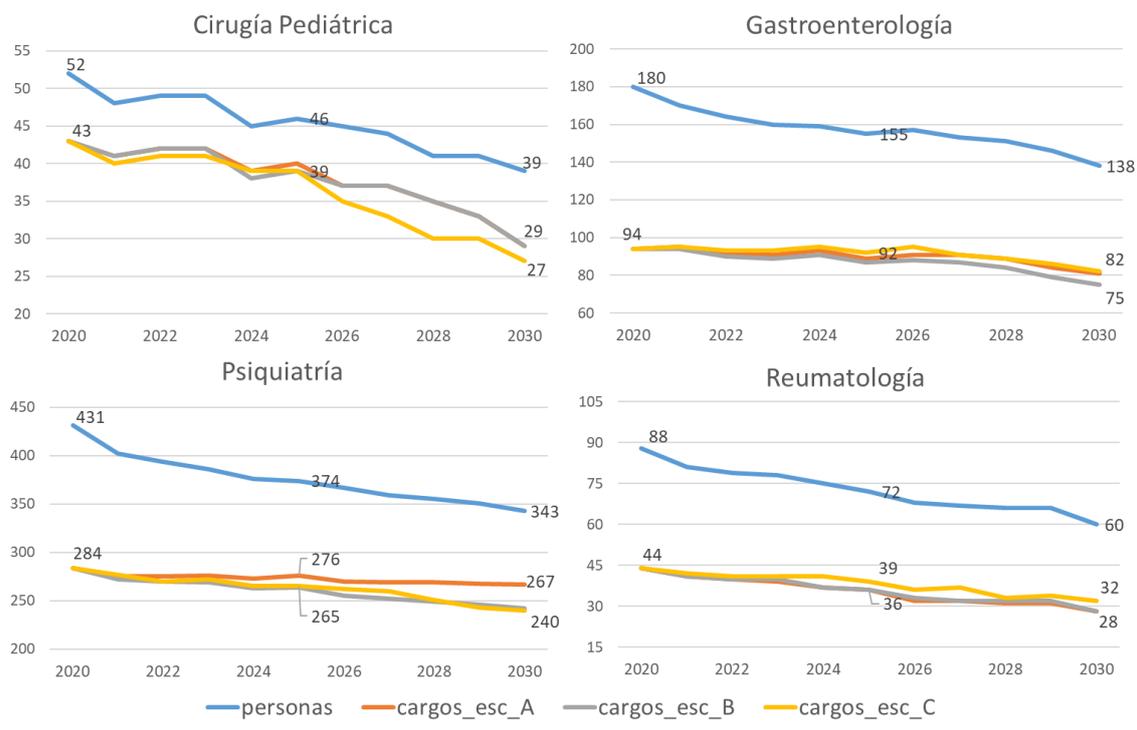
5.C. Resultados de una primera estimación

Bajo los supuestos señalados, se procedió a estimar el modelo para la oferta y demanda de especialistas médicos, tanto en términos del número de personas como de cargos equivalentes, considerando las variantes establecidas en los escenarios A, B y C antes descritos.⁷ La simulación completa se realizó para un período de 30 años a nivel nacional. Sin embargo, a los efectos de un análisis de corto y mediano plazo, en las figuras que a continuación se presentan se incluyen los resultados para un horizonte temporal de 10 años y para ciertas especialidades seleccionadas.

La siguiente gráfica muestra la evolución de cuatro de las especialidades que presentan mayores descensos de su oferta de personas a 2030.

⁷ Ver Sección 5.B.1, supuesto 5, para mayor detalle de los tres escenarios considerados.

Gráfica 1. Evolución de la oferta, en personas y cargos equivalentes. Especialidades con oferta decreciente



Fuente: elaboración propia en base a datos del SCARH, Estadísticas Vitales del MSP e INE. Resultados obtenidos de la simulación del modelo para la oferta de especialidades médicas. En cada gráfico se identifica el número de personas y cargos equivalentes de los escenarios A y C, para los años 2020, 2025 y 2030.

La evolución de la disponibilidad de personas o cargos de los diferentes escenarios señalan alternativas de políticas a tener en cuenta a la hora de hacer frente al descenso en las dotaciones de ciertas especialidades. Se pueden incrementar los cupos en la formación, lo que impacta en la cantidad de personas disponibles. Se puede apostar a cambios en los regímenes de trabajo en el sector, que tiendan a incrementar la cantidad de horas disponibles.

