

**Ministerio de
Salud**



**Presidencia
de la Nación**

TALLERES DE METAS DE RHUS

LA EXPERIENCIA EN ARGENTINA
2010-2014



DIRECCIÓN NACIONAL DE
**CAPITAL HUMANO Y
SALUD OCUPACIONAL**

AUTORIDADES DE LA ARGENTINA

Presidenta

Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Daniel Gustavo Gollan

Secretario de Políticas, Regulación e Institutos

Mario Rovere

Subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización

Pablo Emilio Kohan

Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

Isabel Duré

AUTORES

María Isabel Duré

Gabriel Muntaabski

María del Carmen Cadile

Edición

Paula Kornblihtt

.....

Marco referencial: Llamado a la Acción de Toronto

Una consulta en el año 2005, llevada a cabo por OPS en cinco países de las Américas, identificó claramente los cinco desafíos críticos que enfrentan los países en el área de recursos humanos en salud. Estos desafíos se convirtieron en la plataforma común para el “Llamado a la Acción de Toronto”, por medio del cual el Observatorio Regional se comprometió a una Década de voluntad política, acción enfocada, y recursos financieros hacia el desarrollo y la mejora de los recursos humanos en salud de la Región. El Llamado a la Acción de Toronto define los cinco DESAFÍOS y los principios orientadores y las líneas de acción que los países seguirán para lograr una fuerza de trabajo adecuadamente formada y distribuida, motivada y comprometida en entregar atención de calidad a todos los individuos de la población.

Aunque cada país tiene énfasis específico, existen temas comunes donde se puede concentrar el trabajo conjunto. Es en éstas cinco áreas que enfocan su trabajo los Observatorios. Los desafíos comunes son:

- Definir **políticas y planes** de largo plazo para mejor adaptar a la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- Colocar **las personas adecuadas en los lugares adecuados**, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.
- **Regular los desplazamientos** y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población. Al mismo tiempo,

desarrollar sistemas para beneficiarse de la inmigración de profesionales de salud al país.

- **Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud** que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- Desarrollar **mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud** que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

20 Metas Marcan los Alcances de una Década

En Octubre del 2007, todos los países de la Región de las Américas firmaron la Resolución CSP27/10, “Metas Regionales para los Recursos Humanos en Salud (RHS) 2007-2015.” Esta Resolución comprometió a los firmantes en alcanzar **veinte metas** durante la década, que podrán marcar la superación de los cinco desafíos de RHS.

Estas Metas Regionales adaptables y de alto nivel representan la voluntad renovada y el compromiso de los países en las Américas en actuar y movilizarse colectivamente hacia el abordaje de los cinco desafíos de recursos humanos en salud.

Muchos de los países ya han establecido líneas de base para cada una de éstas metas para comenzar a dar seguimiento a su progreso y el éxito de sus intervenciones.

Proceso de Medición de Metas en Argentina

Políticas públicas hacia el acceso universal: el caso de los recursos humanos en salud

La década de los recursos humanos en salud significó priorizar la fuerza de trabajo en salud en las agendas nacionales e internacionales. Los servicios de salud, en cualquiera de los niveles de complejidad, no llegan a las personas que los necesitan si no hay trabajadores de la salud que posibiliten ese encuentro.

El fortalecimiento de los recursos humanos en salud requiere partir de una visión global de las necesidades en términos de composición, distribución y calidad de los equipos, con capacidad para mirar la realidad con independencia de la lógica de los servicios y programas, que tienen una fuerte tradición ligada a perspectivas disciplinarias fragmentadas y con énfasis en la enfermedad.

En un contexto de creciente complejidad, caracterizado por un proceso de cambio social, epidemiológico y demográfico, se requieren abordajes integrales de los distintos problemas relacionados a la salud y los niveles de atención, para enfrentar los efectos de envejecimiento de la población y el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como prioridad. El nuevo paradigma requiere contar con equipos de salud acordes a estos cambios que están ocurriendo en el país y los que se presentarán en las próximas décadas.

En el caso del sector salud, educar profesionales es un proceso que demanda entre 3 a 10 años y supone una estructura institucional sumamente compleja. Toda planificación debe partir entonces del reconocimiento de que se trata de una política de largo plazo, que debe sustentarse en acuerdos entre múltiples actores y contar con un compromiso de inversión sostenida. La formación en servicio necesita estar acompañada de una

regulación por parte del Estado, que asegure la calidad y excelencia en el desempeño de las instituciones formadoras y de los propios profesionales.

