



Conceptos para la elaboración de estrategias de desarrollo de los RHS como base para el logro de la CSU - Resumen de acciones para la mejora de los RHS en Uruguay

Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos
para la Salud

2013

ÍNDICE

I. Acciones en pro del desarrollo de los RHS: para qué cobertura.....	2
II. Compromiso Uruguay acciones para el desarrollo de los RHS.....	3
1° ACCIÓN - Dimensión Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Uruguay (ORHSU).....	3
2° ACCIÓN - Dimensión Proceso de Formación de los RHS.....	4
3° ACCIÓN – Dimensión Estructura de la Fuerza de Trabajo.....	5
III. Acciones para la mejora de la situación de los Recursos Humanos en Salud en Uruguay.....	6
1. Nueva estructura del MSP: Creación de la División de Evaluación y Monitoreo de RRHH en Salud.....	6
2. Observatorio de Recursos Humanos en salud del Uruguay (ORHSU).....	7
3. Negociación colectiva: Reforma del laudo médico del subsector privado.....	8
4. Mejora de los sistemas de información de RHS.....	9
IV. Políticas institucionales de Recursos Humanos en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).....	11
ANEXOS.....	
Resumen de acciones y programas para la mejora de la situación de los RHS - (Período 2005 – 2013).....	14
Resumen de resultados de 2° medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015.....	16

I. Acciones en pro del desarrollo de los RHS: para qué cobertura

Considerando la oportunidad del Foro como medio para el desarrollo y planteamientos de acciones en pro de la mejora de las situaciones de los Recursos Humanos en Salud (RHS) como uno de los medios para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), entendemos pertinente señalar algunos puntos relevantes que se deberán tener en cuenta a la hora de organizar estrategias para la mejora de los RHS.

Aspectos como la formación, calidad y la cantidad, así como la equidad en la distribución de los trabajadores de la salud no son temas novedosos, pero hoy han adquirido una importancia crucial, demandando un análisis más profundo y crítico sobre la situación real de los RHS. Atendiendo a estas características concebimos que las líneas estratégicas a seguir para el progreso de los RHS deberán definirse como un conjunto ordenado de acciones que permitan crear las condiciones necesarias para avanzar hacia la calidad y cantidad suficiente de RHS con base en la implementación de una atención sanitaria acorde a las necesidades de salud de la población.

El seguimiento de estas acciones también reclama un proceder metodológico que encierre aspectos consecuentes con la realidad analizada. Estos aspectos consecuentes son particularidades que no pueden ser extrapoladas a un contexto ajeno y diferente al de su origen. La elaboración de ciertos indicadores de salud basados en los RHS deberán respetar estas características de particularidad de los países, así como también deberán partir de bases flexibles que permitan la incorporación de conceptos menos medibles cuantitativamente, lo que en cierta medida implica partir de una base de reconocimiento que la realidad en la cual están inmersos los RHS es una realidad en tránsito y no un contexto mecanizado de proceder que pueda ser recopilado por un método único.

Es dentro de este punto que hacemos referencia al concepto de auto-suficiencia como noción fundamental y base para el logro de la CSU. La autosuficiencia en materia de RHS refiere al esfuerzo que cada país desarrollará como estrategia para afrontar problemas de infraestructura, educación, emigración, dotación y distribución de la fuerza laboral en salud. No obstante también creemos que todo esfuerzo por ampliar la capacidad de auto-suficiencia para el desarrollo de los RHS en pro de alcanzar una CSU siempre reclamara un continuar de acciones que difícilmente encuentre un punto ideal que nos permita y nos proporcione una medida estándar, de cuanto debería ser el esfuerzo volcado para alcanzar los objetivos. De esta manera intentar cuantificar estas acciones se hace dificultoso y arriesgado desde un punto de vista estratégico.

Entendemos también que uno de los principales problemas a resolver para el logro de una CSU beneficiando el desarrollo de los RHS pasa por superar y lograr una mejor distribución de nuestros RHS en el territorio. *Proponemos entonces que las acciones a seguir apunten a una distribución equitativa de los recursos humanos y no a una distribución igualitaria de los mismos.* El objetivo en última instancia no es alcanzar indicadores de densidad de recursos humanos iguales por localidades, municipios, departamentos o provincias, sino que se deberá considerar las características y necesidades de la población que viven en esas distintas zonas, para de esta forma asignar recursos humanos de calidad que respondan de manera eficiente a esas necesidades. Se deberá considerar también la organización del sistema de salud y las redes que estos construyan. Se debe tener en cuenta que la distribución equitativa de RHS no significa, necesariamente en todos los casos, la existencia de dichos recursos a nivel territorial; *de igual modo, será imprescindible, definir y clarificar, el concepto de profundidad de la CSU, de manera que, la cantidad y calidad de RHS sean las necesarias a una cobertura integral de las necesidades de salud de la población, hablamos pues de una cobertura eficaz, justa y profunda.*

Existen áreas dentro de los sistemas de salud que requieren de una escala mínima, por lo que la descentralización implicaría graves ineficiencias. El objetivo en última instancia, es garantizar el acceso universal de todos los usuarios al sistema de salud. De esta manera se debe planificar el sistema desde una perspectiva regional, sin caer en una asignación y utilización ineficiente de los recursos sanitarios.

