

DT N° 3/11

La Enfermería en el Uruguay

CARACTERÍSTICAS ACTUALES Y
PERSPECTIVAS DE DESARROLLO



Prof. Lic. Pilar González**Lic. Diego Langone****Lic. Aníbal Suárez****Resumen**

El presente informe realiza una caracterización de los recursos humanos de Enfermería y su relación con la reforma sanitaria en curso, considerando tanto el ámbito educativo y asistencial como la disponibilidad y distribución territorial de auxiliares y licenciadas en enfermería.

Por lo tanto, el cuerpo del trabajo se estructura en base a una somera descripción del contexto en el que se desarrollan los Recursos Humanos en Salud y, en particular, las características, distribución, disponibilidad y niveles de formación del equipo de enfermería, así como los desafíos que se presentan para el desarrollo de la profesión.

En términos de dotación de recursos humanos de enfermería, Uruguay cuenta con un déficit de licenciadas en enfermería. Dadas las características de la formación y del ejercicio profesional es difícil que este déficit se revierta en el corto plazo. Sin embargo, en estos últimos años distintas iniciativas de actores del sector intentan corregir esta carencia.

¹ Las opiniones expresadas en este documento son aquellas de los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista del Ministerio de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. CONTEXTO PAÍS PARA EL DESARROLLO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	4
1.1. LA REFORMA SANITARIA. OBJETIVOS.....	4
CAPÍTULO 2. LOS RECURSOS HUMANOS EN LA REFORMA DEL SECTOR	10
2.1. Disponibilidad de Recursos Humanos	10
2.2. Relación Enfermeras Profesionales/Médicos	13
2.3. Características de la enfermería en Uruguay.....	15
2.3.1. Distribución geográfica de auxiliares y licenciadas en enfermería	16
2.3.2. Enfermería uruguaya en el Primer Nivel de Atención	22
2.3.3. Enfermería instituciones formadoras.....	23
2.3.3.1. Licenciadas en Enfermería	24
2.3.3.2. Auxiliares de Enfermería.....	25
2.3.4. Lic. en Enfermería: Tasas de abandono, deserción y eficiencia en la titulación	26
2.3.5. RELACIÓN DE INGRESOS- EGRESOS...	29
2.3.6. TASA BRUTA DE MATRICULACIÓN.	32
CAPÍTULO 3. LA ENFERMERÍA EN DESARROLLO	35
3.1. REGULACIÓN DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.....	35
3.2. NUEVOS DESAFÍOS PARA LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN	35
FUENTES CONSULTADAS	37
ANEXO I	38
ANEXO II	43

El presente trabajo fue elaborado por el equipo responsable de Enfermería del MSP ante el Proyecto de Cooperación TC 41 para el Desarrollo de la Enfermería Regional. El mismo fue presentado en el 1er. taller de trabajo propuesto por el Ministerio de Salud de Brasil en marzo de 2011 en Blumenau para “Apoyar el intercambio de experiencias, conocimientos y tecnologías volcadas a la estructuración y al fortalecimiento de la educación profesional técnica en salud, teniendo como foco inicial la formación de trabajadores de nivel técnico del área de Enfermería que actúan en atención primaria de salud”.

En el marco de este proyecto, y teniendo en cuenta las especificidades del país, el MSP acordó elaborar un plan para el desarrollo de los recursos de enfermería a nivel nacional, para lo cual son necesarios los siguientes componentes:

1. Análisis de la situación actual de la enfermería en Uruguay, a partir de los datos que serán recogidos en un Censo de Enfermería.
2. Profesionalización de auxiliares con base en Atención Primaria de Salud (APS).
3. Programa de Formación de Auxiliares de enfermería con base en APS para el Primer Nivel de Atención y las zonas rurales.
4. Programa de reperfilamiento del personal de enfermería que trabaja en servicios de salud del primer nivel y del ámbito hospitalario, con competencias en APS y Promoción de la Salud.
5. Readecuación de los perfiles de competencias de estos dos niveles acorde a las necesidades del SNIS.

Por lo tanto, el cuerpo del trabajo se estructura con base en una descripción del contexto en el que se desarrollan los Recursos Humanos en Salud y, en particular, a las características, distribución, disponibilidad y niveles de formación del equipo de enfermería, así como a los desafíos que se presentan para el desarrollo de la profesión.

Capítulo 1. Contexto País para el desarrollo del Personal de Enfermería

1.1. La Reforma sanitaria. Objetivos

La reforma sanitaria en Uruguay forma parte de un cambio de signo en el rol asumido por el Estado en materia de políticas sociales, intentando reasumir funciones que se dejaron de cumplir por el repliegue iniciado en la segunda mitad del siglo XX y profundizado luego por la corriente neoliberal que recorrió la región. Por lo tanto, esta reforma es parte integral del Plan de Gobierno que abarca entre otras reformas: el sector educación, la seguridad social, el plan de igualdad de oportunidades, las políticas de empleo, de alimentación, de viviendas, de ordenamiento territorial, de protección específica a sectores más vulnerables, entre otras, posibilitando un camino hacia un Uruguay más humano, solidario, productivo, participativo y saludable.

En este proceso de construcción colectiva que tiene como horizonte la salud como una política de Estado, en la primera etapa de la Reforma Sanitaria, se elaboró el marco normativo aprobando en el año 2007 tres leyes por las cuales se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y se descentralizó la Administración de los Servicios de Salud del Estado. La ley que crea el SNIS, en su artículo cuarto, señala los objetivos generales del mismo:

- “A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B) Implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.”

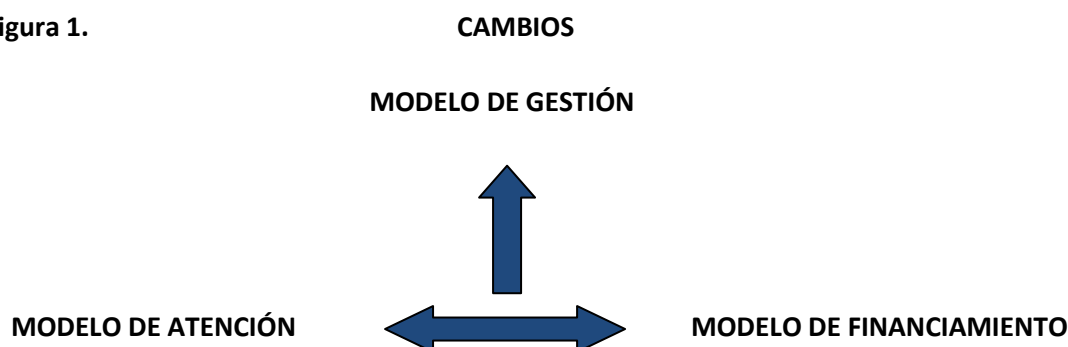
En el cuerpo de la ley queda establecida la intersectorialidad, que se comienza a desarrollar y potenciar con la creación del **Gabinete Social** -en el año 2005-, el cual está integrado por los titulares de los ministerios de Economía y Finanzas, de Educación y Cultura, de Trabajo y Seguridad Social, de Salud Pública, de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, y de Desarrollo Social, que lo preside. Dicho Gabinete Social se crea con los cometidos de Asesorar y proponer al Poder Ejecutivo, para su consideración y aprobación, los planes, programas y proyectos de carácter social vinculados a los ministerios que lo integran; Analizar, definir y acordar las prioridades y asignaciones presupuestales vinculadas al Gasto Público Social; Establecer estrategias y lineamientos de acción conjunta en materia de Políticas Públicas Sociales entre los diversos Ministerios; y Articular atribuciones y campos de actuación de naturaleza intergubernamental entre las instancias nacionales y municipales, y de carácter sectorial con los diferentes órganos y entes públicos.

Asimismo, uno de los principios rectores de la acción del MSP ha sido el de alentar la **participación social** en el sector salud, tanto en los procesos de formación de las políticas de salud como en la gestión institucional. Lo primero, se aprecia en varias acciones, como la creación del **Consejo Consultivo**, que agrupa a todos los actores del sector salud para la consulta y discusión de las estrategias de implementación del SNIS, y la Junta Nacional de Salud (**JUNASA**) como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.² Asimismo, la reforma establece la creación de los consejos asesores y consultivos a nivel de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) con participación de usuarios y trabajadores, y en el principal prestador público, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) la conducción de la misma queda a cargo de un directorio con participación también de los trabajadores y usuarios.

² Esto se enmarca en un conjunto de acciones que promueven la participación ciudadana. La denominada ley de Descentralización Política y Participación Ciudadana habilita la creación de unas 120 alcaldías (municipios) en todo el país. Así se crea un tercer nivel de administración, a nivel local, configurado por los centros poblados y sus áreas adyacentes. La descentralización es política y administrativa y permitirá que los problemas locales sean priorizados por las políticas públicas de cada municipio. También facilita la participación y control ciudadano de las políticas definidas como prioritarias por las Alcaldías.

La implementación del SNIS requiere procesar tres grandes cambios, a saber:

Figura 1.

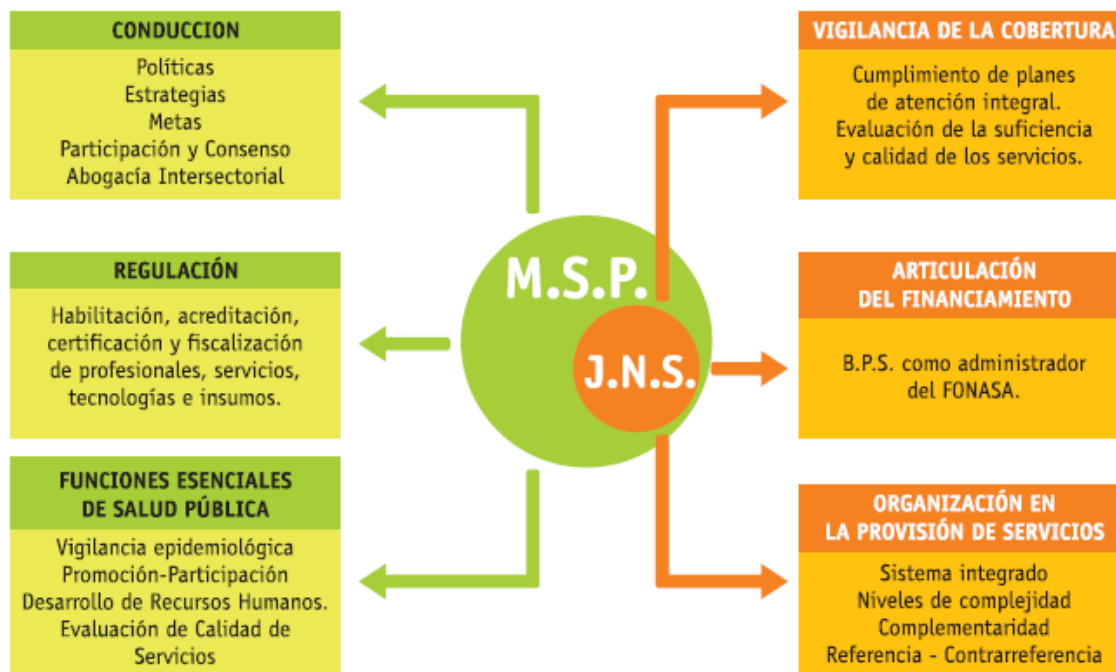


Fuente: Elaboración propia en base a MSP (2009):“La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009” pág. 5.

Para la ejecución de estas modificaciones propuestas para el sistema, se requieren recursos humanos calificados, capacitados y comprometidos con los objetivos de la reforma. Es por ello que, en el punto (f) de los objetivos de la ley 18.161, queda claramente expresado este aspecto, junto con la necesidad de instalar equipos interdisciplinarios, capaces de dar respuestas a los problemas de salud de las poblaciones. Siendo necesario para ello producir modificaciones en la relación sanitaria del personal de salud con los usuarios, en las prácticas asistenciales que privilegien acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, sin descuidar el Diagnóstico Precoz, el Tratamiento y la Rehabilitación. Al mismo tiempo, se requiere una gestión del cuidado de la salud con involucramiento y participación de todos los actores y sectores, teniendo en cuenta la complejidad del proceso de construcción social de la salud.

Simultáneamente con la creación del marco normativo de la reforma, fue necesario ir recuperando las capacidades y funciones de Rectoría del Ministerio. Como lo muestra la figura 2, se agruparon las mismas, en las siguientes funciones: de conducción, de regulación, funciones esenciales de salud pública, diseñando y creando los instrumentos para su efectivización.