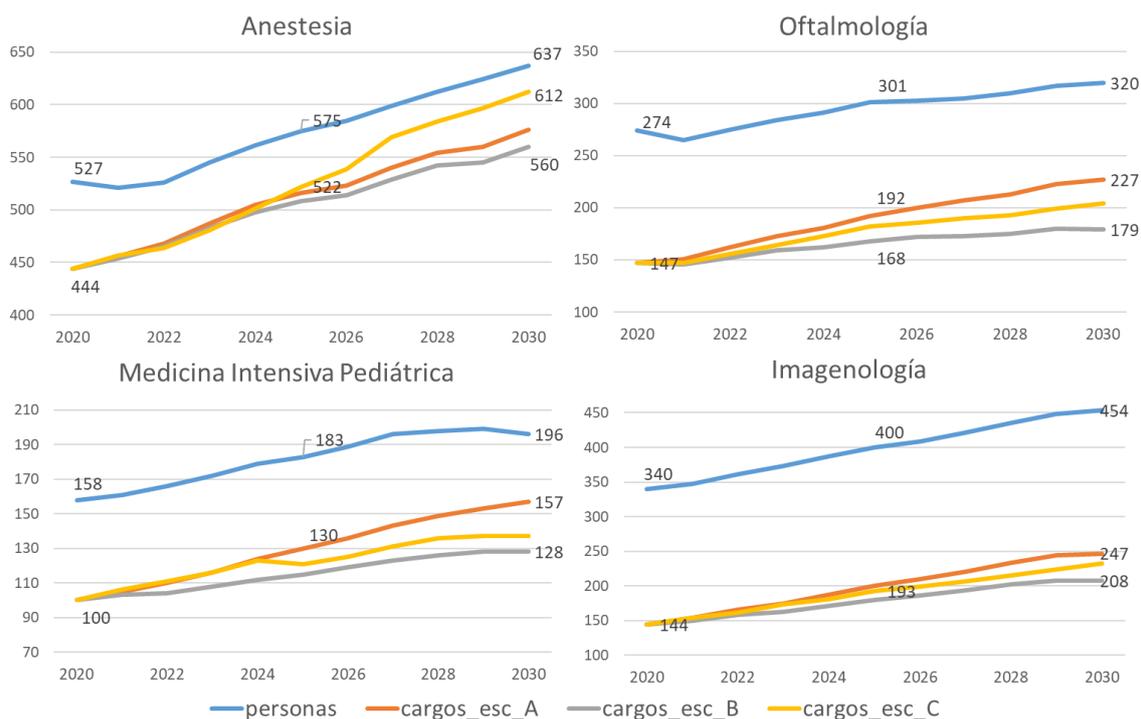
Por ejemplo, en el caso de Psiquiatría el modelo estima un descenso en la cantidad de psiquiatras disponibles, pero si se observa la evolución de la disponibilidad de cargos, considerando que todos los psiquiatras van a ingresar al mercado laboral como cargos de alta dedicación (escenario A), el descenso es menos pronunciado. En este caso, una política tendiente a continuar con el nuevo régimen de trabajo médico, a través de la contratación de cargos de alta dedicación, puede paliar los efectos del descenso en la cantidad de psiquiatras.

Para todas las especialidades seleccionadas, la cantidad de personas disponibles es mayor a la cantidad de cargos equivalentes a tiempo completo de los tres escenarios. La distancia entre las curvas da cuenta de las posibilidades de recurrir a políticas de incremento de las horas de trabajo para aumentar la disponibilidad. A mayor distancia entre la cantidad de personas y cargos, se incrementa la posibilidad, mientras que a

menor distancia, se hace necesario recurrir a incrementos en la cantidad de personas a la hora de paliar los descensos en la disponibilidad.

Por su parte, la siguiente gráfica muestra la evolución de cuatro de las especialidades que presentan mayores incrementos de su oferta de personas a 2030.