II. COMPROMISO URUGUAY ACCIONES PARA EL DESARROLLO DE LOS RHS

Formulario de propuestas de vías de compromiso en materia de RHS

1° ACCIÓN - Dimensión Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Uruguay (ORHSU)

1) Nombre de su institución o país: **Ministerio de Salud Pública de Uruguay**

2) ¿A qué grupo de población pertenece? (subraye o marque con un círculo la respuesta que corresponda): **Gobierno Nacional**

3) Persona de contacto (indique el nombre, el correo electrónico y el número de teléfono de la persona de contacto de su institución/país para cualquier tipo de comunicación sobre los compromisos en materia de RHS)

Nombre:	Mail:	Tel:
----------------	--------------	-------------

4) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución? (Introduzca el nombre de la organización responsable, objetivos y fechas de finalización esperadas): **Fortalecer el andar del Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Uruguay (ORHSU)**

5) Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

- **Incentivar, coordinar y movilizar espacios para la producción y análisis de información sobre los RHS entre las distintas Instituciones que componen el campo de la Salud.**
- **Construir estrategias activas y colaborativas para el desarrollo de los RHS dentro de la órbita del ORHSU.**
- **Fortalecer el Rol rector del MSP en el ámbito de la formación, a partir de convenios con las Instituciones Formadoras de RHS que integran el ORHSU.**
- **Indicadores de resultados: Numero de Comisiones Técnicas trabajando, N° de Boletines, investigaciones realizadas en ORHSU.**

6) Podrá asistir usted o un representante de su país/institución al Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud en Recife (Brasil), que se celebrará entre el 10 y el 13 de noviembre de 2013, para anunciar sus compromisos en materia de RHS? **SI**

7) ¿Le importaría que la Alianza o la Secretaría de la OMS se pusiese en contacto con usted tras el Tercer Foro Mundial para hacer un seguimiento de la realización de las acciones en materia de RHS a las que se ha comprometido? **SI**

COMPROMISO URUGUAY ACCIONES PARA EL DESARROLLO DE LOS RHS

Formulario de propuestas de vías de compromiso en materia de RHS

2° ACCIÓN - Dimensión Proceso de Formación de los RHS

1) Nombre de su institución o país: **Ministerio de Salud Pública de Uruguay**

2) ¿A qué grupo de población pertenece? (subraye o marque con un círculo la respuesta que corresponda): **Gobierno Nacional**

3) Persona de contacto (indique el nombre, el correo electrónico y el número de teléfono de la persona de contacto de su institución/país para cualquier tipo de comunicación sobre los compromisos en materia de RHS)

Nombre:	Mail:	Tel:
----------------	--------------	-------------

4) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución? (Introduzca el nombre de la organización responsable, objetivos y fechas de finalización esperadas): **Fortalecer los espacios de intercambio de estrategias para el desarrollo de los RHS entre el MSP y las Instituciones que regulan la formación de trabajadores de la salud.**

5) Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

- **Promover la formación de grupos interinstitucionales entre Ministerios (MSP y Ministerio de Educación y Cultura (MEC)) para la implementación de acciones de mejora de la formación de los RHS.**
- **1° acción generar aportes para la elaboración de un nuevo perfil de los y las auxiliares de enfermería en el marco de la modificación de la ordenanza 930 de 1981. (Reorientación de la formación de las Auxiliares de Enfermería para el Primer de Atención con base en desarrollo de la APS).**
- **Año de referencia para resultados esperados 2015 (Escuelas de enfermería - formación de auxiliares con nuevo perfil entre 900 y 1.000 auxiliares formadas para ese año, incremento de un 4% de la población de auxiliares de enfermería)**
- **Fuentes de datos a utilizar: Sistemas de información del MSP: Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS) – Registros de egresos de las Escuelas formadoras de Auxiliares de Enfermería)**

6) Podrá asistir usted o un representante de su país/institución al Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud en Recife (Brasil), que se celebrará entre el 10 y el 13 de noviembre de 2013, para anunciar sus compromisos en materia de RHS? **SI**

7) ¿Le importaría que la Alianza o la Secretaría de la OMS se pusiese en contacto con usted tras el Tercer Foro Mundial para hacer un seguimiento de la realización de las acciones en materia de RHS a las que se ha comprometido? **SI**



COMPROMISO URUGUAY ACCIONES PARA EL DESARROLLO DE LOS RHS

Formulario de propuestas de vías de compromiso en materia de RHS

3° ACCIÓN - Dimensión Estructura de la Fuerza de Trabajo

1) Nombre de su institución o país: **Ministerio de Salud Pública de Uruguay**

2) ¿A qué grupo de población pertenece? (subraye o marque con un círculo la respuesta que corresponda): **Gobierno Nacional**

3) Persona de contacto (indique el nombre, el correo electrónico y el número de teléfono de la persona de contacto de su institución/país para cualquier tipo de comunicación sobre los compromisos en materia de RHS)

Nombre:	Mail:	Tel:
----------------	--------------	-------------

4) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución? (Introduzca el nombre de la organización responsable, objetivos y fechas de finalización esperadas): **Contribuir a la formulación de una política de dotación de recursos humanos de enfermería, a fin de mejorar la calidad de la atención de salud de la población. Acción conjunta MSP, UdelaR (Fac. de Enfermería), OPS y Ministerio de Salud de Brasil.**

5) Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

- **Obtener, actualizar y profundizar la información estratégica sobre la fuerza de trabajo de enfermería.**
- **Realización de un estudio descriptivo de las características de formación y condiciones de trabajo del personal de enfermería.**
- **Fuente de datos primaria: Aplicación de un cuestionario estandarizado a una muestra representativa del personal de enfermería a partir de un marco Censal (Censo en transcurso).**
- **Cuestionario estructurado por zona, condición laboral y categoría profesional.**
- **Aplicación del cuestionario entre los meses marzo y mayo 2014.**
- **Finalización de proyecto agosto 2014.**

6) Podrá asistir usted o un representante de su país/institución al Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud en Recife (Brasil), que se celebrará entre el 10 y el 13 de noviembre de 2013, para anunciar sus compromisos en materia de RHS? **SI**