Figura 2.
Funciones de rectoría del MSP y nuevas herramientas institucionales



Extraído de “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009” pág. 65

Es importante señalar que entre las funciones de rectoría, la descentralización y reorganización territorial son componentes esenciales en el cambio de modelo de gestión. Por lo tanto en el proceso de reestructura se crean las 19 direcciones departamentales de salud y posteriormente la Unidad de Descentralización Territorial (UDT) de la cual actualmente dependen aquellas, cumpliendo a nivel de cada territorio las funciones esenciales del MSP. Esta reestructura se complementa con la creación de las 19 direcciones de Primer Nivel de Atención por parte de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) generando bases objetivas para la gestión de políticas en el territorio. Asimismo se crea el Departamento de Programación Estratégica (DPES), con el cometido de continuar con el cambio en la lógica vertical de los programa de salud, por una programación horizontal, participativa, local y territorial³.

En este contexto de cambios, los recursos humanos de la salud tienen posibilidades de incidir en la mejora de las condiciones de vida de la población, en especial el personal de enfermería, siendo este fin coincidente con la misión de la profesión, el cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades mediante su plena participación.

³ Ver Anexo II.

Específicamente en relación con la Enfermería, se creó una comisión asesora del Ministro, denominada Comisión Nacional Asesora de Enfermería-CONAE (Ordenanza 879/005), que tiene como misión: *“asesorar en el ámbito del MSP sobre políticas de desarrollo de enfermería a nivel nacional e internacional, promoviendo estrategias que favorezcan el logro de la equidad y la calidad de atención”* (CONAE: 2010).

Dicha Comisión elaboró propuestas y un Plan de Trabajo con orientaciones estratégicas, para disminuir el déficit de enfermeras, especialmente enfermeras calificadas, para atender las necesidades de salud de las comunidades de áreas urbanas y rurales. Asimismo, se establecieron estándares de enfermería para los servicios de Primer Nivel de Atención y Hospitales, y se definió una cartera de servicios profesionales (CONAE 2010), aspectos esenciales sobre los que se debe retomar el trabajo.

Inicialmente la CONAE se integró por un amplio abanico de representantes de las instituciones del sector: las Facultades de Enfermería de la Universidad de la República y de la Universidad Católica, el Colegio de Enfermería del Uruguay, la Federación Médica del Interior (FEMI), las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, el Hospital Universitario, el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) y el Plenario de Mutualistas del Uruguay (PLEMU). A partir del 2010 se refuerza la integración de esta Comisión a través de la incorporación de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) y de la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP).

Como parte integral de esta política para fortalecer el relacionamiento MSP/UDELAR, mancomunando esfuerzos y acordando estrategias que mejoren la dotación y competencias de los profesionales de la salud, se creó la Comisión Mixta que vincula el MSP con el Área Salud de la Universidad de la República, en la que está integrada la Facultad de Enfermería. Dentro de este espacio de coordinación interinstitucional, se constituyó una subcomisión específica para el estudio de las necesidades de profesionales y técnicos que requiere la reforma, su nuevo perfil de competencias y las estrategias para conseguir incrementar el número de profesionales y lograr una mejor distribución territorial, por nivel de atención y por disciplina.

En esta segunda fase de la reforma se continúa con el proceso de reestructura para potenciar la Rectoría sectorial y la conducción en el proceso de dicha reforma. El desarrollo de los Recursos Humanos es uno de los objetivos prioritarios de esta Administración. En este marco se crea la nueva Dirección General del SNIS, donde se ubica la División de Recursos Humanos del SNIS⁴.

Buscando la mejora de los sistemas de información de los recursos humanos en salud (RHS) el MSP ha desarrollado un conjunto de acciones entre las que se destacan la creación del Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH), la realización del Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud, y la actualización del Sistema de Habilitación y Registro de profesionales de la salud (SHARPS).

⁴ Ver Anexo II.

En el caso de Enfermería se elaboró como parte de un trabajo regional, el proyecto TCC de Enfermería, en el que se da prioridad al desarrollo del equipo de enfermería, teniendo previsto los siguientes productos: 1er. Censo Nacional de Enfermería; reperfilamiento de la Enfermería con base en APS; profesionalización de los auxiliares de enfermería; y el plan de desarrollo de la enfermería a nivel nacional.

Capítulo 2. Los Recursos Humanos en la reforma del sector

El logro de los principales objetivos de la Reforma está condicionado a la disponibilidad de recursos humanos alineados a los mismos. El intento de mejorar la calidad de los servicios asistenciales obliga – a modo de ejemplo– a cambios en los procesos y condiciones laborales, en los sistemas de calificaciones, así como también modificaciones en los regímenes salariales, promoción de incentivos e implementación de sistemas de evaluación por desempeño.

Un componente esencial para el desarrollo profesional es la capacitación y actualización continua para adquirir las nuevas competencias requeridas en los servicios. Por lo tanto, la educación permanente debe ser una plataforma para mantener actualizados a los recursos humanos durante todo el ejercicio profesional, aprovechando todos los dispositivos didácticos y pedagógicos que requiere la enseñanza de adultos trabajadores, que a su vez enfrentan los desafíos y oportunidades invaluableles que les ofrecen las nuevas tecnologías de información y comunicación.

Los RHS son el recurso fundamental para cualquier efector de salud, por lo que los niveles de calidad asistencial están estrechamente relacionados con estos. Por lo tanto, es primordial, en primer lugar, conocer la disponibilidad de recursos humanos de salud.

2.1. Disponibilidad de Recursos Humanos

Como lo muestra la siguiente tabla, el país cuenta con 15.469 médicos, 5.018 enfermeras profesionales, 18.100 auxiliares de enfermería y 650 parteras. El médico y el equipo de enfermería (licenciada –técnico–auxiliar) son los recursos centrales en los modelos de organización sanitaria que tienen como base la atención primaria en salud. Algunos ejemplos de ello son el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS), las Unidades Básicas de Atención Familiar en Paraguay, las redes de Atención Primaria en Chile y Argentina, por nombrar algunos de la Región.

Tabla 1

RECURSOS HUMANOS EN SALUD (RHS) ACTIVOS (febrero 2011)	Cantidad	Densidad x 10.000 habitantes
Médicos	15469	45.9
Enfermeras profesionales	5018	14.9
Parteras	650	1.9
Auxiliares de enfermería	18100	53.7
Total	39237	116.5
Densidad de Médicos, Licenciadas y Parteras*10000 hab.		62.7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión.

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

Si bien las cifras ameritan una visión positiva en cuanto a la cantidad de RHS por habitante, la desagregación de los datos deja al descubierto un déficit de enfermeras profesionales y parteras, dado el significativo aporte del número de médicos y auxiliares al dato agregado. De lo anterior también se desprende la dificultad que afronta el Uruguay en cuanto a la razón de enfermeras profesionales por habitante, que alerta a afrontar un desafío relacional de formación de esta categoría de profesionales. El caso de las parteras ameritaría un análisis más profundo, ya que la deficiencia en el número de parteras se contrapone con el hecho de que Uruguay es uno de los países mejores posicionados de América Latina en partos asistidos por personal calificado. Probablemente las deficiencias en el número de parteras se compensen con sobredotaciones del número de ginecólogos, por lo que el problema no es de calidad asistencial sino de eficiencia en la formación de los RHS.

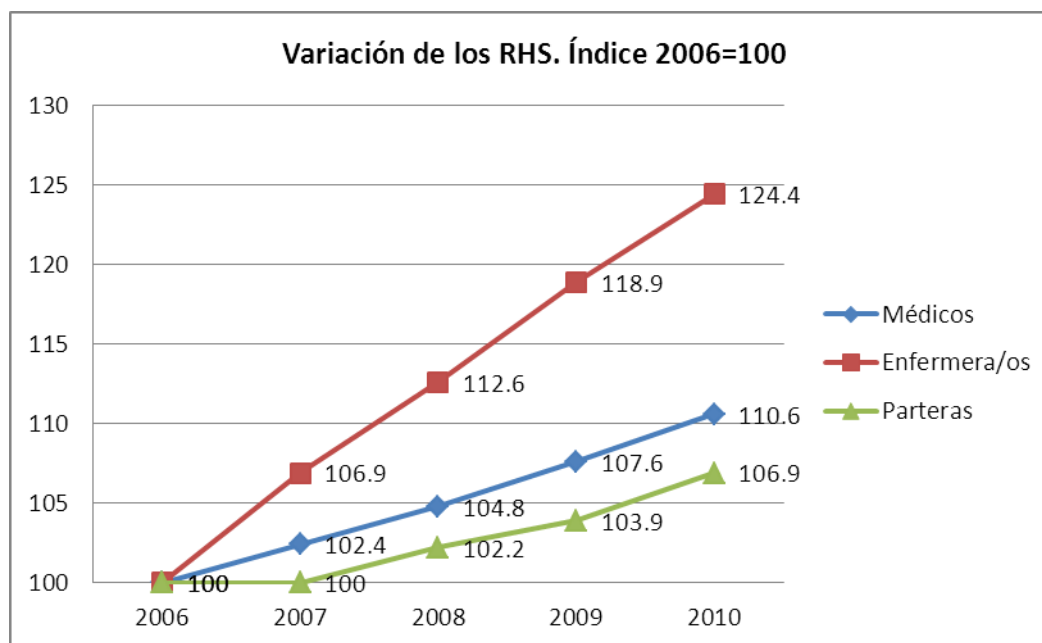
La Tabla 2 y el Gráfico 1 muestran la evolución de la densidad de los RHS en los últimos años:

Tabla 2
Densidad de Recursos Humanos en Uruguay
Serie cronológica años 2006-2010.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD (RHS)	Período (2006 - 2010)				
	2006	2007	2008	2009	2010
Médicos	13.603	13.940	14.260	14.640	15.049
Enfermeras profesionales	3.737	3.996	4.208	4.446	4.650
Parteras	586	586	599	609	627
Totales	17.926	18.522	19.067	19.695	20.326
Densidad x 10.000 habitantes total	54.1	55.7	57.2	58.9	60.5
Densidad x 10.000 habitantes enfermería	11.3	12	12.6	13.3	13.9

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la CJPPU, periodo base a 31 de diciembre de cada año; INE, Proyecciones de Población, 1996-2025.

Gráfico 1.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la CJPPU.

Al analizar los datos es posible visualizar un crecimiento sostenido de las tres poblaciones de profesionales a lo largo del tiempo. En el Gráfico 1 se ilustra con claridad la evolución positiva que tuvieron en su conjunto los RHS. De la lectura del mismo también se desprende que el peso de los Médicos en el conjunto de los RHS es el más importante⁵.

En la tabla 2 también se expresa la relación conjunta de los RHS en salud con respecto a la población. Como se observa, dicha densidad está por encima de los parámetros mínimos de 25 cada 10.000 habitantes estipulados en las Metas Regionales en materia de Recursos Humanos para la salud 2007-2015⁶. En los años considerados la oferta de RHS tendió a aumentar, llegando al 2010 con una razón de 60.5 cada 10.000; la evolución fue, a su vez, constante a lo largo de todo el período (3% de crecimiento anual).

Dentro del período considerado si bien la enfermería presenta un crecimiento más acelerado que el conjunto de los RHS (crecimiento de 5.5% promedio anual), el mismo no es suficiente para superar los problemas de dotación que se indicaban anteriormente, (de una razón de 11 licenciadas en enfermería cada 10.000 habitantes en el 2006 se llega a una razón de 13.9 en 2010). De continuar esta tendencia la razón de enfermeras por habitante mejorará a largo plazo, sin embargo, es necesario impulsar el

⁵ Para el año 2006 los Médicos representaban el 76% del conjunto de RHS (entendido como la sumatoria de Médicos, Enfermeras y Parteras); para el año 2007 esta proporción bajo un punto porcentual; manteniéndose igual en el 2008 y disminuyendo su representatividad al 74% para los años próximos 2009 y 2010.

⁶ OPS-OMS: 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007.

desarrollo de estrategias para acelerar dicho proceso, en el marco de los estándares de calidad educativa característicos del país. Las dotaciones actuales de enfermería ya son insuficientes para sustentar el modelo asistencial vigente, por lo que el problema es aún más grave si se plantea el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención a la salud, que exige dotarlo de RHS suficientes y competentes, manteniendo los niveles de calidad actuales del segundo y tercer nivel.

2.2. Relación Enfermeras Profesionales/Médicos

TABLA 3

INDICADORES BÁSICOS. Médicos/Licenciadas y Auxiliares de Enfermería. Febrero de 2011

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

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión.

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

Los indicadores presentados son contundentes a la hora de analizar la relación Licenciada de Enfermería/o–Médico, revelando una sobre-representación de los Médicos respecto a las Enfermeras. Por otra parte, se observa una paridad entre el número de Médicos y de Auxiliares de Enfermería, así como una relación superior de 3 a 1 de las auxiliares con respecto a las Licenciadas de Enfermería.