Gráfica 2. Evolución de la oferta, en personas y cargos equivalentes. Especialidades con oferta creciente

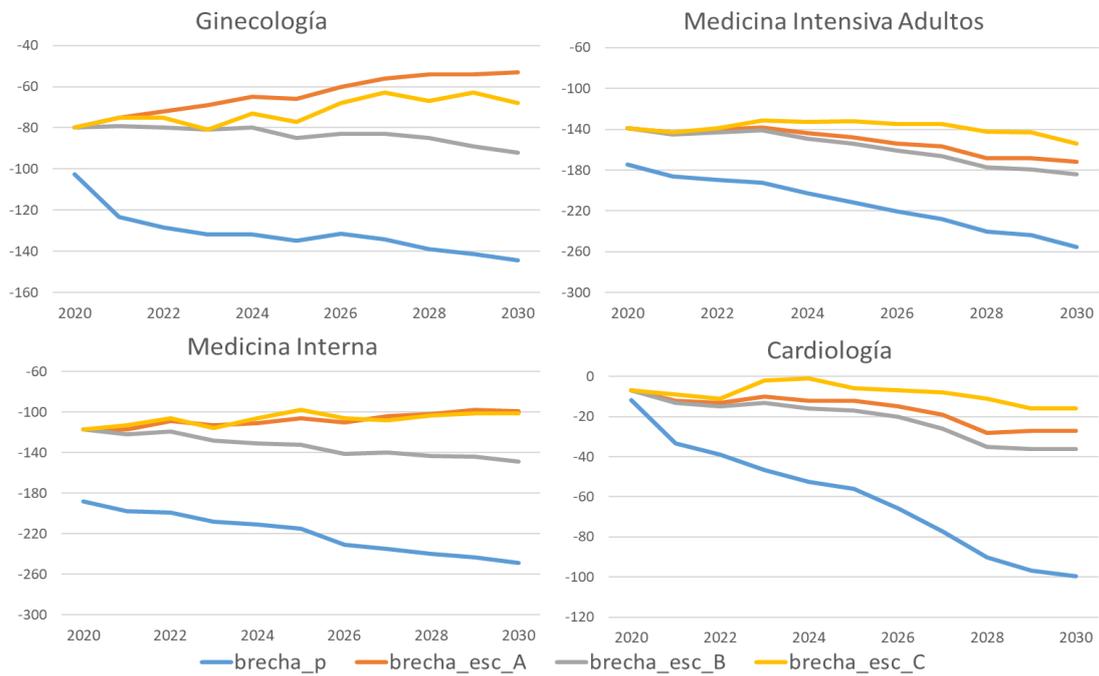


Fuente: elaboración propia en base a datos del SCARH, Estadísticas Vitales del MSP e INE. Resultados obtenidos de la simulación del modelo para la oferta de especialidades médicas. En cada gráfico se identifica el número de personas y cargos equivalentes de los escenarios A y C, para los años 2020, 2025 y 2030.

Adicionalmente, se presentan los resultados de las estimaciones de las diferencias entre oferta y demanda de cada especialidad y su evolución en el tiempo. Estas brechas se miden tanto en cantidad de personas como en cargos equivalentes para los tres escenarios considerados.

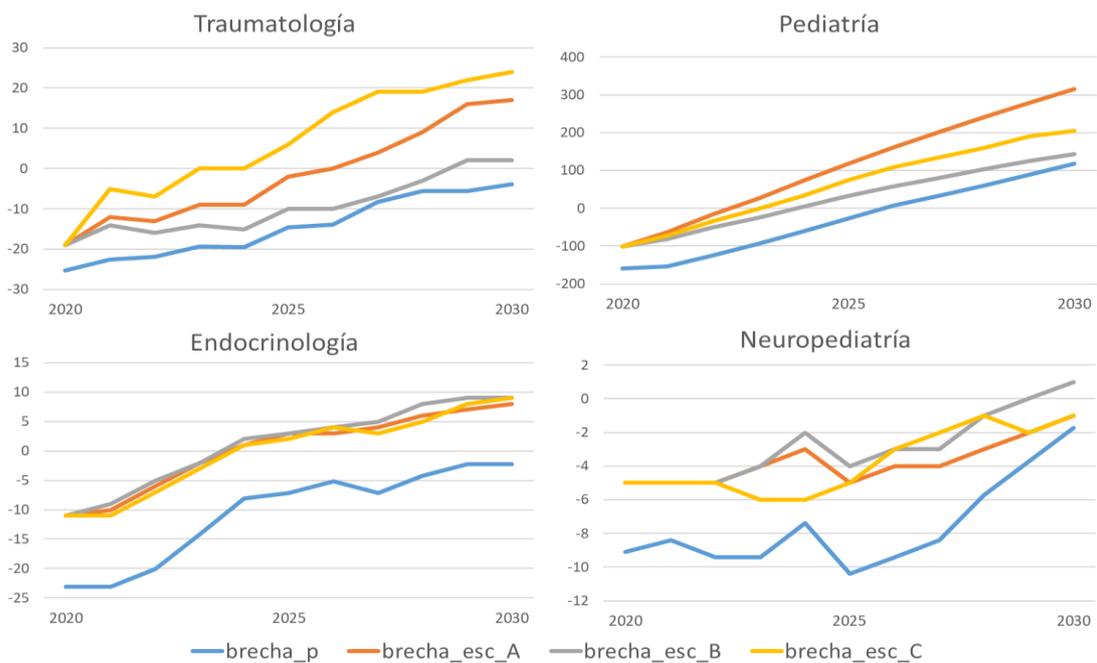
La siguiente gráfica muestra la evolución de cuatro de las especialidades que presentan mayores brechas a 2030, medidas en cantidad de personas.