7) ¿Le importaría que la Alianza o la Secretaría de la OMS se pusiese en contacto con usted tras el Tercer Foro Mundial para hacer un seguimiento de la realización de las acciones en materia de RHS a las que se ha comprometido? **SI**

III. Acciones para la mejora de la situación de los Recursos Humanos en Salud (RHS)

III.1. Nueva estructura del MSP:

Creación de la División de Evaluación y Monitoreo de RRHH en Salud

En el año 2010 en el marco de la reestructura del MSP (Piloto de Reforma del Estado) y el proceso de planificación estratégica conjunto con la ONSC y la OPP, el MSP se embarca en la construcción de una nueva división dentro de la DIGESNIS denominada inicialmente División de RRHH del SNIS y actualmente División de Evaluación y Monitoreo de los Recursos Humanos en Salud (RHS).

Del proceso de análisis y construcción de la reestructura mencionada, emanó la idea fuerza de generar dentro del MSP una unidad de trabajo que administrativamente tenga el lugar de División y estratégicamente organice, coordine y planifique el tema de los RRHH del conjunto del sector Salud. Es así que se consolida la división con el reagrupamiento de unidades y departamentos preexistentes en el organigrama del MSP (Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de DIGESA y la agenda de mercado de trabajo de Economía de la Salud – DIGESE).

Previo a la creación de la división el tema de los RHS dentro del MSP se trabajaba de forma fragmentada y sectorizada sin lograr abordar el tema con una mirada dinámica y completa que abarcara todos los aspectos inherentes a la complejidad y nivel de conflicto del campo de los RHS. Esta situación colocaba al MSP en una posición relativamente débil tanto en la interna de la administración central y estatal y así como frente al resto de los actores implicados directamente en el campo de los RHS.

Con la creación de la división se termina de definir un interlocutor institucionalmente claro para el trabajo sobre los RRHH en Salud en sus distintas dimensiones. La creación de la división adquiere mayor importancia tomando en cuenta dos elementos significativos:

1. Pone al MSP en una mejor posición para el ejercicio de la rectoría en salud (Funciones Esenciales de Salud Pública) dentro del campo de los RRHH en Salud. Rectoría que para este caso particular podríamos definirla como compartida, dado las competencias jurisprudenciales que tienen otros organismos del Estado en la materia.
2. Ubica al MSP y a Uruguay en cumplimiento de la resolución de la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana; 59° Sesión del Comité Regional de la OPS/OMS; “*Metas Regionales en materia de RRHH para la Salud 2007-2015*”, meta N° 5.

En la planificación de la división se definieron los siguientes objetivos estratégicos:

1. Aportar a la construcción y diseño de políticas para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud acorde a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del SNIS y a las expectativas y derechos de los usuarios del sistema.
2. Promover el abordaje conjunto para la gestión política de los Recursos Humanos en Salud con los distintos actores implicados en el campo de los Recursos Humanos en Salud, tomando a estos como sujetos activos y eje esencial para una adecuada atención en Salud.

III.2. Observatorio de Recursos Humanos en salud del Uruguay (ORHSU)

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

Es coordinado por la División de Evaluación y Monitoreo de RHS del MSP, que garantiza el funcionamiento del Observatorio, incluyendo la comunicación y participación permanente entre sus integrantes..

1.1. Integrantes del ORHSU:

- MSP – ASSE - Sanidad Militar – FUS – SMU – FFSP - Servicios del área salud de la UdelaR
- Secretaría Gremial de FEMI - Cámaras y empresas de las IAMC (UMU, FEMI, MUCAM, CIES, Plenario)

1.2. Funcionamiento y actualidad del ORHSU

El ORHSU comenzó a funcionar de manera ad hoc durante 2012 y se constituyó formalmente en la primera plenaria en abril de 2013.

Si bien a principios de 2012 el ORHSU no estaba formalmente constituido, igualmente se conformó un espacio de trabajo inter-institucional con diferentes actores del campo de la Salud. Este espacio de trabajo surgió como una respuesta de análisis a la situación de los Enfermeros que de alguna forma alteró el concepto de seguridad del paciente.

Bajo estas circunstancias funcionaron paralelamente dos subgrupos a lo largo de todo el 2012 que se focalizaron en dos temas específicos: **a)** el monitoreo de la situación de los trabajadores médicos y no médicos en los servicios de salud; y **b)** el análisis y monitoreo del vínculo de los RHS, equipos de salud y usuarios-pacientes.

El 17 de abril de 2013 se convoca a la Primera Plenaria del ORHSU donde se aprueba el Reglamento de Funcionamiento del Observatorio, se acuerda la agenda de trabajo para 2013 y se presentan los principales hallazgos de los dos trabajos realizados en la órbita del Observatorio en el 2012.

1.3. Agenda de temas aprobados para 2013:

- a. **Construcción de Indicadores Básicos de Recursos Humanos en Salud.** Construir un conjunto de indicadores que permitan monitorear de manera periódica, entre otros, los aspectos vinculados a la disponibilidad, formación, inserción laboral. (Incorporando perfiles y competencias). Monitoreo, seguimiento y medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud 2007-2015.
- b. **Diagnóstico y Estimación de RRHH en Salud.** Esta comisión diagramará su trabajo en dos etapas. En la primera se trabajará sobre el diagnóstico y estimación de RRHH para la atención en sanatorio en cuidados moderados y en la segunda etapa abordará el Primer Nivel de Atención incorporando las dimensiones de lo Rural y la Salud Mental enfatizando en aspectos tales como perfiles y competencias para las prestaciones. (Además de las cuestiones anteriores, los diagnósticos y estimaciones que se realicen en las dos etapas partirán de una base multidimensional que incluirán cuestiones como la Distribución de los RRHH: Interior y Montevideo; multiempleo y su relación con el ausentismo; el ausentismo y sus impactos en la organización del trabajo; escasez de especialidades; prácticas sociales y procesos socioculturales de la atención).
- c. **Evaluación y análisis de los mecanismos sectoriales de ajuste salarial por productividad.**
- d. **Estudio de los proceso de formación de los RRHH en Salud que ofician como barrera a la accesibilidad de los usuarios a la atención.**

III.3. Negociación colectiva

Reforma del laudo médico del subsector privado.