Por ser parte de las Metas Regionales 2007-2015 sobre recursos humanos en salud, acordadas por los países en el marco institucional de la OPS/OMS, vale la pena describir con mayor precisión la relación médico/enfermera. Con este indicador se intenta observar la relación existente entre la producción del personal médico y el personal de enfermería que podría afectar la composición de habilidades del equipo de salud. En algunos países, como Canadá, Suecia, Cuba y Gran Bretaña, la relación médico-enfermera es cercana a 4 enfermeras por médico⁷. Sin embargo, a nivel regional se acordó alcanzar en el 2015 una relación de un médico por enfermero/a.

Para el cálculo de este indicador se recurre una vez más a los datos de la CJPPU, pues permiten dar cuenta de la evolución de dicho indicador.

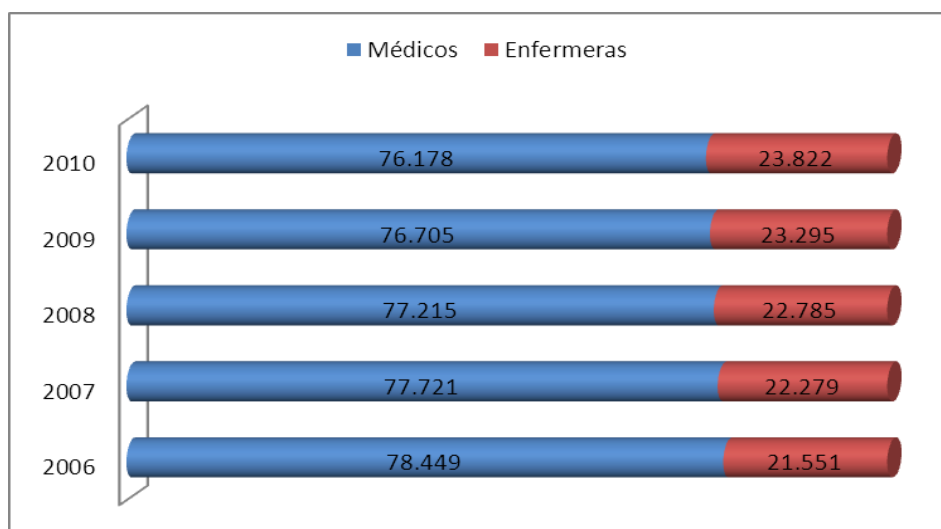
$$\text{Indicador propuesto: } \frac{\text{Nº total de médicos certificados que trabajan en el país}}{\text{Nº total de enfermeras que trabajan en el país}}$$

⁷ Ver: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>

Tabla 4 Razón de enfermeras calificadas en relación a Médicos

Relación	Período (2006 - 2010)				
	2006	2007	2008	2009	2010
médicos/enfermeras	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la CJPPU.

**Gráfico 2 Evolución de participación relativa de médicos - enfermeras (%).
Período 2006-2010.**

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la CJPPU.

La tabla 4 indica que de relación Enfermera/médico no varía significativamente en los años considerados pasando de una Enfermera por cada 3.6 Médicos en el año 2006, a 3.3 médicos por enfermera en 2010.

En el gráfico 2 se observa la modesta variación de la participación relativa médicos-enfermeras en el período considerado.

2.3. Características de la enfermería en Uruguay

Como se aprecia en la siguiente tabla las enfermeras uruguayas constituyen una población predominantemente femenina. Esta es una constante observada en toda la región y el mundo, por la propia configuración histórica de las sociedades en donde las mujeres desde tiempos históricos son las encargadas del cuidado.

Tabla 5

	Licenciadas en Enfermería 2011	Auxiliares en Enfermería 2011
Sexo	Porcentaje	Porcentaje
Femenino	92.2	81.87
Masculino	7.8	18.13
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión.

Nota: datos de Lotus Notes, MSP actualizados al 2 de febrero de 2011.

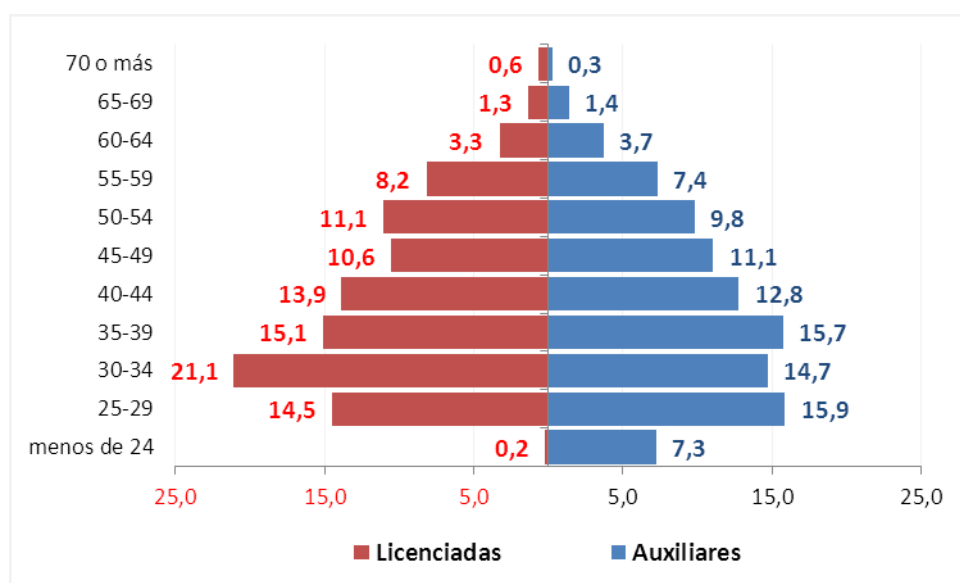
Mientras que el 92.2% de las licenciadas son del sexo femenino, ese porcentaje desciende al 81.7 para el caso de las auxiliares en enfermería.

Tabla 6

Licenciadas en enfermería según edad				Auxiliares de enfermería según edad		
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 24	9	0.23	0.23	1,296	7.27	7.31
25-29	558	14.55	14.78	2,827	15.87	23.14
30-34	809	21.09	35.87	2,626	14.74	37.89
35-39	581	15.15	51.02	2,802	15.73	53.62
40-44	532	13.87	64.89	2,276	12.78	66.39
45-49	406	10.58	75.47	1,972	11.07	77.46
50-54	426	11.11	86.57	1,744	9.79	87.25
55-59	314	8.19	94.76	1,310	7.35	94.61
60-64	126	3.28	98.04	663	3.72	98.33
65-69	51	1.33	99.37	242	1.36	99.69
70 o más	24	0.63	100	56	0.31	100
Total	3836	100		17814	100	
s/d	1,188			286	1.58	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión.

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

Gráfico 3. Licenciadas y auxiliares en enfermería según edad (%). Febrero 2011.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión.

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

La tabla 6 y el gráfico 3 sintetizan la distribución de las licenciadas y auxiliares en enfermería según la edad. Se observa una composición etaria similar de ambos grupos, siendo relativamente mayor el grupo de las auxiliares en los dos primeros tramos de la distribución. La mitad de las licenciadas y auxiliares tiene menos de 40 años de edad. Por lo tanto podemos decir que se trata de una población joven.

2.3.1 Distribución geográfica de auxiliares y licenciadas en enfermería.

La disponibilidad de recursos humanos es un factor que repercute sobre el estado de salud de una población. Esto se ve reflejado “en particular con respecto a la mortalidad materno infantil”⁸. Por otra parte, la distribución geográfica de los recursos humanos existentes influye en la equidad en el acceso al sistema sanitario del país. Las zonas rurales y urbanas del interior del país presentan generalmente escasez de recursos humanos.

⁸ OPS-OMS: 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007.

Tabla 7

Densidad de Licenciadas y auxiliares en enfermería cada 10000 habitantes según departamento de residencia actual. Año 2011.

	Licenciadas C/10000 hab.	Auxiliares C/10000 hab.	Enfermería c/10000 hab.
Montevideo	23,5	64,9	88,4
Interior	8,7	46,1	54,8
Canelones	10,0	53,5	63,4
Lavalleja	6,1	55,8	61,9
Rivera	8,2	53,3	61,6
Artigas	10,3	48,4	58,8
Colonia	7,4	50,6	58,0
Salto	20,1	37,6	57,7
Flores	3,5	52,4	55,9
Tacuarembó	7,5	47,3	54,7
Treinta y Tres	6,9	46,7	53,6
Florida	7,7	45,7	53,4
Rocha	6,5	43,8	50,3
Durazno	4,8	43,9	48,7
Soriano	6,9	41,8	48,7
San José	6,4	41,6	48,0
Paysandú	9,2	35,5	44,7
Maldonado	7,3	37,1	44,4
Cerro Largo	4,0	39,6	43,7
Río Negro	6,5	31,7	38,2
Total (UY)	14,9	53,7	68,6

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión; INE, Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025.

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

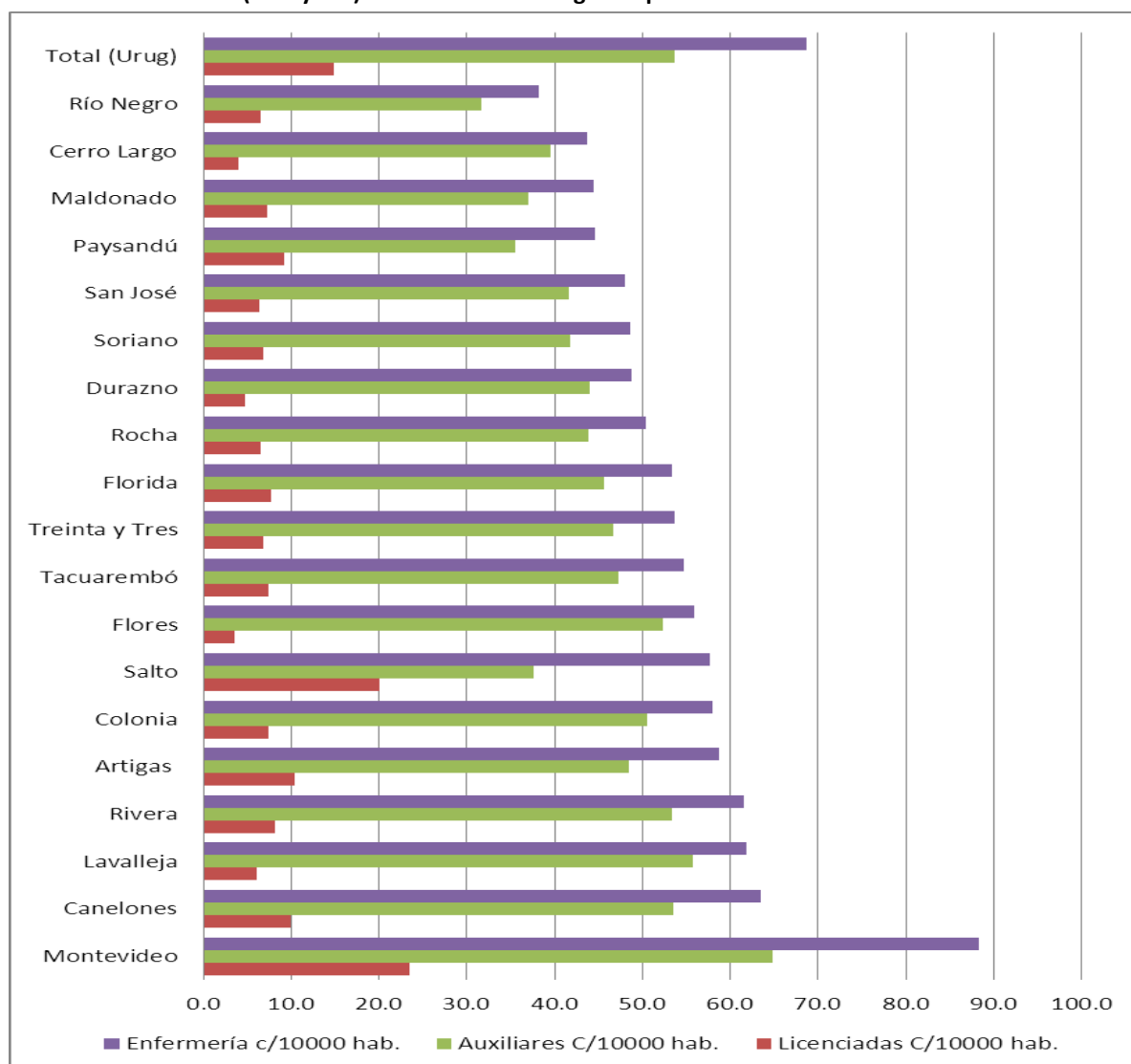
La tabla 7 y el gráfico 4 relacionan la disponibilidad de auxiliares y licenciadas en enfermería con la población residente por departamento. Los datos confirman la tendencia general de distribución desigual de los RHS en el país. La concentración de auxiliares y licenciadas en enfermería no se da sólo en Montevideo y en su área metropolitana, sino también en las capitales departamentales con respecto a las localidades del interior y a las zonas rurales de cada departamento. Con excepción de los departamentos de Canelones y Colonia en todos los otros departamentos el porcentaje de Licenciados en Enfermería que viven en las capitales departamentales supera el 60%⁹. Este aspecto se debe investigar con mayor profundidad para observar el nivel de incidencia que tiene esta disponibilidad de

⁹ Fuente: Elaboración propia en base a datos del 1er Censo Nacional de RHS. MSP. 2010.

profesionales en la salud de la población. Finalmente, la concentración de licenciadas en enfermería en Salto, está evidenciando el impacto que ha tenido el Programa de Licenciatura de Enfermería en Regional Norte de la UdelaR, incrementando el número de enfermeras que se quedan en el medio. Por lo tanto las políticas de descentralización de la Universidad podrían ser una de las estrategias para reducir el déficit de enfermeras y mejorar su distribución territorial.