Gráfica 3. Evolución de las brechas, en personas y cargos equivalentes. Especialidades con mayores brechas



La siguiente gráfica muestra la evolución de cuatro de las especialidades que, en términos del número de personas, proyectan excesos de oferta hacia 2030.

Gráfica 4. Evolución de las brechas, en personas y cargos equivalentes. Especialidades con exceso de oferta



6. Consideraciones sobre la disponibilidad y calidad de la información

Contar con información confiable, completa y oportuna, es fundamental para avanzar en la conformación y consolidación de procesos de planificación estratégica del personal de salud por parte de la autoridad sanitaria. En Uruguay, tanto las autoridades técnicas como políticas han identificado dicha necesidad, por lo que se ha ido avanzando en la construcción de sistemas de información que brinden insumos necesarios para una mejor toma de decisiones. Dicho esto, también es importante señalar que los avances alcanzados hasta el momento adolecen en ocasiones de cierta falta de coordinación a la hora del intercambio de información y del grado de desarrollo de los sistemas de información entre los distintos actores involucrados en el campo de la formación y la atención sanitaria.

A partir del año 2010, la planificación y gestión de los recursos humanos en salud, se ha jerarquizado al interior del MSP, fundamentalmente a partir de la creación de una División encargada de liderar este proceso: la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA). A partir de la puesta en marcha de este nuevo organismo, se han diseñado sistemas de información dirigidos a relevar el funcionamiento del mercado laboral, que han permitido contar con datos vinculados a la actividad del personal de salud en los diferentes prestadores integrales, tanto públicos como privados.

La existencia de un sistema mixto le impone al organismo rector una serie de desafíos diferentes a los de sistemas de salud puramente públicos o fuertemente privatizados. Este tema no es la excepción, ya que es posible advertir diferencias en el vínculo entre regulador y regulado, con ventajas y desventajas en cada caso, que implican necesidades distintas. De la experiencia acumulada hasta el momento, puede decirse que los prestadores integrales del subsector privado brindan información con mayor periodicidad y desagregación en comparación con los prestadores del subsector público. Pero a pesar de esta situación, en ocasiones la información aportada presenta algunos problemas de calidad: inconsistencia entre los campos completados, campos directamente no cargados, personas sin su correspondiente registro de actividad, entre otros. Dicho esto, es de esperar que la puesta en marcha del nuevo sistema de registro (Sistema de Información del Personal de Salud, SIPS) contribuya en forma significativa a mejorar muchas de estas falencias señaladas.

Se entiende a su vez, que es necesario avanzar en un conjunto adicional de medidas que permitan reforzar las mejoras en la calidad de la información. En este sentido, entre algunas de las potenciales medidas a desarrollar se destacan: mejorar las capacidades de auditoría del sistema de información; evaluar en forma periódica el conjunto de filtros en el llenado de la misma; fortalecer y generar nuevas interacciones automáticas, tanto con los sistemas de información de los prestadores como con los demás sistemas de información del Estado; fortalecer la coordinación entre prestadores y órgano rector

de forma de que la detección y ulterior corrección de deficiencias en el volcado de la información sea realizada de manera ágil y eficiente.