En noviembre de 2012 se firma en el ámbito del consejo de salarios grupo 15, el acuerdo que cimienta la reforma del mercado de trabajo médico en el subsector privado, cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención, introducir cambios que apunten a priorizar el primer nivel de atención y mejorar la calidad de vida de los trabajadores médicos.

El acuerdo de 2012 abarca medicina general, familiar, pediatría y ginecología. El cambio en el régimen de trabajo incluye un período de transición para respetar los derechos adquiridos de los trabajadores médicos. Esto implica que el pasaje al nuevo laudo sea voluntario para los médicos que se encuentran trabajando y obligatorio para los cargos nuevos que se llenen o creen.

Tabla 1. Cuadro Resumen comparativo

	Laudo 67	Acuerdo 2012
Carga horaria	Baja carga horaria por cargo: 26 hs mensuales en policlínica, guardia 24 hs, etc	Cargos de 40 o 48 hs semanales
Actividades por cargo	Fragmentación de cargos entre áreas de actividad. Cargos UNIFUNCIONALES. El horario de trabajo es exclusivo para la atención directa al paciente; no incluyen horas para tareas institucionales o de educación para la salud.	Cargos polifuncionales, que incluyen: policlínica, atención domiciliaria urgente y no urgente, urgencia y emergencia centralizada, actividades institucionales y de educación para la salud
Horas de trabajo continuo	Guardias de 24hs	Guardias de un máximo de 16hs de trabajo continuo
Incidencia del pago variable	50% Montevideo	Máximo 25%
Forma de pago variable	En Montevideo Policlínica: fijo + acto (50% cada uno) Radio: 100% por acto (sin límite de llamados por hora) Puerta: 100% fijo Block: 100% por acto	Policlínica: fijo (75%) + pago variable que prioriza la referenciación de la población y el correcto registro en la historia clínica Radio: fijo (75%) + pago por consulta (máximo 3 llamados por hora) Puerta: a definir la forma de pago variable Block: fijo (75%) + pago por acto
Referenciación de la población	No existe.	Método de referenciación basado en la libertad de elección del usuario, la carga horaria del médico, la utilización esperada de los usuarios por edad y sexo y la cantidad de consultas por hora laudadas.

III.4. Mejora de los sistemas de información de RHS

4.1. Evolución histórica de los instrumentos de registro de los Profesionales de la Salud.

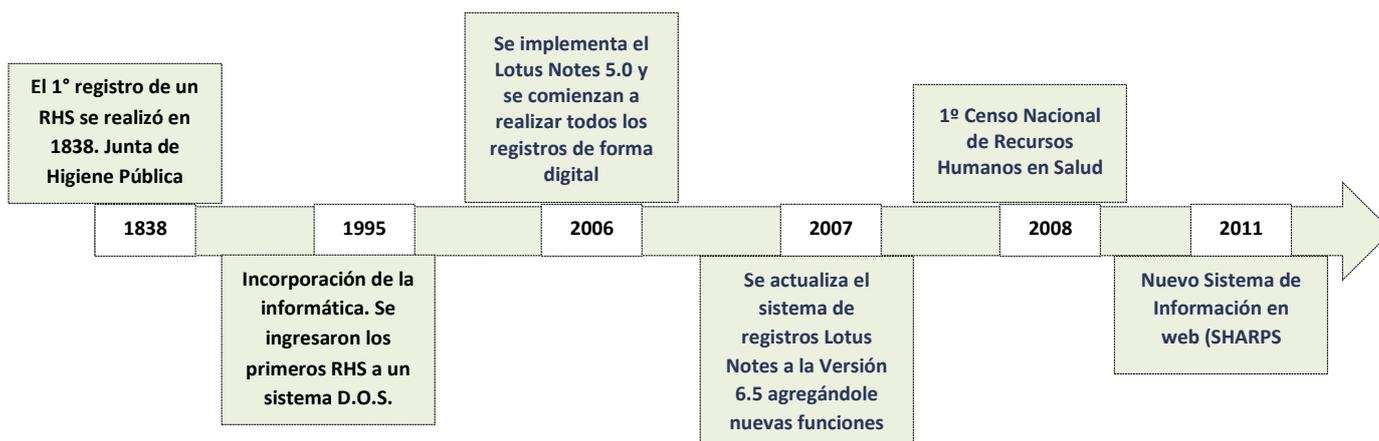
En Uruguay, el sistema de registro de profesionales de la salud data de 1839, año en que se realizó el primer registro por la Junta de Higiene Pública. En el año 1995 se comenzó a incorporar la informática como herramienta para el registro de RHS, ingresándose los primeros RHS a un sistema disk operating system (DOS). En el 2006 se implementa el Lotus Notes 5.0, un nuevo software para el registro y habilitación de los RHS y se digitalizan todos los procesos. A partir de este año el registro de Profesionales y títulos se realiza únicamente de manera electrónica. En el 2007 se actualiza el sistema de registros Lotus Notes a la Versión 6.5 agregándole nuevas funciones. En Octubre de 2008 se realiza el **1º Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud** con el objetivo de actualizar la base de datos de los profesionales registrados. En 2010-2011 se realizaron los primeros avances de geo-referenciación de los RHS a través de la creación de un espacio que reunió distintas Divisiones del MSP denominada Sala de Análisis de Situación de Salud. En el año 2011 se crea un Nuevo Sistema de Información web **Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS)** con los objetivos de facilitar el procesamiento estadístico de los datos relevados y agilizar el proceso de registro de los RHS.