Gráfico 4.

Densidad Enfermería (aux. y Lic.) cada 10000 hab. según depto. de residencia actual



Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión; INE, Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025.

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

A continuación se muestra la densidad de licenciadas y auxiliares según subsector y departamento de trabajo, perspectiva que complementa la tabla anterior dado que incluye a los recursos humanos de enfermería que tienen contrato de trabajo con los prestadores integrales de salud. Asimismo, deben

considerarse las diferencias existentes entre lugar de trabajo y residencia actual, especialmente en el área metropolitana.

Tabla 8.

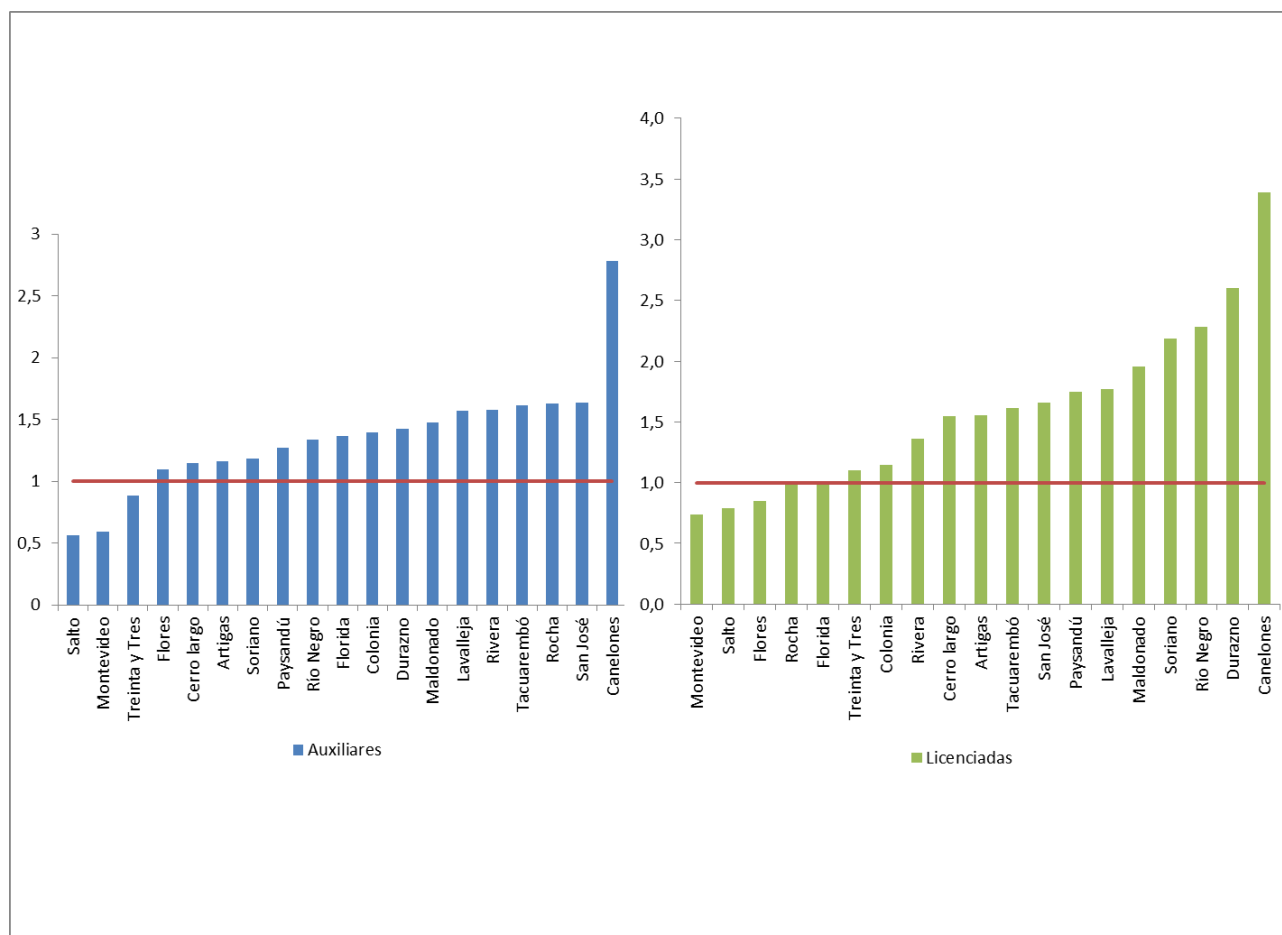
Densidad Lic. y Aux. de Enfermeras contratadas cada 10000 usuarios por departamento y subsector**						
	IAMC + Seguros Privados		ASSE		Total País (ASSE+IAMC+SEGUROS)	
	Lic. Enf.	Aux. Enf.	Lic. Enf.	Aux. Enf.	Lic. Enf.	Aux. Enf.
Montevideo	11.64	48.46	15.74	82.26	11.55	52.44
Artigas	8.40	44.78	5.41	38.67	5.21	36.17
Canelones	8.16	57.49	2.41	20.69	4.21	32.80
Cerro Largo	5.22	45.60	3.37	39.68	3.57	36.17
Colonia	6.11	46.40	5.33	33.34	5.30	38.65
Durazno	11.31	62.96	4.35	44.24	6.65	45.29
Flores	3.26	54.59	3.83	49.85	2.77	48.99
Florida	7.09	69.51	7.06	50.79	6.23	49.86
Lavalleja	7.03	61.28	3.98	38.96	4.18	44.90
Maldonado	8.09	40.66	4.13	27.57	6.14	32.96
Paysandú	10.96	49.51	6.27	39.05	6.99	36.96
Río Negro	9.21	42.59	4.03	31.94	5.18	32.81
Rivera	6.98	55.63	5.12	35.20	5.59	38.13
Rocha	5.40	62.73	5.43	38.58	4.71	44.21
Salto	6.16	17.21	7.79	30.71	6.65	23.04
San José	4.89	46.29	2.95	28.27	3.41	32.90
Soriano	10.35	49.05	4.74	41.44	6.35	40.27
Tacuarembó	11.70	61.48	7.24	38.03	7.06	41.36
Treinta y Tres	7.11	37.34	6.47	42.37	5.06	36.51
Ref. Nacional*	0.00	0.00	0.43	2.19	0.17	0.86
Total	10.10	48.71	8.23	49.36	8.45	44.88

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SCARH noviembre 2010, LOTUS NOTES de ASSE junio 2010; SINADI: IAMCs noviembre 2010; ASSE diciembre 2009.

* Se consideran unidades ejecutoras de ASSE de referencia nacional: Instituto de Oncología, Inst. Ortopedia y Traumatología, Instituto Nal. Reumatología, Laboratorio Dorrego, Serv. Nac. de Sangre, Colonia Dr. Santín Carlos Rossi.

** Los datos refieren a la cantidad de enfermeras, no a la cantidad de cargos. Sin embargo, los RHS que trabajan en más de un departamento y los que trabajan tanto en el sector público como en el privado se incluyen en ambas categorías.

En el Interior, se observa la existencia de una mayor densidad de Enfermeras Profesionales contratadas en los prestadores integrales del subsector privado que en ASSE, al contrario de lo que sucede en Montevideo, donde ASSE tiene una relación más ventajosa. En el caso de las auxiliares de enfermería en el Interior, con excepción de Salto y Treinta y Tres, ASSE tiene una dotación muy por debajo de la de las IAMCs (53.2 y 37.3 respectivamente), mientras que en los casos de Montevideo, Salto y Treinta y Tres esta situación se revierte, contando ASSE con una dotación muy superior a la de las IAMCs.

Gráfico 5. Ratio de la relación de recursos entre las IAMC y ASSE.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SCARH noviembre 2010, LOTUS NOTES de ASSE junio 2010; SINADI: IAMC noviembre 2010; ASSE diciembre 2009.

Por otra parte, existe una mejor distribución en el territorio nacional tanto de las auxiliares como de las licenciadas en el subsector privado que en ASSE. En esta última se constata una alta concentración de auxiliares y licenciadas de enfermería en Montevideo. En el gráfico 5 se observa que en Montevideo y Salto el subsector público de ASSE concentra un mayor número de licenciadas y auxiliares de enfermería por usuario que el subsector privado, lo mismo ocurre en el departamento de Treinta y Tres con relación a las auxiliares de enfermería y en el departamento de Flores con relación a las licenciadas en enfermería. En los departamentos de Florida y Rocha existe una relación de igualdad entre la cantidad de licenciadas por usuario en ASSE y en el subsector privado. Finalmente, en el resto de los departamentos del interior del país el subsector privado cuenta con un mayor número de auxiliares y Licenciadas por usuario que ASSE. Esta brecha es mayor en el departamento de Canelones donde el subsector privado cuenta con aproximadamente el triple de licenciadas y auxiliares de enfermería por usuario que el subsector público.

La meta 9 de la Resolución #CSP27/10 de OPS-OMS, "Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2007-2015" refiriéndose a los desequilibrios en la distribución geográfica de los recursos

humanos que trabajan en atención primaria señala que “el treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades”¹⁰. Justificando esta pretensión bajo los siguientes supuestos: “Los trabajadores de la salud que son reclutados de sus propias comunidades tienen más posibilidades de volver y permanecer en sus comunidades para trabajar después de completar su entrenamiento que aquellos que son reclutados externamente. El reclutamiento local fomenta mucho más al equipo de atención primaria de salud al tener un individuo que ya posee las sensibilidades culturales requeridas y el conocimiento de redes comunitarias, contactos y necesidades”¹¹. Por lo dicho anteriormente, es importante observar la cantidad de auxiliares y licenciadas en enfermería que viven en las mismas localidades o en su defecto, en el mismo departamento de nacimiento.

Tabla 9

Porcentaje de Auxiliares y Lic. en enfermería que reside en el mismo departamento de nacimiento. Febrero 2011.		
	Auxiliares	Licenciadas
Montevideo	75.8	80.1
Artigas	50.2	27.8
Canelones	77	62.5
Cerro Largo	54.7	21.4
Colonia	76	36
Durazno	8.67	7.87
Flores	63.7	15.6
Florida	64	34.7
Lavalleja	61.2	35.1
Maldonado	83.1	64.1
Paysandú	66	42.7
Río Negro	54.2	35.2
Rivera	62.7	40.5
Rocha	62.5	29.9
Salto	63	58
San José	70	45.1
Soriano	54.8	29
Tacuarembó	51.9	31.8
Treinta y Tres	33.5	60.4

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión.

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

¹⁰ OPS (2007): Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015. Un compromiso compartido. Manual de Medición de líneas de base. Pág. 18.

¹¹ Idem.

La tabla 9 resume el porcentaje de licenciadas y auxiliares de enfermería que residen en el mismo departamento de nacimiento. Con respecto a las auxiliares de enfermería, excepto el Departamento de Durazno, todos los departamentos superan el umbral del 30% establecido en la meta 9 para los RHS de la región, anteriormente citada. Sin embargo, el porcentaje de licenciadas que residen en el mismo departamento de nacimiento es inferior al 30% en los departamentos de Artigas, Cerro Largo, Durazno, Flores, Rocha y Soriano.