El subsector público presenta algunas particularidades adicionales que deben ser atendidas. En la actualidad, no todas las instituciones brindan información al MSP, de hacerlo la periodicidad es menor y en muchas ocasiones las aperturas de la información también son más acotadas.

Se entiende que la acción inmediata a desarrollar es la inclusión de todos los prestadores públicos y de los prestadores parciales del subsector privado en el nuevo sistema de información, SIPS. Esto permitiría mejorar en forma sustancial la información necesaria para la correcta toma de decisiones a nivel de todo el sistema de salud.

7. Conclusiones: alternativas y propuestas de mejora

Luego de más de una década del inicio de su implementación, el Sistema Nacional Integrado de Salud en general, y la autoridad sanitaria en particular (Ministerio de Salud) evidencian algunos problemas vinculados a la calidad de la atención, y debilidades en materia de regulación y modelo de gestión. El carácter mixto del sistema, donde los prestadores privados ocupan una posición mayoritaria, le imprime ciertas particularidades que complejizan la adopción de ciertos cambios y mejoras, debido fundamentalmente a la diversidad de intereses y recursos en juego. Entre los diferentes aspectos que pueden incluirse en una agenda de recalibramiento y ajuste del sector, sin lugar a duda, la formación de sus recursos humanos ocupa un rol fundamental.

Dentro de este tema, la formación de especialidades médicas (ya sea vía residencias o mediante posgrados) parece conformarse en un eje interesante alrededor del que giran diferentes dimensiones como el financiamiento del sistema, las condiciones de trabajo y de salario del personal de salud, la calidad de la atención y el vínculo entre formadores (Universidad de la República fundamentalmente), prestadores (públicos y privados) y rector (Ministerio), entre otros.

Vinculando la información relevada en este informe, tanto a nivel normativo como de fuentes secundarias, entrevistas realizadas y el procesamiento de información aportado con algunos conceptos teóricos presentados al inicio, es posible identificar una serie de aspectos que vale la pena discutir colectivamente con miras a la mejora de ciertos instrumentos. A continuación, se explicitan algunas de estas cuestiones, para posteriormente ensayar posibles caminos de cambio.

En primer lugar, es importante volver a destacar la relevancia de los cupos y su distribución territorial y por especialidad. Para analizar esta dimensión, es interesante observar la dinámica del sistema desde una lógica de regulación. La formación de recursos humanos, tanto médicos como no médicos, es una dimensión clave que impacta en la provisión de servicios de salud, al tiempo que la práctica y el ejercicio profesional en los centros asistenciales es muy importante para una mejor formación. En ese sentido, en el marco de un sistema mixto, sería deseable que todos los actores contribuyeran a dicho proceso, en la medida que posteriormente todos harán uso y se beneficiarán de dichos recursos. Para que esto ocurra, el Estado (entre sus diferentes actores de formación y rectoría) debería generar instrumentos regulatorios que evitará que la recepción o no de residencias sea una decisión unilateral del prestador, sino que la misma siguiera criterios de necesidad del sistema. De las diferentes entrevistas se desprende de forma muy clara que los prestadores privados carecen de incentivos individuales para asumir por sí solos esta tarea. En este caso, la regulación no solo sería de tipo económica, sino también de corte social, tal como se menciona en la teoría.

Respecto a este punto, cabría preguntarse si la gestión de las residencias médicas debería seguir bajo el paraguas de un Sistema Nacional de Residencias Médicas, o si, por el contrario, este asunto no debería enmarcarse en un proceso más general de política

nacional de recursos humanos en salud que problematiza los objetivos finales del sistema de residencias. De esta manera, podría evitarse o atenuarse parte de la fragmentación actual que aborda los problemas salariales, formativos y de condiciones de trabajo de forma compartimentada. Desde una mirada de estructura organizativa, y aprovechando la institucionalidad existente, podría pensarse en una estructura liderada por la JUNASA, que entre otros recursos tuviera bajo su responsabilidad el mantenimiento de un Observatorio de Recursos Humanos en Salud como principal insumo para una mejor toma de decisiones.