SHARPS

Objetivos del sistema:

- Registrar, habilitar y controlar la formación de los recursos humanos en salud.
- Mejorar en términos de calidad y cantidad la información relevada históricamente.
- Disponer de la información básica para el posterior análisis estadístico.
- Datos relevados: **1)** identificatorios del RHS (Nombre completo, tipo y Nº de documento de Identidad, fecha de nacimiento, ciudad y país de nacimiento, ciudad y localidad de residencia actual, nacionalidad, sexo, credencial y Nº de CJPPU. Domicilio particular, código postal, teléfonos, e-mail). **2)** Datos del título (Denominación, Institución Formadora, Fecha de Obtenido, Fecha y Nº de Registro en el MSP, modo de obtención).

Evolución histórica de los registros de los RHS en el MSP



4.2. El Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH)

A partir de 2006 comenzó a funcionar el Sistema de Control y Análisis de los Recursos Humanos (SCARH), que releva los datos de los trabajadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Objetivos:

El sistema SCARH releva información de desempeño, dedicación, ocupación y costos de los recursos humanos de cada una de las Instituciones de Asistencia Médica. El proceso de ingreso de datos lo realizará la institución prestadora directamente en el sistema, accediendo a través de Internet a la aplicación que solicitará la información correspondiente al informe mensual. Las instituciones deben cada tres meses enviar información mensual de sus RRHH, desde la función que desempeñan, la carga horaria contratada como la realizada efectivamente en el mes, la cantidad de actos realizados cuando corresponde, su salario, etc. Por el momento en este sistema están registrando las IAMC y los seguros privados, pero el objetivo es que en el futuro su pueda relevar la información de todas las instituciones asistenciales del sector.

Preguntas que intenta responder:

¿Con qué tipo, cantidad y calidad de trabajadores se cuenta? - ¿Dónde se ubican territorialmente? - ¿Qué impacto generan en el equilibrio sectorial? - ¿En qué nivel asistencial se ubican y cómo se organizan? - ¿Qué, cómo y cuánto producen? - ¿Qué sistemas de remuneración se usan actualmente y cuál es su impacto real en términos de incentivos?

Contenido del relevamiento

Grupos de contenido: 1) Datos personales del trabajador, 2) Relación de dependencia, 3) Dotación y nivel de actividad, 4) Remuneraciones.

El SCARH pone a disposición de los diseñadores de políticas información sobre la demanda de trabajo del sector salud, en términos de su composición etaria, por sexo y por especialidad o categoría, su ubicación geográfica, distribución por nivel asistencial, y niveles y sistemas de pago vigentes. Este sistema ha permitido al Ministerio de Salud Pública mejorar su capacidad regulatoria y generar políticas focalizadas sobre el mercado de trabajo. Asimismo ha funcionado como un instrumento de gestión para las instituciones, ya que el SCARH les permite acceder a indicadores sobre su propia institución pero también de manera comparativa con el resto del sector. Además la implementación del SCARH ha redundado en mejoras en los sistemas de información propios de las instituciones y en cierta medida las obliga a disponer de mejor información sobre sus propios recursos.

Síntesis

El MSP cuenta con sistemas de información que recaban información personal de los profesionales y generan una visión sobre el comportamiento de la oferta y la demanda de los RRHH en el sector salud. Dichos sistemas, han sido utilizados para la toma de decisiones políticas en los distintos aspectos relacionados con los RRHH del sector.

Si bien los sistemas de información con los que se cuenta permiten abarcar la mayor parte del universo del sector, el mismo no está completo. En este sentido la División de Evaluación y Monitoreo de los RRHH del sector, tiene dentro de sus objetivos primordiales ampliar y consolidar los sistemas de información. Se comenzó a finales de 2012 a recabar información a nivel territorial referente a los prestadores privados de salud. Esta información resulta imprescindible para la toma de decisiones políticas a nivel territorial. Asimismo, a inicios del año 2013 se empezó a elaborar un formulario para recabar información referente a las emergencias móviles, y a todos los prestadores integrantes del Subsector Público de salud. De este modo, se contaría con todo el universo de trabajadores y de profesionales habilitados para el ejercicio.

IV. Políticas institucionales de Recursos Humanos en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Antecedentes:

A partir de la descentralización del organismo en el año 2007, ASSE se abocó al diseño de una matriz de cargos comenzando por ordenar la relación laboral de los vínculos contractuales del organismo. Concomitantemente se suscribieron convenios salariales con los colectivos médicos y no médicos a efectos de consolidar salarios, cargas horarias, así como equiparar complementos salariales entre los funcionarios.

En ASSE trabajan más de 28.000 personas, con vínculos contractuales compartidos entre diversos organismos financiadores. En algunos casos, las mismas personas detentan más de un vínculo y con más de un financiador. El proceso de reordenamiento contractual iniciado ha permitido regularizar más de 2.000 vínculos contractuales, que en su mayoría consistieron en la presupuestación de los contratos.

En este período ASSE se ha concentrado en la revisión y definición de sus normativas a efectos de adecuar los procesos a la nueva realidad como servicio descentralizado.