Varias de estas acciones exceden el campo de acción de un Ministerio y deben ser contempladas como políticas interministeriales e inter-jurisdiccionales, razones que justifican la permanente articulación y la búsqueda de consenso con todos los actores relevantes; en especial con los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo.

En gran medida, y aunque aún existan importantes logros a alcanzar, estos desafíos han ocupado un lugar central de la agenda del Ministerio de Salud de la Nación Argentina y en la de los 24 Ministerios de Salud Provinciales.

Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud en Argentina / Abril 2010

A partir de la construcción de las metas cuantitativas del Compromiso de Toronto, los países de la región bajo el liderazgo de la OPS, emprenden una estrategia de levantamiento de las líneas de base de las metas regionales 2007-2015.

Para ello se contó con un instrumento denominado MANUAL DE MEDICION DE LAS LINEAS DE BASE DE LAS METAS REGIONALES 2007-2015, desarrollado por un Grupo de Trabajo Regional formado por expertos en gestión de datos, análisis y políticas de Recursos Humanos para la Salud, procedentes de varios países y organizaciones de la Región de las Américas.

Los miembros del Grupo de Trabajo se reunieron en Quito, Ecuador, en el 2008 y crearon este manual de guía para complementar la Resolución CSP27/10 de la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana, "Metas Regionales para los Recursos Humanos para la Salud 2007-2015".

El manual presenta la justificación, aclara los términos y define los indicadores de cada meta. Está propuesto como una guía dirigida a los ministerios de salud, los grupos de investigación y la red de Observatorios de Recursos Humanos para establecer las líneas de base de los indicadores de metas y hacer posible el monitoreo de los avances en la implementación de los planes de Recursos Humanos¹

La Coordinadora Regional de Recursos Humanos de los países del Cono Sur, encargó a un grupo técnico que había participado en la construcción del manual, el apoyo para que Argentina y Uruguay realizaran la construcción de la línea de base.

La consultoría ejecutada en Argentina tuvo dos fases: una primera, realizada durante algunos meses mediante video-conferencias, en la que el equipo de la Dirección de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación Argentina acordó con el grupo experto la planificación del taller de medición. En este intercambio se discutió sobre las particularidades del país, su organización federal, las fuentes de información disponibles y los actores sociales que debían incluirse para realizar el ejercicio propuesto.

La segunda fase fue ejecutada en Buenos Aires en un Taller de tres días en el que participaron representantes de las jurisdicciones de las cinco regiones del país, responsables de las áreas implicadas en la medición y representantes de la Organización Panamericana de la Salud de la Representación Argentina¹

Se organizaron cuatro grupos de trabajo con informantes claves para trabajar las metas de los cinco desafíos:

Grupo 1

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Direcciones del Ministerio de Salud responsables de la información de RHUS del sector público y consultores de la OPS local.

Grupo 2

Representante de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Responsable de la Dirección Nacional de Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud, Representantes de Cancillería responsables de los temas migratorios, OPS.

Grupo 3

Representante de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del MSAL, representantes del Ministerio de Trabajo, representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud y Riegos del Trabajo.

Grupo 4

Representantes de las Universidades, Decanos de Facultades de Medicina y Enfermería de las Universidades Nacionales y Privadas que son responsables de la formación de estos RHUS, representantes de las Escuelas Técnicas y representante de DNCHYSO.

A continuación se presenta los resultados del Taller de medición de las metas regionales 2007-2015 a nivel nacional.

¹ El listado completo de participantes se detalla en ANEXO, pág. 45

Las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud / 2007-2015

	Desafío		Meta	% de cumplimiento
1	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	1	Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.	100 %
		2	Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	43%
		3	Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de la salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.	89%
		4	La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región.	21%
		5	Todos los países de la Región habrán establecido una unidad 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, niveles de gobierno e interesados directos.	85%
2	Ubicar a las personas idoneas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado en 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.	6	La brecha en la distribución del personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.	25%
		7	Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de la salud tendrán competencias de salud pública e intelectuales comparables.	89%
		8	70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.	SD
3	Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación	9	El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.	SD
		10	Todos los países de la Región habrán adoptado un código internacional de práctica o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.	0%
		11	Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.	60%