2.3.2. Enfermería uruguaya en el Primer Nivel de Atención

Tabla 10

Distribución porcentual de lic. y aux. de enfermería según nivel de atención. IAMCs. (en %)

	Lic. Enf.	Aux. Enf.
Ambulatorio*	30.7	37.2
Cuidados moderados**	57.6	53.3
CTI-Block***	11.4	8.7
Retén	0.3	0.8
Total	100.0	100.0

*Policlínica, Puerta, Radio, Urgencia descentralizada

** Sanatorio, Guardia Interna, Internación domiciliaria

***CTI adultos, CTI pediátrico, block quirúrgico

En la Tabla 10 se observa una mayor concentración de la Enfermería en el segundo Nivel de Atención que en los servicios ambulatorios.

Tabla 11

Licenciadas y auxiliares de enfermería según nivel de atención. Mdeo.-Interior. IAMCs. (en %)¹²

	Ambulatorio*		Cuidados moderados**		CTI-Block***		Retén	
	Lic. Enf	Aux. Enf	Lic. Enf	Aux. Enf	Lic. Enf	Aux. Enf	Lic. Enf	Aux. Enf
Montevideo	79.1	64.5	63.7	56.9	71.2	62.9	0	18.5
Interior	20.9	35.47	36.3	43.1	28.8	37.1	100.0	81.5

Fuente: SCARH noviembre 2010.

*Policlínica, Puerta, Radio, Urgencia descentralizada

** Sanatorio, Guardia Interna, Internación domiciliaria

***CTI adultos, CTI pediátrico, block quirúrgico

¹² Ver anexo I.

Tabla 12**Cargos de Aux. y Lic. en enfermería que trabajan en Policlínica y enfermería domiciliaria. ASSE.**

	Aux. de Enfermería	%	Lic. en Enfermería	%
Policlínica y enfermería domiciliaria*	999	13.46	119	9.18
Total	7424		1297	

*Incluye R.A.P: policlínica, enfermería domiciliaria, recepción.

Policlínicas centrales: Salud Mental, D.A.P.S., Adolescentes, Pediatría, Ginecología, Medicina Adultos, Enfermería, Policlínicas, Medicina General, Carné de Salud y Certificaciones.

Policlínicas rurales y periféricas.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes de ASSE, junio de 2010.

Tabla 13**Cargos de Aux. y Lic. en enfermería que trabajan en policlínica. IAMCs.**

	Auxiliares de enfermería	%	Licenciadas en enfermería	%
Policlínica	1628	16.93	157	7.67
Total	9618		2047	

Fuente: Departamento Mercado de Trabajo- División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) de mayo de 2010.

Las tablas 12 y 13 indican la cantidad de auxiliares y licenciadas que trabajan en el primer nivel de atención de los principales prestadores del subsistema público (ASSE) y privado (IAMC). Las diferencias en el relevamiento de la información impiden hacer el cálculo conjunto de estos dos subsectores. En ASSE el 13.46% de los cargos de auxiliar de enfermería y el 9.18% de los cargos de licenciada en enfermería pertenecen a servicios relacionados con el primer nivel de atención. En las IAMC el 16.93% de los cargos de auxiliar de enfermería y el 7.65% de los cargos de licenciada en enfermería pertenecen al primer nivel de atención.

Esto evidencia que para fortalecer el primer nivel de atención y las orientaciones establecidas en la reforma, se deben crear nuevos cargos para el equipo de enfermería en especial el nivel profesional, con políticas de estímulo para la radicación en el interior y en este nivel de atención.

2.3.3. Instituciones formadoras

En Uruguay actualmente existen dos niveles de enfermería: Licenciados en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

2.3.3.1. Licenciadas en enfermería

El Uruguay cuenta en la actualidad con dos instituciones formadoras de licenciados en enfermería la Facultad de Enfermería y tecnologías de la Salud perteneciente a la Universidad Católica del Uruguay y la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, principal institución formadora.

La formación de los Profesionales descansa en una larga tradición de la enseñanza pública, de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, que cuenta con una sede central en Montevideo y dos sedes descentralizadas en Salto y Rivera, gestionándose la apertura de un tercer Programa desconcentrado en el Departamento de Rocha. En este sentido, la distribución de los ingresos a la licenciatura de enfermería entre Montevideo e interior en el período 2000-2009 fue de aproximadamente el 20%¹³.

Esta institución es la responsable de la formación del 96 % de los profesionales con los que cuenta el país. También forma Auxiliares de Enfermería, en una propuesta de carrera escalonada, que permite la continuidad de los estudios a los alumnos que así lo deseen. La enseñanza de enfermería se realiza a nivel de Grado y Posgrado (Especialidades, Maestrías y está en desarrollo una propuesta de Doctorado).

De la formación de los Licenciados se destaca la orientación y formación en Salud Comunitaria y APS, siendo pionera en experiencias de participación en salud en comunidades rurales y barrios urbanos.

Su Plan de Estudios de 1993 que se encuentra en fase de ajustes, en su diseño curricular establece desde el primer año de formación hasta el internado, las experiencias de trabajo comunitario, estableciendo como uno de los ejes formativos la Atención Primaria en Salud.

Aunque la formación de Posgrados es muy incipiente y el número de estudiantes aún es relativamente bajo¹⁴ se destaca la creación de la Maestría de Primer Nivel de Atención y la propuesta de Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Asimismo posee una de las mayores propuestas de Educación Permanente del país con modalidades de cursos presenciales, a distancia y a medida, posibilitando la formación continua a los profesionales en todo el territorio nacional y regional.

Por otra parte, ha emprendido diversas estrategias para contribuir a disminuir el déficit de profesionales que tiene el país. Ejemplo de ello son las iniciativas de descentralización territorial, los programas de Profesionalización de Auxiliares, el programa de Carrera Escalonada, entre otras.

¹³ Ver División Recursos Humanos del SNIS, MSP (Núñez, Sergio) (2011): *La Formación en el Área de la Salud de la Udelar*. Documento no publicado.

¹⁴ (Idem).

Actualmente ha finalizado su proceso de autoevaluación y evaluación externa, como fases preparatorias para la acreditación en el MERCOSUR.

La Facultad de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay -acreditada en MERCOSUR- es la responsable del 4 % restante en la Formación de Licenciados en Enfermería, así como también forma Auxiliares de Enfermería.

2.3.3.2. Auxiliares de enfermería

El currículo tiene como objetivo principal la capacitación de este recurso humano para desempeñar funciones de Auxiliar de Enfermería en cualquier área a nivel nacional, ya sea preventiva o asistencial, en el ámbito público como en el privado (bajo la supervisión de un profesional universitario).

Actualmente hay 30 Escuelas de Auxiliares de Enfermería en todo el país, de las cuales 13 están ubicadas en Montevideo y 17 en el interior del país. Dos Escuelas son públicas y el resto privadas. El Decreto 90/06, del 22 de marzo de 2006 transfirió al Ministerio de Educación y Cultura los cometidos y atribuciones conferidos al Ministerio de Salud Pública Escuela de Sanidad “Dr. José Scosería” en materia de habilitación, supervisión y seguimiento de las Escuelas Privadas de Enfermería que ofrecen cursos de auxiliar de enfermería y otros.

Cabe señalar que en nuestro país no existe un nivel intermedio de formación de tecnólogos o técnicos en enfermería, a diferencia de otros países de la Región. De todas formas, las diferencias en la formación de auxiliares entre las escuelas privadas y las universidades es notoria, ya que a las primeras se puede ingresar solamente con el primer ciclo liceal y tienen una carga horaria de 1300 a 1800 horas, y a las universidades se ingresa con segundo ciclo completo y la formación tiene una carga horaria de 2400 horas.

Un elemento central a tener en cuenta, es la necesaria capacitación y actualización que requiere el auxiliar de enfermería para abordar el trabajo en el Primer Nivel de Atención con base en la estrategia de APS. Por lo tanto para avanzar en el sentido de la reforma sanitaria, se requiere el desarrollo de proyectos de actualización en la estrategia de APS renovada.

Tabla 14	Aux. Enfermería	Lic. En Enfermería
Instituciones públicas	2	1
Instituciones Privadas	28	1
Total	30	2

Fuente: Elaboración propia en base a Listado de Escuelas Habilitadas de Enfermería 2010, Comisión Asesora de Escuelas Habilitadas de Enfermería, MEC.

Tabla 15

Cantidad de Escuelas Habilitadas de Enfermería* por el MEC.

Montevideo	11
San José	1
Artigas	1
Trinidad	1
Florida	1
Melo	1
Maldonado	1
Rivera	1
Rosario	1
Salto	1
Las Piedras	1
Pando	1
Rocha	1
Tacuarembó	1
Paysandú	1
Canelones	1
Colonia	1
Durazno	1
Mercedes	1
Total	29

*Incluye filiales y Escuelas con Habilitaciones transitorias. No incluye UCU.

Fuente: Elaboración propia en base a Listado de Escuelas Habilitadas de Enfermería 2010, Comisión Asesora de Escuelas Habilitadas de Enfermería, MEC.

2.3.4. Licenciadas en enfermería: Tasas de abandono, deserción y eficiencia en la titulación

Con el propósito de brindar más información sobre la formación en enfermería, se hará una breve descripción sobre indicadores tales como la deserción universitaria, la tasa de abandono, y la eficiencia en la titulación.

La tasa de abandono representa el porcentaje de estudiantes de Enfermería que abandonan la carrera.

Para definir la deserción se toma la definición propuesta por el Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y El Caribe (IESALC) recogida por el Dr. Marcelo Boado. Definiéndose en primera instancia la eficiencia de titulación “E” del sistema (o eficiencia terminal interna), la misma se entiende como “la proporción de estudiantes (T) que se titula en un año (t) en

comparación a la matrícula nueva en primer año (**N**), en el tiempo correspondiente a una duración (**d**) de las carreras establecidas en los planes de estudios oficiales.”¹⁵

Se ha señalado también que para evitar posibles distorsiones exógenas a las carreras, se deberá promediar el tiempo real de duración de las mismas. A los efectos de nuestros objetivos, al tiempo real de duración se le ha agregado un año más, entendiendo que la duración promedio de la carrera de Enfermería se estima en 5 años¹⁶.

**Tabla 10- Ingresos – Egresos.
Facultad de Enfermería.**

AÑO	INGRESOS	EGRESOS
1998	404	179
1999	521	158
2000	644	154
2001	575	159
2002	564	149
2003	616	237
2004	606	315
2005	559	229
2006	491	312
2007	526	338
2008	399	226
2009	1297	301

Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2002-2010) “Estadísticas Básicas de la Universidad de la República”.

¹⁵ Marcelo Boado, Carlos Casacuberta y Tabaré Fernández: “La deserción universitaria en Udelar, algunas tendencias y reflexiones” en *La Desafiliación en la Educación Media Superior y en la Educación Superior Pública*, seminario internacional realizado por el Departamento de Sociología y el Departamento de Economía de la Facultad de Ciencia Sociales, Universidad de la República, (RINACE) Red Iberoamericana de Investigación sobre Eficacia y Cambio Escolar con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), Montevideo, 8 y 9 Junio de 2009.

¹⁶ La tasa de eficiencia se expresa como: $E = T(t) / N(t-d)$

E = Tasa de eficiencia en la titulación

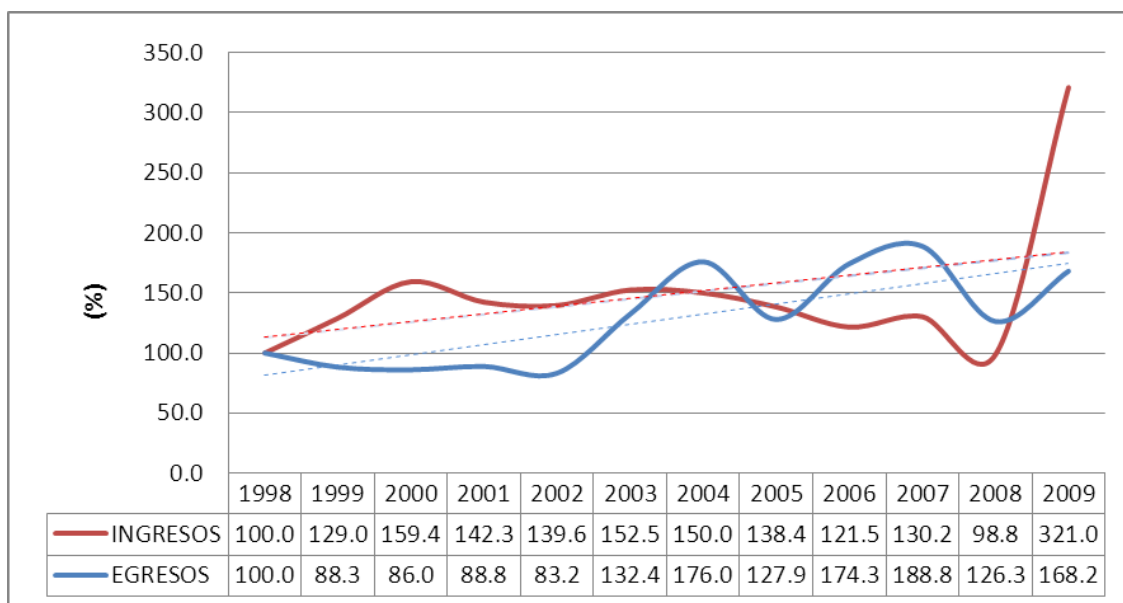
T(t) = Número de estudiantes “T” que se titula en el año “t”.