RRHH de ASSE: estrategias institucionales

Entre las debilidades identificadas con respecto a los recursos humanos, en el proceso de Planificación Estratégica de ASSE, la ausencia de un sistema de información integrado, que permita procesar y analizar la información en forma oportuna y adecuada a las necesidades del organismo, fue la principal carencia a resolver. También se identificaron otras necesidades, como la capacitación continua, en áreas administrativas y técnicas, la documentación de procesos y elaboración de manuales de procedimiento, y la distribución en territorio de personal técnico especializado, en algunas áreas clave.

1.- Sistema de información:

En el año 2013 se licitó la Adquisición de un Sistema Informático de Gestión Integrada de Recursos Humanos, a través de un préstamo del Banco Mundial. Este proceso se encuentra a la espera de la aprobación de los organismos de contralor correspondientes. El nuevo sistema prevé resolver las necesidades actuales del organismo, en términos de registración, procesamiento y análisis de todas las etapas de la gestión de recursos humanos, desde la selección hasta la liquidación de salarios, y permitirá el análisis de la información, con reportes gerenciales a través de un cuadro de mando.

2.- Planificación del trabajo medico:

En el marco de los convenios institucionales firmados con la Universidad de la República se han incrementado las partidas tendientes a incentivar a los profesionales con cargos docentes que prestan funciones en ASSE, equiparándolos salarialmente a las retribuciones del organismo (781 profesionales). Por otra parte, a efectos de incrementar el número de profesionales, así como su productividad, se crearon unidades de formación docente - asistenciales en varias Unidades. (59 en todo el país).

Desde el año 2010 se incorporó la modalidad de trabajo de alta dedicación horaria, a efectos de aumentar la cobertura de las especialidades escasas (anestesia y medicina intensiva, tanto pediátrica como de adultos), y de modificar la forma de trabajo médico, reduciendo el multiempleo. Se cubrieron más de 60 cargos en dicha modalidad.

En el año 2013, se llamaron 30 cargos de alta dedicación horaria para pediatría y medicina familiar y comunitaria enfocando hacia el primer nivel de atención, en el marco del cumplimiento de las metas prestacionales del MSP.



Por otra parte, se planificaron y convenieron incentivos para los médicos del primer nivel de atención asociado a un pago por capitación de usuarios.

Respecto a las especialidades anestésico quirúrgicas, A.S.S.E. se acordó la distribución de un fondo fijo anual asociado a la productividad de los servicios. El pago está directamente asociado a la información quirúrgica de cada procedimiento codificado en el organismo. Dicho sistema permite tener información inmediata y en línea de todos los procedimientos anestésico quirúrgico.

3.- Descentralización:

ASSE se encuentra en un proceso de reorganización institucional, basado en el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud, con base Regional (RISS-R). En este marco, se está trabajando en la descentralización de los procesos asistenciales y administrativos, entre los cuales se encuentra el proceso de selección y contratación de los recursos humanos para cada Unidad (titulares y suplentes), que hasta ahora cumple un proceso esencialmente centralizado en la Administración Central del organismo, retrasándose la cobertura en las áreas asistenciales y la gestión en cada Unidad

4.- Negociación colectiva

Desde el año 2008 y hasta la fecha, ASSE ha propiciado los ámbitos de negociación colectiva con sus trabajadores, realizando acuerdos con los sindicatos que han permitido avanzar en las relaciones laborales del organismo, en el trabajo bipartito con los distintos actores y en los ámbitos de participación de los trabajadores. El desarrollo de la negociación a través de convenios colectivos es nuevo en el organismo y se encuentra en permanente desarrollo tanto respecto a aquellos que involucran salarios así como condiciones de trabajo. A modo de ejemplo, han sido establecidos a partir de convenios colectivos, los cargos de alta dedicación horaria, los variables de por capitación y anestésico quirúrgico, los complementos con los colectivos no médicos así como las modificaciones en las condiciones de trabajo incluyendo la modalidad de trabajo de los médicos, etc.

ANEXOS

Resumen de acciones y programas para la mejora de la situación de los RHS
(Período 2005 – 2013)

Gestión y Planificación

Período de referencia	Programas y Acciones	Objetivos
2005	Reinstalación de la negociación colectiva	Se instalan a nivel de todos los sectores de la economía de los consejos de salarios. Para el caso de la salud se incorpora al MSP a dichos consejos con el objetivo de alinear las políticas laborales a las salariales.
2005-2008	Creación de sistemas de información de RHS	Recabar datos de todos los trabajadores del sistema. Conocer las características básicas de las personas que se desempeñan en el campo de la salud. Colaborar a actualizar los sistemas de información.
2010	Creación de la División de RRHH del SNIS	Construcción y diseño de políticas para el desarrollo de los Recursos Humanos del SNIS acordes a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del sistema de salud, y a las expectativas y derechos de los usuarios del sistema
2011-2012	Fortalecimiento de los Sistemas de Información	Reforzar la capacidad de rectoría del MSP en materia de registros, habilitación y control de la formación de los RHS.
2012	Creación del Observatorio de RHS del Uruguay (ORHSU)	Construcción, análisis y difusión de conocimiento para la elaboración e implementación de los procesos de regulación, formación, desarrollo y formulación de políticas y planes de RHS en el marco de los principios y valores rectores del SNIS y las necesidades sanitarias de la población del país.
2012-2013	Incorporación de la información de los RHS del resto de los prestadores de salud	Contar con información de todos los RHS que se encuentran trabajando en el país.