Desafío		Meta		% de cumplimiento
4	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	12	Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.	100%
		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.	SD
		14	El 80% de los países de la Región contarán con una política de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.	33%
		15	Al menos 60% de los agentes de servicios y programas reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.	50%
		16	El 100% de los países de la Región contarán 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.	100%
5	Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y 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.	17	El 80 % de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud del país, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.	8%
		18	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades indígenas.	NA
		19	Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%	SD
		20	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.	100%

Conclusiones del Taller de Metas de Argentina

El taller, la revisión y aplicación del Manual permitió establecer las diferencias en la definición de algunas variables. Así como también, algunos indicadores para los cuales no hay datos o no son aplicables a la realidad nacional.

El compromiso que se asume a partir de este encuentro es fomentar el intercambio para promover el desarrollo de estos indicadores.

- Dada la característica federal de nuestro país se hará necesario replicar el taller en cada jurisdicción, para evaluar las diferencias regionales y tener un resultado más próximo a la realidad nacional.
- Fue valioso el hecho de visibilizar la falta de información en algunos aspectos de RHUS, para dotar de relevancia a la necesidad de avanzar en la producción y/o recolección de datos para el cumplimiento de los desafíos de RRHH.
- Este taller permitió formular la línea de base nacional, sin embargo, la organización federal del Sistema de Salud del país no permite aplicar linealmente algunos de los indicadores propuestos en el manual de medición de metas.
- El compromiso que se asume a partir de este encuentro es trabajar intersectorialmente y en conjunto con las jurisdicciones para promover el desarrollo de estos indicadores considerando las particularidades regionales.

Proyecto FESP I

Con el reconocimiento internacional de expertos en salud pública y basado en una determinación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que describe a las funciones esenciales de salud pública como las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para mejorar la salud pública, el Proyecto FESP inicia su actividad en el 2007, en el marco de los Objetivos del Milenio acordados por la Organización de Naciones Unidas (ONU).

El Proyecto FESP está orientado a fortalecer las capacidades institucionales de las autoridades sanitarias, nacionales y provinciales, para ejercer las responsabilidades del Estado respecto a la promoción y protección de la salud de la población mediante la medición y el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública que son de su competencia. El Proyecto se financia con fondos nacionales y a través de un préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF).

Las funciones esenciales están planteadas para favorecer y facilitar acuerdos institucionales que impliquen resultados entre los niveles nacional-provincial y local, propiciar y aumentar los espacios de participación de las personas en el monitoreo y evaluación de la ejecución del proyecto y, mejorar la capacidad del rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y el de las provincias, promoviendo la descentralización de los programas de salud pública y su responsabilidad en el sistema de salud.

Misión principal del Proyecto FESP mejorar la capacidad de respuesta de los programas priorizados y su impacto en la salud de la población.

Función: fortalecer las capacidades de acciones en salud pública a nivel nacional y provincial.

Objetivos: El Estado argentino, a través del Ministerio de Salud de la Nación, ejecuta el

Proyecto FESP para cumplir con los siguientes objetivos:

- Mejorar la cobertura y calidad de 10 programas priorizados de Salud Pública en cada provincia.
- Reducir la exposición de la población a factores de riesgo asociados a enfermedades colectivas.
- Mejorar el rol de rectoría y el ambiente regulador apropiado del Sistema de Salud Pública Nacional.
- Reducir la mortalidad y morbilidad asociada con las enfermedades colectivas.

Alcance programático: Los programas priorizados se definieron en el marco del Proyecto FESP para fortalecer la capacidad del sistema de salud en la ejecución de sus acciones, con el objetivo de prevenir y reducir la morbimortalidad asociada a enfermedades colectivas y enfermedades vectoriales.

Alcance territorial: 24 provincias (incluida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Destinatarios: Los destinatarios principales y directos son las personas que forman parte de los equipos de salud nacional y provinciales de los 10 programas priorizados del Proyecto FESP. El destinatario final es la población general.

PROYECTO FESP: Componente 3: Actividad de Salud Pública (ASP) “Sistema de información de Recursos Humanos”

Descripción

La función primordial de la metodología de este sistema de información es la vigilancia de las tendencias que inciden en la labor diaria de construir y definir las políticas de recursos humanos para el sector. Es también, por tanto, un espacio intersectorial que incluye a las áreas y actores de la formación, de regulación del

ejercicio profesional y de gestión del trabajo.