N(t-d) = Número de estudiantes “N” que ingresaron en el año “t-d” que representa el tiempo de duración de la carrera según el plan de estudios.

D = Tasa de deserción

$D = (1-E) * 0,5$

Gráfico 5. Ingresos y egresos de la Facultad de Enfermería. Índice base 1998 = 100



Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2002-2010) "Estadísticas Básicas de la Universidad de la República".

Tabla 13- Tasas de eficiencia y Deserción. Enfermería. UDELAR.

	Períodos								Promedio
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Efici. Titulación	0.3688	0.4549	0.4891	0.3983	0.5532	0.5487	0.3729	0.5385	0.4656
(1-E) Rezago.	0.6312	0.5451	0.5109	0.6017	0.4468	0.4513	0.6271	0.4615	0.5345
Aband. Repet.									
Tasa Deserción	0.3156	0.2726	0.2554	0.3009	0.2234	0.2257	0.3136	0.2308	0.2672

Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2002-2009) "Estadísticas Básicas de la Universidad de la República", Facultad de Enfermería www.fenf.edu.uy.

El promedio de eficiencia en la titulación de la Facultad de Enfermería para el período 2002-2009 (tomando una duración promedio de la carrera de 5 años), es del 46.56% de los alumnos de cada cohorte, con un mínimo de 36.9% en el año 2002 y un máximo de 55.3% en el año 2006.

Lo opuesto de la titulación: el rezago, abandono y repetición (1-E), representan, en promedio, el 53.45% de los alumnos matriculados en el período considerado.

El promedio de alumnos matriculados en la Facultad de Enfermería que no culminan sus estudios es del 26.7%, con un máximo de 31.56% en 2002 y un mínimo de 22.34% en 2006. Este promedio de deserción es similar al registrado en la Facultad de Medicina, el cual para el período 2002-2006 es de 28.49%.

A la luz del análisis precedente se puede afirmar que entre los factores que influyen en la formación, la deserción si bien es importante pues 1 de cada 4 estudiantes de enfermería no llegan a culminar nunca sus estudios, no difiere de la deserción registrada en la Facultad de Medicina.

Si bien la deserción en la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL) no es directamente comparable con la que se registra en la UDELAR debido a la existencia de restricciones al ingreso (matrículas, aranceles), lo que llevaría a tener una menor deserción, se observa para la carrera de enfermería que las tasas de eficiencia en la titulación y de deserción para el año 2009, son levemente disímiles a las observadas en la UDELAR en años anteriores.

Tabla 14 - Tasas de eficiencia y Deserción. Enfermería. UCUDAL.

Enfermería	Año 2009
Ingresos 2005	25
Egresos 2009*	15
Ef. Titulación	0,6
(1-E) Rezago Abandono Repetición	0,4
T Deserción	0,20

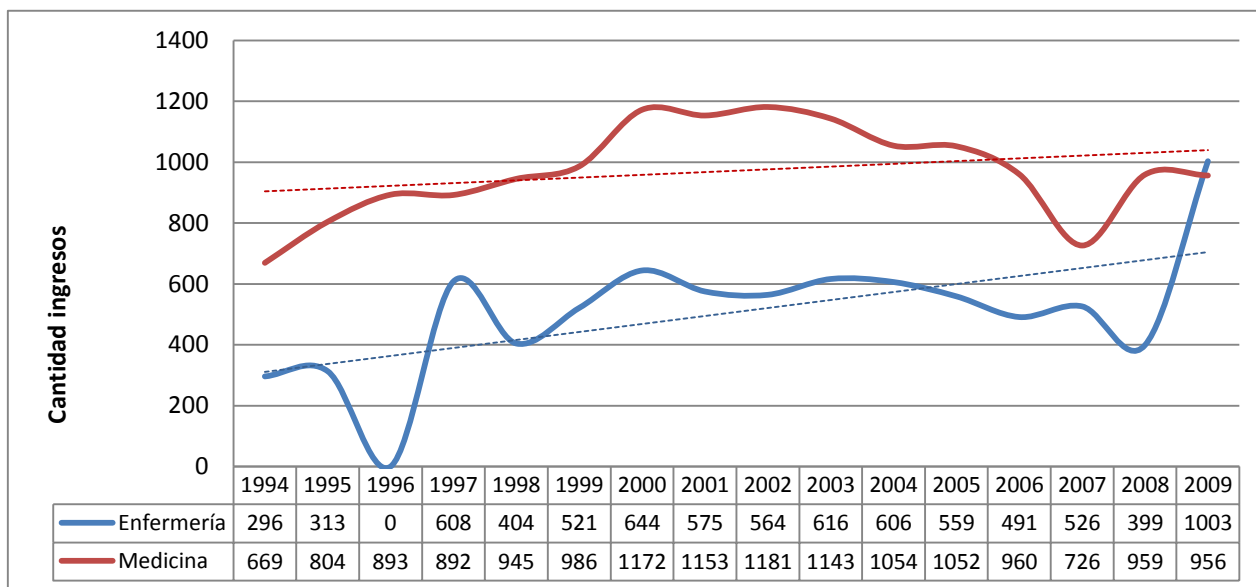
*Promedio Egresos 2005- 2009

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del Programa de Información Estratégica Universidad Católica del Uruguay.

2.3.5. Relación de Ingresos- Egresos

Al no encontrarse diferencias significativas entre las tasas de deserción de la Facultad de Enfermería y la Facultad de Medicina de la UdelAR, ni con la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, se podrían buscar las causas del déficit de enfermeras universitarias en la matriculación.

Gráfico 6 Ingresos* Enfermería- Medicina (cantidad). Período 1994-2009.**



*Refiere al número de inscriptos, no implica realización de actos académicos posteriores.

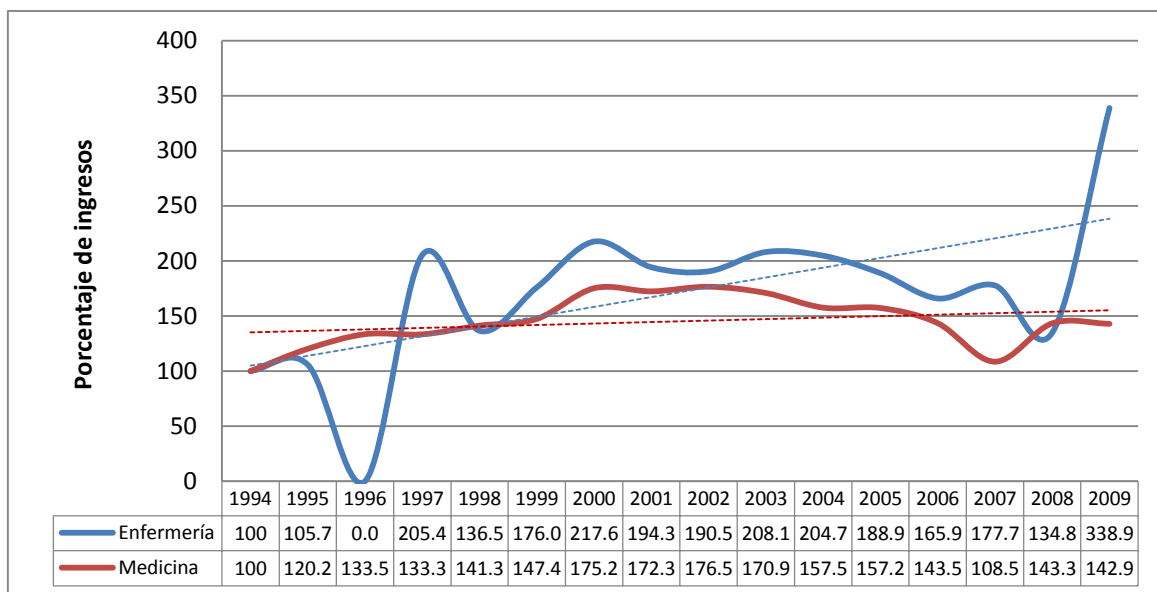
**No se incluye los ingresos a Carreras no terciarias.

Año 2009: Licenciado en Enfermería 264. Carrera Escalonada de Enfermería 739.

Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2010) "Estadísticas Básicas 2009 de la Universidad de la República"

El gráfico 6 muestra los ingresos de estudiantes de la Facultad de Enfermería y la Facultad de Medicina. Del mismo se desprende que desde el año 1994 al 2009 se inscriben en promedio en la Facultad de Enfermería aproximadamente la mitad de estudiantes que en la Facultad Medicina. Sin embargo, esta brecha ha disminuido en el período, llegando en el año 2009 a superar la cantidad de ingresos de Enfermería a los de Medicina.

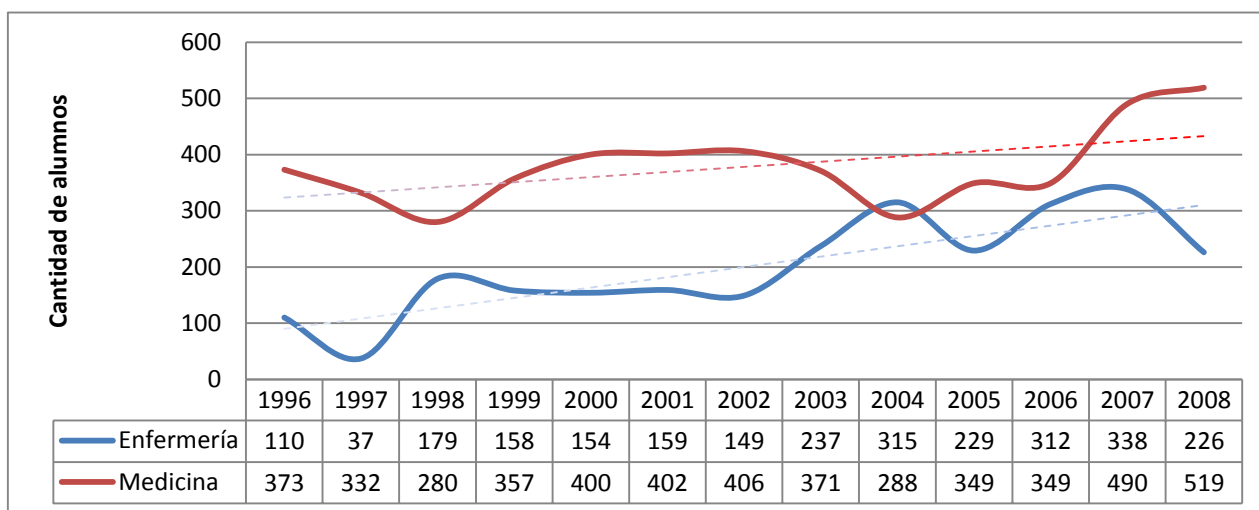
**Gráfico 7. Evolución de los ingresos de medicina- enfermería (%).
1994=100.**



Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2010) "Estadísticas Básicas 2009 de la Universidad de la República"

Para observar más detenidamente, la evolución de los ingresos de ambas Facultades se indexaron los ingresos con base en el año 1994. Como se puede apreciar en el gráfico siguiente los ingresos a la facultad de Enfermería han crecido tendencialmente durante el período considerado por encima de los ingresos de Medicina (ver Anexo I tabla 4 y gráfico 1).