En segundo lugar, a pesar del reposicionamiento del rol del Estado que trajo el nuevo sistema, tanto a nivel de provisión, como de regulación y financiamiento, los desafíos que tiene el sistema actualmente están dejando en evidencia un proceso trunco de construcción de capacidades estatales para un efectivo ejercicio de la rectoría en la formación de recursos humanos en salud. El sistema de salud no escapa al contexto actual signado por la disponibilidad cada vez mayor de información para una mejor toma de decisiones. En este sentido, de acuerdo con lo relevado, podría decirse que el nudo crítico no se encuentra en las capacidades administrativas del ministerio (equipos técnicos calificados, por ejemplo) sino que la debilidad proviene de no disponer de la información necesaria para trabajar.

Uruguay en general, y su sistema de salud en particular, no tienen en principio problemas de generación de información, sino que, por el contrario, la dificultad estriba en la fragmentación de los sistemas de información y las dificultades asociadas al acceso de dichos datos. Este problema es muy evidente al interior del sector público (hay registros y bases de datos en el Ministerio de Salud, en el BPS, en la Facultad de Medicina, en ASSE, etc.) donde muchas veces la información no está debidamente construida como base de datos, y en otras tantas la autoridad sanitaria ni siquiera tiene acceso. Pero este panorama se complejiza y dificulta todavía más, cuando se le agregan actores privados que pueden negar o complicar el acceso a la información por motivos e intereses particulares.

Este punto interpela a la rectoría, no solo en materia administrativa o técnica, sino también política: la capacidad de negociar y construir acuerdos y coaliciones con los diferentes actores involucrados para coordinar y orientar acciones conjuntas y colaborativas. Quizás un ejemplo bien claro de esto es la necesidad de que la autoridad sanitaria asuma un rol mucho más activo y de liderazgo en espacios como el Consejo Honorario de Residencias Médicas, para lo que, además de voluntad política, necesita acompañarse de otros recursos de política pública como son la información, los recursos financieros y los recursos normativos o legales.

A modo de cierre, se presenta un punteo de aspectos a discutir, referidos a posibles cambios y ajustes en el sistema de residencias vigente hoy en día:

- La definición de cupos (cantidad y distribución territorial) debería estar orientada por una estimación de las brechas de residencias médicas que considere tanto aspectos de la oferta como de la demanda de servicios médicos, no solo a nivel

global, sino también a escala regional para racionalizar los recursos en clave de complementariedad y no de competencia.

- En cuanto a los formatos disponibles de formación de especialistas, parece deseable tener como horizonte que las primeras especialidades sean obligatoriamente vía residencias, y que las posteriores sí se realicen vía posgrados, aunque este pasaje debería realizarse de forma gradual para no impactar negativamente en la cantidad de recursos humanos disponibles.
- Para no desvirtuar el sistema de formación, los cargos de residencia deberían mejorar los montos de pago por la tarea. De acuerdo con lo que se ha avanzado en términos de trabajo médico, lo lógico sería asimilar a estos cargos a un esquema similar al de los Cargos de Alta Dedicación, como forma también de reforzar este instrumento, al tiempo que se garantiza la exclusividad para el trabajo y el estudio que requiere una residencia.
- En materia de financiamiento, claramente cualquiera de los cambios esbozados en este documento implica un aumento en los recursos disponibles. Sobre este punto aparecen al menos dos alternativas al esquema existente en el cual cada prestador asume los gastos: por un lado, algunas personas evalúan como una opción la generación de un fondo común destinado a pagar residencias, que se integraría de un porcentaje de lo recaudado por el FONASA. Por otra parte, y aprovechando los instrumentos ya disponibles, podría plantearse la posibilidad de incluir el financiamiento de cupos de residencia en el esquema de metas asistenciales, específicamente dentro de la Meta 4 que deberá re discutirse próximamente.
- Respecto al problema de la distribución territorial, una opción sería la de revisar el régimen de rotación de las residencias. Este punto, en cierta medida podría suponer un rediseño más importante del sistema, en la medida que los prestadores dejarían de ser “dueños” de los cupos, sino que los mismos estarían centralizados y se moverían entre tipos de prestadores y regiones a partir de la combinación de necesidades formativas y asistenciales.
- La aprobación del proyecto de reforma de la prueba de ingreso, que implicaría avanzar hacia un formato de prueba única, evitaría gastos innecesarios, racionaliza el sistema, y permitiría que Uruguay se alinee a las mejores prácticas a nivel internacional.

8. Referencias bibliográficas

Alonso, Guillermo (2007). “Elementos para el análisis de capacidades estatales”, en *Capacidades estatales, instituciones y política social*, Guillermo Alonso (ed.), Buenos Aires, Prometeo.