Condiciones de Trabajo

Período de referencia	Programas y Acciones	Objetivos
2005 en adelante	Aumentos salariales del sector público.	Mejorar el nivel de vida de los trabajadores del sector público. Disminuir la brecha en la dotación de trabajadores del sector público con relación al privado.
2005 en adelante	Aumentos salariales en el sector privado a través de negociación tripartita	Mejorar el nivel de vida de los RHS, recuperando el salario perdido en la última crisis del país.
2007 en adelante	Presupuestación de trabajadores en ASSE	Disminuir el empleo precario. Evitar el traslado de los RHS al sector privado. Aumentar el compromiso de los RHS hacia la institución.
2008	Creación de cargos de Alta Dedicación para especialidades médicas con escasos en el sector público	Contribuir a terminar con el multiempleo, retener más horas al trabajador dentro de la institución.
2008	Nuevos beneficios a los trabajadores no médicos del sector privado.	Mejorar las condiciones de trabajo. (Cambios en los sistemas de libres rotativos, creación de comisión de género, etc.)
2011	Ley de reglamentación del ejercicio de la enfermería	Consagrar el marco jurídico que regulará por su orden el ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y la actividad del personal que se desempeña como auxiliar de enfermería en Uruguay.
2012	Propuesta de un laudo médico único nacional	Evitar la competencia por los RHS en los distintos sectores, disminuyendo las brechas salariales entre ambos sectores y tendiendo a homogeneizar tareas, cargos y funciones en el SNIS.

2012-2013	Creación de Cargos de Alta Dedicación en el Sector privado	Priorizar el primer nivel de atención. Disminución de las horas de guardia interna. Disminuir el multiempleo.
------------------	--	---

Formación y capacitación

Período de referencia	Programas y Acciones	Objetivos
2009	Nuevo plan de estudio de la Facultad de Medicina	Actualizar las metas formativas para acompañar los cambios del sistema de Salud. Se basó, además, en la intención de contribuir a una transformación social y sanitaria que debía contener y sustentarse en una reforma educativa.
2009	Programa de formación de Auxiliares de Enfermería para el tránsito horizontal a la Licenciatura en Enfermería	Facilitar la formación y profesionalización de la enfermería a través de un tránsito horizontal a la Licenciatura. Aumentar la dotación de Lic. e enfermería en el país.
2009	Aumento de cupos de residencias médicas	Aumentar la dotación de especialidades que se consideran críticas en el país
2011	Creación del Nodo-Uruguay	Crear una red para compartir y colaborar en los procesos educativos en salud pública

Distribución de RHS

Período de referencia	Programas y Acciones	Objetivos
2009	Proyectos UDAS y UDAD	El objetivo es asegurar el acceso a servicios integrales de salud enfocado a todos los habitantes residentes del medio rural
2011	Programa de Salud Rural	Contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de la población rural desde un enfoque integral, a través de la generación de espacios de vida dignos, habitables y saludables, con acceso universal a servicios de salud de calidad en toda la población rural del país.
2012	Discusión interministerial sobre la conformación de los equipos de salud de primer nivel de atención	Elaborar un plan de formación de los Equipos de Salud de Primer Nivel (ESPNA), delineando una imagen objetivo de la organización, las funciones y responsabilidades de estos equipos como grupos asistenciales dentro del primer nivel de atención.
2012-2013	Proyecto de territorialización de ASSE	Sistematizar los datos de población, producción asistencial e información económico – financiera.
2012-2013	Recolección de información enfocada a los RHS de cada localidad del país.	Mejorar el diagnóstico sobre la distribución territorial de los RHS con el fin de contribuir a mejorar el acceso de los usuarios al sistema de salud.

Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015

Desafíos:¹

A) Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente.

- **Meta 1:** Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000 habitantes.
- **Meta 2:** Las proporciones regionales y sub-regional de médicos de atención primaria excederán el 40 % de la fuerza laboral médica total.
- **Meta 3:** Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.
- **Meta 4:** La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.
- **Meta 5:** Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

B) Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.

- **Meta 6:** La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.
- **Meta 7:** Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.
- **Meta 8:** 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
- **Meta 9:** El 30 % del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.

C) Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.

- **Meta 10:** Todos los países de la región habrán adoptado un código internacional de práctica o desarrollado normas éticas sobre reclutamiento internacional sobre trabajadores de la salud.
- **Meta 11:** Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.
- **Meta 12:** Todas las sub-regiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

D) Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

- **Meta 13:** La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud, se habrá reducido a la mitad en todos los países.
- **Meta 14:** El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.

- **Meta 15:** Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.
- **Meta 16:** El 100 % de los países de la Región contará con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

E) Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

- **Meta 17:** El 80 % de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
- **Meta 18:** El 80 % de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.
- **Meta 19:** Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20 %.
- **Meta 20:** El 70 % de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Consideraciones y evaluación general de los logros alcanzados por Uruguay - 2012

A nivel general Uruguay muestra tener un desempeño satisfactorio en relación a los objetivos planteados en los 5 desafíos. Si bien hay mucho por recorrer, los logros alcanzados hasta el momento en materia de RHS no son menores, aun cuando se registren algunos desequilibrios de dotación de ciertos RHS.

De forma global hasta el momento Uruguay ha logrado alcanzar un 75% de los objetivos planteados en los Desafíos de Toronto. Si bien, se ha mostrado que la densidad de RHS en relación a la población (médicos, enfermeras y obstetras parteras) es casi dos veces y media más elevada que los parámetros estipulados internacionalmente, el desequilibrio relacional entre profesionales es aun desigual. Por una parte se podría estar hablando de una alta disponibilidad de la población médica, situación con tendencias a seguir en aumento en la medida que el ritmo de incremento de la formación de estos profesionales está muy por encima del propio crecimiento poblacional; y por otro un déficit de enfermeras y parteras que si bien ha mostrado transitar por un proceso de incremento, dicho transcurso es lento.