Gráfico 8- Egresos Enfermería-Medicina (cantidad) 1996-2008**

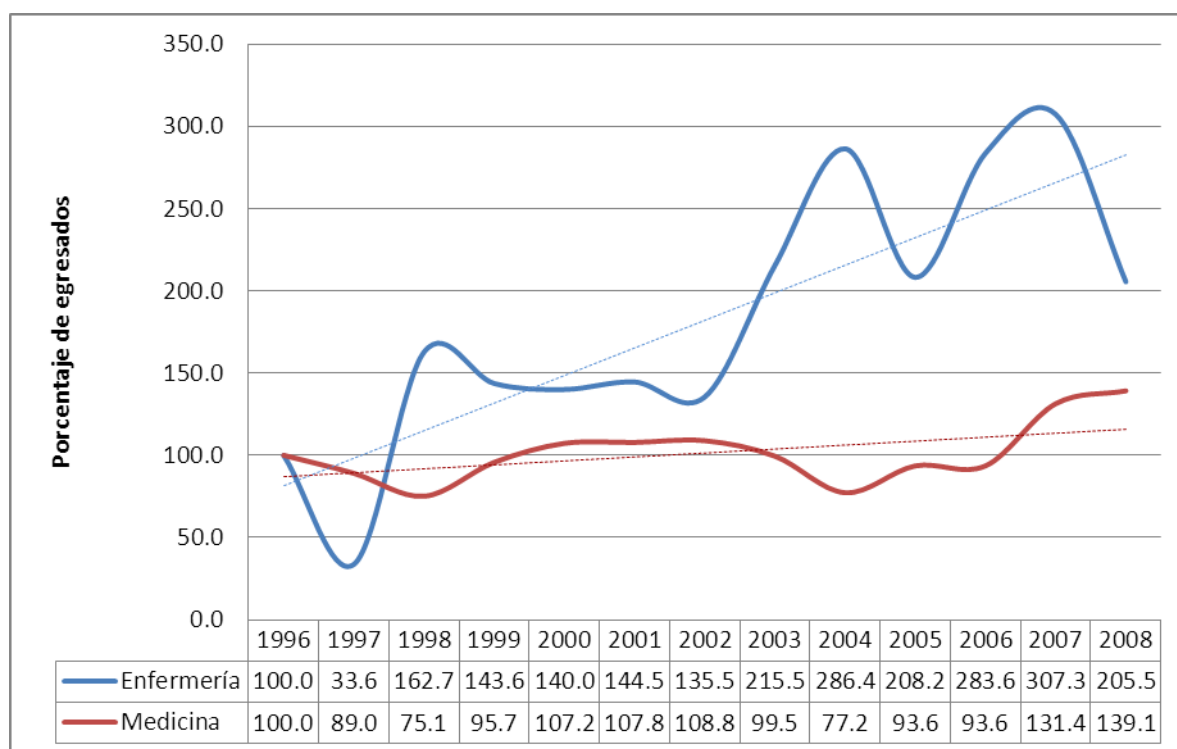


Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2010) "Estadísticas Básicas 2009 de la Universidad de la República"

El gráfico 8 muestra los egresos de estudiantes de la carrera de doctor en Medicina y Licenciado en Enfermería, de las Facultades de Enfermería y de Medicina. Se observa que en el período 1996-2008 en promedio egresan anualmente de la Facultad de Enfermería aproximadamente la mitad de estudiantes que en la Facultad de Medicina.

La evolución de los egresos de ambas Facultades se describe en el gráfico 9. En el mismo se indexaron los egresos con base en el año 1996. Como se puede apreciar mientras que los egresos de la facultad de Enfermería han crecido tendencialmente durante el período considerado los egresos de Medicina han tenido una evolución constante. De la evolución en el período se destaca la tendencia creciente que tuvieron también los egresos de la facultad de enfermería en relación a la de medicina, pasando de representar 29% en 1996 a 44% en 2008, con un máximo de 109% en 2004 (Ver Anexo 1 Tabla 5 y gráfico 2).

Gráfica 9. Evolución de los egresos de medicina- enfermería (%). 1996=100.



Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2010) "Estadísticas Básicas 2009 de la Universidad de la República"

2.3.6. Tasa bruta de matriculación

Se toma el indicador propuesto por la UNESCO para medir la tasa bruta de matriculación según el nivel de enseñanza y se lo aplica a las carreras de Enfermería y Medicina para tener una referencia de la proporción de personas que optan por estudiar estas carreras con relación a la población en edad de

asistir a las mismas. La definición propuesta por la UNESCO es la siguiente: “Número de alumnos matriculados en un determinado nivel de educación, independientemente de la edad, expresada en porcentaje de la población del grupo de edad teórica correspondiente a ese nivel de enseñanza.”¹⁷. El mismo es el resultado de “dividir el número de alumnos matriculados en un nivel determinado de educación (sin importar la edad) por la población del grupo en edad oficial que corresponde a ese nivel, y multiplicar el resultado por 100”¹⁸.

Por lo tanto, se definirá la tasa bruta de matriculación de medicina como el número de alumnos matriculados en la Facultad de Medicina, independientemente de la edad, expresado en porcentaje de la población de 18 a 25.

$$\frac{\text{Nº de estudiantes de medicina}}{\text{Nº de personas de 18 a 25 años}} * 100$$

Tabla 17

Año	Nº estudiantes medicina	Nº de personas de 18 a 25 años	Tasa bruta de matriculación medicina
2007	7833	381929	2,05%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Of. Del Censo Universitario y División estadística. UDELAR; Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025.

Asimismo, se definirá la tasa bruta de matriculación de enfermería como el número de alumnos matriculados en la Facultad de Enfermería, independientemente de la edad, expresado en porcentaje de la población de 18 a 22.

$$\frac{\text{Nº de estudiantes de enfermería}}{\text{Nº de personas de 18 a 22 años}} * 100$$

Tabla 18

Año	Nº estudiantes enfermería	Nº de personas de 18 a 22 años	Tasa bruta de matriculación enfermería
2007	2672	244921	1,09%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Of. Del Censo Universitario y División estadística. UDELAR; Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025.

¹⁷ Institut de Statistique de l' UNESCO.

[http://www.uis.unesco.org/glossary/Term.aspx?name=GROSS%20ENROLMENT%20RATIO%20\(GER\)&lang=es](http://www.uis.unesco.org/glossary/Term.aspx?name=GROSS%20ENROLMENT%20RATIO%20(GER)&lang=es)

¹⁸ Idem.

De la lectura de las tablas se desprende que en el año 2007 los estudiantes de la Facultad de Medicina representan el 2.05% de la población de 18 a 25 años; mientras que para Enfermería esta representatividad desciende a 1,09% de la población de 18 a 22 años.

Estos datos sugieren un déficit estructural de enfermeras universitarias no fácilmente reversible pues el sistema educativo no logra captar la cantidad necesaria de estudiantes para reproducir la fuerza de trabajo y reducir la brecha existente con respecto a la cantidad de médicos recibidos.

Por lo tanto las estrategias para incrementar el número de profesionales deberían estar orientadas a elaborar un Plan Nacional para el desarrollo de la enfermería en el Uruguay el cual incluya acciones relacionadas tanto con el ámbito formativo, como por ejemplo profesionalizar los Auxiliares de Enfermería, como referidas al ámbito laboral, tales como regímenes de trabajo, condiciones laborales, calidad del empleo, entre otros.

En suma, la situación del equipo de enfermería se caracterizaría por:

- Déficit de licenciadas en enfermería.
- Población joven y altamente feminizada.
- Distribución territorial desigual, alta concentración en el área metropolitana.
- Déficit del personal de enfermería en el Primer Nivel de Atención.
- Tendencia creciente de ingresos y egresos a la facultad de enfermería durante las últimas dos décadas

CAPÍTULO 3. LA ENFERMERÍA EN DESARROLLO

3.1. Regulación del Ejercicio de la Profesión de Enfermería

En las dos últimas Legislaturas ha estado en consideración en el Parlamento Nacional la regulación del ejercicio de la profesión de enfermería. La discusión sobre la misma ha estado instalada en la Comisión de Salud Pública del Senado de la República, la cual luego de recibir los aportes y opiniones de distintos actores institucionales y gremiales involucrados en la formación, la regulación y el ejercicio profesional, aprobó un proyecto de Ley¹⁹ que ya cuenta con la sanción del plenario de la Cámara de Senadores (11/05/2011). Dicho proyecto pasó a consideración de la Cámara de Representantes el 19/05/2011. Sin entrar en el análisis del contenido del proyecto en discusión, es necesario realizar algunas consideraciones sobre la importancia de la regulación legislativa en la materia.

A la fecha Uruguay es el único país de la sub-región que no tiene una norma de rango legislativo que regule el ejercicio de esta profesión. La misma es necesaria para la definición de los ámbitos de ejercicio de la profesión, de los perfiles de competencia y de su ubicación en los equipos de salud. Para ello es necesaria la participación en la elaboración de dicha norma de los principales actores vinculados al ejercicio de esta profesión, a saber, gremios, instituciones rectoras, formadoras y prestadoras, teniendo en cuenta que la aprobación de esta Ley es un reclamo de larga data del colectivo de enfermeros profesionales de nuestro país y cuenta con el apoyo expreso de las Facultades de Enfermería, del Colegio de Enfermería del Uruguay y del Ministerio de Salud Pública.

La elaboración normativa referida a esta categoría de profesionales de la salud debe alinearse con los objetivos de la Reforma Sanitaria en marcha. En la nueva normativa deberían atenderse especialmente en las características del trabajo en equipo con otras profesiones, el trabajo del equipo de enfermería, y la posibilidad de que las enfermeras profesionales especializadas dirijan servicios de salud. Por último, será necesario precisar en la reglamentación de la norma las funciones del auxiliar de enfermería.

3.2. Nuevos desafíos para la actual Administración

La Enfermería en el Uruguay necesita una actualización y construcción de un Plan Nacional para su desarrollo. Esto quiere decir que a partir de lo elaborado por la Comisión Nacional Asesora de Enfermería, recuperando la rectoría del MSP en el tema, se deben construir de manera participativa las directrices y objetivos, estrategias y acciones que marcarán el rumbo de la enfermería para el próximo decenio, dando respuestas a las necesidades que tiene el SNIS y el desarrollo disciplinar, en su contribución a la mejora de la calidad de atención, nivel de salud y calidad de vida de la población.

¹⁹ <http://www.parlamento.gub.uy/dgip/websip/lisficha/fichaap.asp?Asunto=103443&FichaPrint=s>

Para abordar con seriedad los problemas de la Enfermería es necesario actualizar el diagnóstico de situación en base a una construcción colectiva. Aporta a ello la existencia a nivel regional de un acuerdo para realizar un censo de enfermería, con indicadores que permitan comparar las diversas realidades y emprender estrategias comunes y particulares de acuerdo a la realidad analizada.

El déficit de profesionales afecta directamente la calidad de atención, por lo tanto se requiere la elaboración y ejecución de un Plan para profesionalizar auxiliares con base en APS, pudiéndose utilizar el modelo PROF AE de Brasil, de manera de atender especialmente la falta de profesionales en los Servicios de Primer Nivel, con énfasis en las áreas rurales.

Nuestro país ha definido como prioritarios los Programas de: Salud del Niño/a; Salud de los/as adolescentes; Salud Rural; Salud de la Mujer; Salud Mental; Prevención de la Violencia. Todos ellos requieren para su implementación equipos de enfermería capacitados y formados en base a estas nuevas orientaciones.

Del mismo modo es necesario en cualquier emprendimiento apoyarse y articular las instancias ya existentes.

Asimismo es necesario desarrollar y fortalecer equipos para una investigación pertinente en enfermería que dé cuenta y atienda los problemas centrales vinculados con las necesidades de la población, del sector y el sistema, así como propios de la disciplina.

La reforma sanitaria requiere de personal de la salud adecuado -en cantidad y calidad- a las necesidades de salud de la población. Aspecto en el que se ha venido trabajando, no pudiendo aún alcanzar los estándares de calidad de nivel internacional dada la precaria situación sanitaria que tenía el país al momento de iniciarse la Reforma.

- Boado, Marcelo, Casacuberta, Carlos y Fernández, Tabaré (2009): "La deserción universitaria en UdelaR, algunas tendencias y reflexiones" en *La Desafiliación en la Educación Media Superior y en la Educación Superior Pública*, seminario internacional realizado por el Departamento de Sociología y el Departamento de Economía de la Facultad de Ciencia Sociales, Universidad de la República, (RINACE) Red Iberoamericana de Investigación sobre Eficacia y Cambio Escolar con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), Montevideo, 8 y 9 Junio de 2009.
- Comisión Nacional Asesora de Enfermería CONASE (2010): *Normativa de Enfermería*. Edit. Mosca. Montevideo, Uruguay.
- Departamento de Programación Estratégica en Salud DPES/MSP (2010): *Hacia la Salud como una Política de Estado*. Montevideo, Uruguay.
- DIGESA/DIGESE-MSP (2010): *Documento de Trabajo Cambio de Modelo de Atención*. Montevideo, Uruguay.
- División Recursos Humanos del SNIS, MSP (Núñez, Sergio) (2011): *La Formación en el Área de la Salud de la UdelaR*. Documento no publicado.
- González, Pilar; Cal, Isabel (2001): *Situación de la Enfermería Uruguaya*. Presentado Encuentro Expertas de Educación en el Consejo Regional de Enfermería MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.
- MSP (2009): *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Montevideo, Uruguay
- MSP (2010): *Primer Censo de Recursos Humanos en Salud. Desarrollo y presentación de los primeros resultados*. Montevideo, Uruguay.
- OPS-OMS (2007): *27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional*. Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007.
- OPS-OMS (2009): *Perfil del Sistema de Salud de la República Oriental del Uruguay: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington, D.C, Estados Unidos.
- UdelaR (2002 al 2010): *Estadísticas Básicas*. Montevideo, Uruguay.