Cavalleri, F. Castromán, P. Rodríguez, A. Riva, J. (2012). Utilidad de un método estadístico de simulación para evaluar la oferta y demanda de anestesiólogos en Uruguay (2011-2025).

Freigedo, M.; Fuentes, G.; Milanesi, A. (2015). “Capacidades estatales y regulación en asociaciones público-privada: desafíos para las nuevas estrategias de desarrollo” en *Reforma y Democracia*, Nº 63 (CLAD, Caracas). ISSN: 1315-2378.

Freire, J.M.; Infante, A.; Cavalcanti, A. y Carbajo, Pilar(2015). “An analysis of the medical specialty training system in Spain” en *Human Resources for Health*, 13:42.

Fuentes, G.; Carneiro, F. yFreigedo, M. (2020). “Health Care Reform in Latin America: Not All Roads Lead to Rome” en Eloísa del Pino, Carmen Midaglia y NatáliaSatyro (Coords.): *Latin America Social Policy Developments in the Twenty-First Century*. Springer.

Jordana, J. (2006). “Regulación y políticas sociales. Las políticas de regulación social y la creación de mercados en los sectores sociales de América Latina” . *Serie Documentos de Trabajo I-63, INDES*. Nueva York.

Lobato, R.; Lagares, A.; Villena, V.; García Seoane, J.; Jiménez-Roldán, L.; Munarriz, P.; Castaño-León, A. y Alén, J. (2014). “La selección de los graduados en Medicina para los puestos de residencia. Estudio comparativo de los métodos usados en diferentes países” en *Neurocirugía*, 26 (1): 3-12.

Lowi, T. (1992). “Políticas públicas, estudios de caso y teoría política” en Aguilar Villanueva (Comp.): *La hechura de las políticas*. Porrúa Grupo Editorial. México.

Majone, G. y la Spina, A. (1993). “El Estado Regulador” en *Gestión y Política Pública*, Vol. 11, Nº 2, págs. 197-261.

Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay. (2006). Reestructura del primer nivel de atención – Mercado de Trabajo del sector salud.

Ministerio de Salud Pública de Uruguay, ASSE, Departamento y Cátedra de Anestesiología de la Facultad de Medicina, FEMI gremial, Sociedad de Anestesiología del Uruguay. (2011). Informe final del Subgrupo para la estimación de las necesidades de anestesia.

Ministerio de Salud Pública (2015). “La selección de los graduados en Medicina para los puestos de residencia. Estudio comparativo de los métodos usados en diferentes países”. Documento de trabajo.

Narbond, P.(2003). “Nuevo paradigma de la gestión pública: ¿transformación técnica o transformación política del Estado?” En Conrado Ramos (Ed.): *La reconstrucción gerencial del Estado. Enfoques políticos sobre la “Nueva Gestión Pública”*. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

North, D. (1993): *Las Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

Organización Panamericana de la Salud(2011). “Residencias médicas en América Latina” en *Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No 5*. Washington DC.

Oszlak, O. (2004) “Privatización y capacidad de regulación estatal: una aproximación teórico-metodológica” en CLAD: *Política y Gestión Pública*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Painter, Martin y Pierre, Jon (2005), “Unpacking Policy Capacity: Issues and Themes”, en *Challenges to State Policy Capacity: Global Trends and Comparative Perspectives*, Martin Painter y Jon Pierre (eds.), Houndmills, Palgrave Macmillan

Repetto, Fabián (2004), “Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina”, Washington, BID (Serie Documentos de Trabajo; N° I-52).

Robles Guerrero, L.R.(2013). “Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud” en *Anales de la Facultad de Medicina*, Vol. 74, N° 1.

Rodríguez Gustá, Ana Laura (2007), “Capacidades estatales: reflexiones en torno a un programa de investigación”, en *Capacidades estatales, instituciones y política social*, Guillermo Alonso (ed.), Buenos Aires, Prometeo.

Stark, C. (2004): “Regulación, Agencias Reguladoras e Innovación de la Gestión Pública en América Latina”. Avance del proyecto del CLAD: *Modernización de la Administración Pública en América Latina y el Caribe*. Caracas.

Wendt, C.; Frisina, L. & Rothgang, H. (2009) “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison” en *Social Policy and Administration*, Vol. 43, N° 1, 70-90.