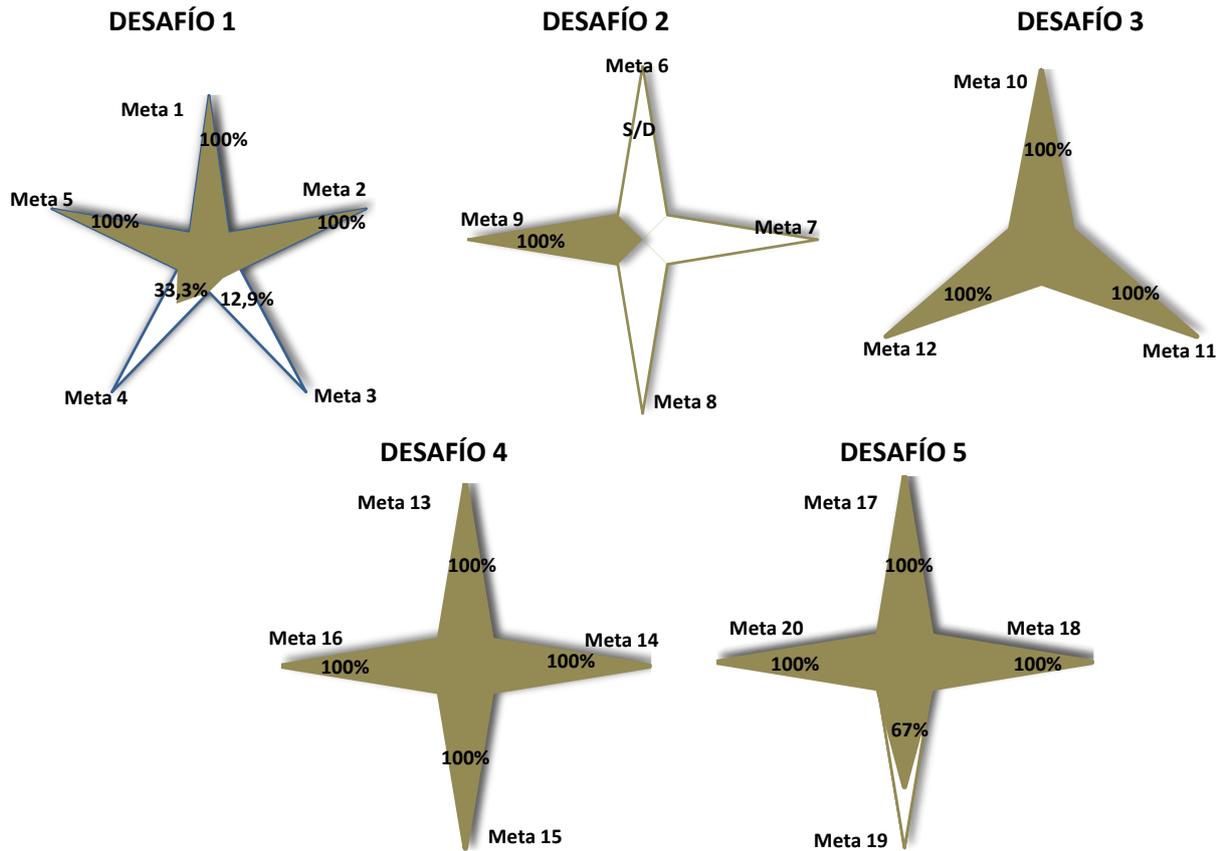
Por otra parte, temas como la configuración de los Equipos Básicos de Salud (EBS), así como la elaboración de una política específica de salud para el medio rural son cuestiones que han comenzado su andar, mostrando en principio ser cuestiones urgentes que reclaman una rápida consolidación como componentes estructurales del campo de la salud.

Hoy nos encontramos con un Plan Nacional de Salud Rural en desarrollo que se ha orientado a abordar tres aspectos claves, como son la accesibilidad, la integralidad asistencial y la continuidad de la atención de salud. Esta línea de acción también ha abierto la discusión sobre la necesidad de definir de manera concreta la composición de los EBS y su función dentro del proceso asistencial.

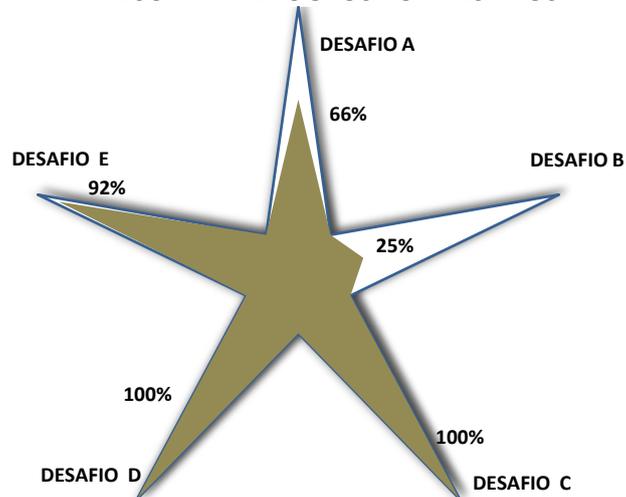
Estos esfuerzos desarrollados por el MSP para potenciar la asistencia de salud deberán ser reforzados con medidas orientadas a dar sostenibilidad al sistema y fomentar la disponibilidad, capacitación y retención de los RHS existentes y en vías de formación.

La configuración en la órbita del MSP de la División de RHS especializada en aspectos técnicos referentes al mercado de trabajo y al proceso formacional de los trabajadores de salud, apunta justamente al fortalecimiento de estos mecanismos de monitoreo y análisis de la situación de los RHS en el SNIS.

LOGROS ALCANZADOS POR METAS 2012



RESUMEN DE LOGROS POR DESAFÍOS



Fuente: División Recursos Humanos del SNIS/MSP