Anexo I

Tabla 1

Población Uruguay					
Períodos	2006	2007	2008	2009	2010
Totales	3.314.466	3.323.906	3.334.052	3.344.938	3.356.584

Fuente: Elaboración propia en base a INE, Proyecciones de Población, 1996-2025.

Tabla 2

Licenciadas y auxiliares en enfermería.

Departamento de residencia actual.

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Montevideo	3,137	62.44	8664	47.87
Artigas	82	1.63	384	2.12
Canelones	530	10.55	2844	15.71
Cerro Largo	37	0.74	362	2.00
Colonia	90	1.79	612	3.38
Durazno	30	0.6	275	1.52
Flores	9	0.18	135	0.75
Florida	55	1.09	325	1.80
Lavalleja	38	0.76	346	1.91
Maldonado	113	2.25	572	3.16
Paysandú	107	2.13	414	2.29
Río Negro	37	0.74	180	0.99
Rivera	93	1.85	603	3.33
Rocha	46	0.92	308	1.70
Salto	260	5.18	486	2.69
San José	71	1.41	465	2.57
Soriano	61	1.21	372	2.06
Tacuarembó	73	1.45	461	2.55
Treinta y Tres	34	0.68	231	1.28
Exterior	1	0.02	14	0.08
s/d	120	2.39	47	0.26
Total	5,024	100	18100	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión.

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

Tabla 3

	Ambulatorio*		Cuidados moderados**		CTI-Block***		Retén	
	Lic. Enf	Aux. Enf	Lic. Enf	Aux. Enf	Lic. Enf	Aux. Enf	Lic. Enf	Aux. Enf
Montevideo	79.1	64.5	63.7	56.9	71.2	62.9	0	18.5
Artigas	0.8	1	1.4	1.4	0	0.7	0	0
Canelones	0.6	4	6.7	8	3	6.4	0	4.9
Cerro Largo	0.3	1.5	1.4	2.3	3.4	2.3	0	3.7
Colonia	0.5	1.8	2.6	3.7	1.3	3.9	0	23.5
Durazno	1.1	1.8	1.7	1.8	0.9	1.7	0	2.5
Flores	0.5	0.6	0.3	1	0	0	66.7	3.7
Florida	1	2.7	0.8	0.7	0	0	0	9.9
Lavalleja	0	1.5	1.4	2.3	3	3	0	0
Maldonado	2.1	4.6	4.7	4.3	7.7	6.2	0	0
Paysandú	2.7	2.7	3.1	3	3.9	3.6	0	0
Río negro	0.8	0.8	1	0.9	0	0	0	4.9
Rivera	1.6	2.6	1.8	2.9	0.9	1.3	0	6.2
Rocha	0	2.1	1.4	2.3	0	1.9	16.7	0
Salto	4.8	2.3	0.1	0.1	0	0	0	0
San José	1	2.1	1.2	1.4	0.9	2.9	0	3.7
Soriano	1.1	0.8	3.7	3.7	0	0	0	12.3
Tacuarembó	1.3	2	2	2	3.9	2.9	0	4.9
Treinta y Tres	0.8	0.5	1	1.4	0	0.4	16.7	1.2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: SCARH noviembre 2010, LOTUS NOTES de ASSE junio 2010.

*Policlínica, Puerta, Radio, Urgencia descentralizada

** Sanatorio, Guardia Interna, Internación domiciliaria

***CTI adultos, CTI pediátrico, block quirúrgico

Tabla 4. Relación Ingresos* Enfermería-Medicina (%)

Años 1994-2009.

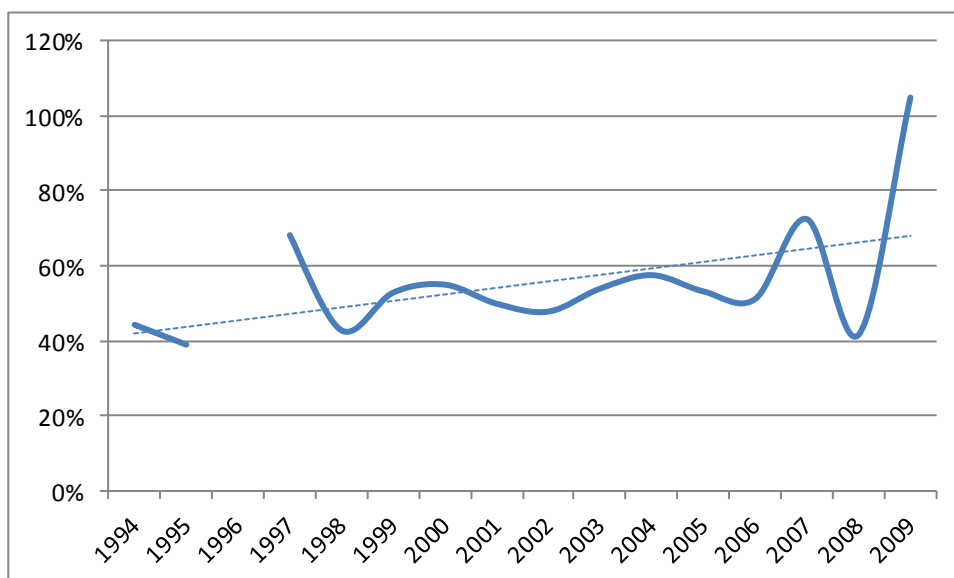
Año	Enfermería**	Medicina	Relación I.Enf/I.Med (%)
1994	296	669	44,25
1995	313	804	38,93
1996	NH	893	
1997	608	892	68,16
1998	404	945	42,75
1999	521	986	52,84
2000	644	1172	54,95
2001	575	1153	49,87
2002	564	1181	47,76
2003	616	1143	53,89
2004	606	1054	57,50
2005	559	1052	53,14
2006	491	960	51,15
2007	526	726	72,45
2008	399	959	41,61
2009	1003***	956	104,92
Promedio	517,15	979,77	52,89

*Refiere al número de inscriptos, no implica realización de actos académicos posteriores.

**No se incluyen los ingresos a Carreras no terciarias.

***Licenciado en Enfermería 264. Carrera Escalonada de Enfermería 739.

Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2010) "Estadísticas Básicas 2009 de la Universidad de la República"

Gráfico 1. Evolución del ratio de ingresos entre la facultad de enfermería y la de medicina.

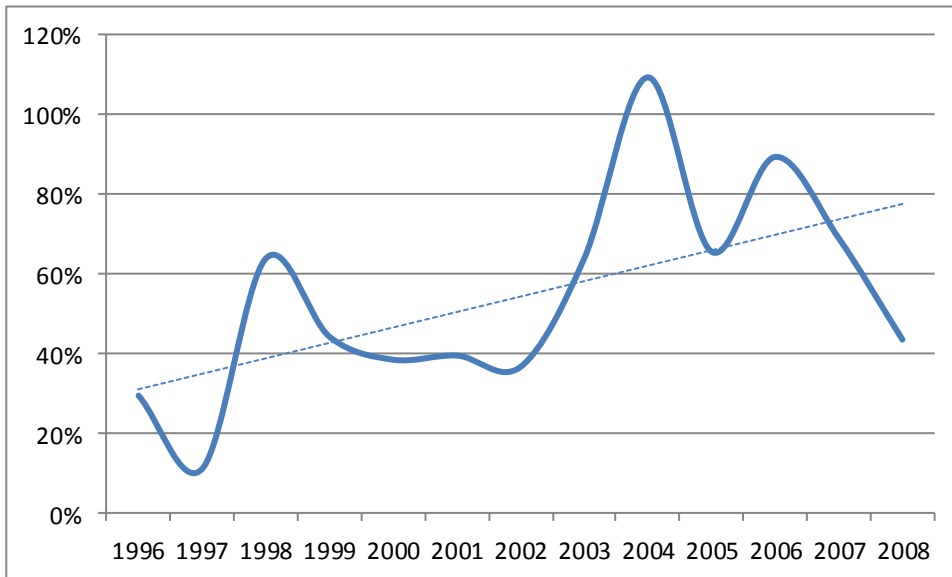
Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2010) "Estadísticas Básicas 2009 de la Universidad de la República"

**Tabla 5- Relación Egresos Enfermería-Medicina (%).
Años 1996-2008.**

Año	Enfermería	Medicina	Relación E.Enf/E.Med en %
1996	110	373	29,5
1997	37	332	11,1
1998	179	280	63,9
1999	158	357	44,3
2000	154	400	38,5
2001	159	402	39,6
2002	149	406	36,7
2003	237	371	63,9
2004	315	288	109,4
2005	229	349	65,6
2006	312	349	89,4
2007	338	490	69,0
2008	226	519	43,5
Promedio	185,36	355,18	54,2

Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2010) "Estadísticas Básicas 2009 de la Universidad de la República"

Gráfico 2. Evolución del ratio de egresos entre la facultad de enfermería y la de medicina.



Fuente: Elaboración propia en base a UDELAR (2010) "Estadísticas Básicas 2009 de la Universidad de la República"

Anexo II

Departamento de Programación Estratégica (DPES)

La creación del Departamento de Programación Estratégica (DPES), tiene como finalidad contribuir desde el Área programática del Ministerio de Salud Pública a la construcción y la conquista de la Salud Colectiva como herramienta para el desarrollo humano y el mejoramiento de la calidad de vida de los uruguayos en todo el territorio de la República. Aportando al proceso de construcción de una Política Pública en Salud como política de Estado, que sea sustentable, que tenga visión estratégica, democrática, de alcance nacional y con especificidad territorial, basada en una perspectiva de derechos, participación social, intersectorialidad, conocimiento e investigación, desarrollo local, y con enfoque de género.

Desde esta lógica, en correspondencia con la filosofía de la reforma, la construcción programática y los programas son instrumentos esenciales para la conducción y orientación en el cambio del modelo de atención.

Los cometidos se estructuran en base a 3 componentes: el componente programático, el componente de contribución a la equidad y el componente de fortalecimiento de los equipos de salud y empoderamiento ciudadano.

1- En lo programático los cometidos del DPES son:

- Elaboración del Plan Programático Prioritario en salud (PPPS) desde el Foro nacional programático de Salud.
- Elaborar y transferir a los prestadores las normativas de salud generales y las guías de práctica clínica.
- Proponer diferentes prestaciones y metas asistenciales a la JUNASA.

2- En la lucha por la equidad:

- Incidir en la lucha contra los mecanismos de reproducción de la pobreza y desigualdad, contribuyendo en este periodo al desarrollo y consecución del Plan Juntos.
- Promover la regionalización de la política de salud.

3- En la capacitación de los equipos de salud y empoderamiento ciudadano:

- sensibilizar y capacitar a los equipos de salud en alianza a UdelaR.
- Contribuir a diseñar un sistema de comunicación y difusión permanente con la comunidad.

Además el DPES contribuirá a:

- Contar con un sistema de información adecuado a las necesidades de planificación.
- Propuesta de Líneas de investigación prioritaria de los programas.

División de Recursos Humanos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Esta División nace con los siguientes objetivos generales:

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.

Para cumplir satisfactoriamente con estos objetivos, se desarrollaron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y monitorear los aspectos demográficos, políticos, sociales y sanitarios de la oferta y demanda de los Recursos Humanos del sector. En particular, detectar los problemas asociados a la distribución y disponibilidad de los mismos en el territorio, por especialidad y por nivel de atención.
- Diseñar y proponer políticas tendientes a mejorar la gestión, dotación y distribución de los trabajadores de la salud, en los aspectos vinculados a su formación y capacitación, inserción laboral, y ejercicio profesional.
- Desarrollo y conducción del Observatorio de Recursos Humanos en Salud.
- Coordinación intrainstitucional con otras dependencias del MSP y la JUNASA.
- Coordinación interinstitucional con actores públicos y privados implicados en el campo de los Recursos Humanos.
- Diseñar y desarrollar un sistema de información para el relevamiento de datos necesarios para la consecución de los objetivos y metas.
- Aportar a la elaboración normativa específica para el campo de los Recursos Humanos en Salud.
- Contribuir a la prevención y a la solución de los conflictos en el campo de los recursos humanos en salud
- Aportar a la regulación y control de los recursos humanos del SNIS.