El Proyecto se orienta a reforzar el rol rector del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios de las Provincias, a través de una red de observatorios provinciales, y a construir capacidades en los equipos de gestión del área de recursos humanos, en articulación con la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.

Con este objetivo, se propone realizar un taller de medición de metas regionales en cada provincia, para iniciar la discusión sobre la importancia de la recolección, sistematización y divulgación de la información sobre formación, regulación y gestión del trabajo. Se transferirá metodología de relevamiento de datos y se comenzará la preparación del observatorio provincial.

Este taller promueve la instalación de nodos en cada jurisdicción que permitan realizar estudios e investigaciones sobre el campo de los recursos humanos, su dinámica, la evaluación de las políticas y las necesidades regionales.

La obtención de la línea de base provincial permite priorizar las intervenciones y, a nivel nacional, organizar las actividades de consultoría y capacitación para contar con recursos humanos idóneos y comprometidos.

Población Objetivo/destinatarios:

1. responsables de las áreas de RHUS, capacitación y regulación de la provincia. (Ministerios de Salud Provinciales).
2. responsables de las áreas de estadísticas (Ministerios de Salud Provinciales).
3. responsables del área de informática, comunicación y/ o responsables de la web del ministerio Provincial.

4. Referentes del área de formación de RHUS del Ministerio de Educación Provincial.
5. Referentes del área de gestión pública.
6. Consultor y técnicos de la DNCHYSO para coordinar el taller.

Unidad de medida:

Nodo del Observatorio Federal instalado y actualizado al menos dos veces al año con información provincial correspondiente a:

- Cantidad y distribución de recursos humanos de salud (en coordinación con el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino - SISA)
- Formación de trabajadores del equipo de salud
- Normativa sobre regulación y gestión del trabajo (en coordinación con Legisalud)
- Línea de base provincial realizada y publicada en la web del ministerio provincial en website "Observatorio federal de RH en salud"

Información obligatoria requerida para aprobación de la actividad:

1ª etapa

Línea de Base establecida: Medición de las 20 Metas Regionales de RRHH verificadas y consensuadas por los integrantes del taller y la autoridad local.

1. Publicación de la Línea de base, conjunto de datos mínimos de RRHH, materiales utilizados para el taller. Aquí se podrá optar por:
 - a. Si el Ministerio de Salud Provincial cuenta con web propia, puede decidir publicarla en ella, con link al Observatorio Federal
 - b. Si no tiene web, lo hará en la web del "Observatorio Federal"
2. Publicación dentro de los 30 días posteriores de realizado el Taller.

3. Nota de aprobación de la actividad por la Dirección Nacional de Recursos Humanos.

2ª etapa

Construcción de la Unidad del Sistema de Información Provincial

1. Desarrollo de la web Provincial, siguiendo el esquema del Observatorio Federal.
2. Capacitación de los equipos seleccionados para la Coordinación del equipo de trabajo.
3. Indicadores para el Sistema de Información Provincial. Se apoyará desde el equipo técnico de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional con recursos de infraestructura, software y asesoramiento metodológico para la construcción de los indicadores, a fin de hacerlos compatibles y comparables con los del O. Federal.
4. Recopilación y publicación en el website del Observatorio del 60% de los indicadores identificados en el Observatorio Federal Nacional, en un plazo **no mayor a 12 meses** de la publicación de la línea de base Provincial (Información sobre Formación de RHUS, Matricula, Técnicos en salud, Carrera Sanitaria, legislación Provincial).
5. Aprobación de la etapa por parte de la Dirección Nacional de Recursos Humanos.

3ª etapa

Actualización del Sistema de Información Provincial

1. Elaboración y publicación de una actualización semestral, como mínimo, sobre dos de los tres ejes del campo de Recursos Humanos.
2. La publicación de los indicadores en el observatorio Provincial será monito-

reada por la DNCHYSO y una vez aprobado se liberará el aporte en concepto de apoyo pautado para la finalización del relevamiento.

3. Aprobación de la actividad por la Dirección Nacional de Recursos Humanos.

Desarrollo de los Talleres de metas de recursos humanos en salud en Argentina.

Durante el período 2012-2014 se realizaron siete encuentros provinciales bajo la conducción de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional en el marco de la ASP “Sistema de Información de Salud” del Proyecto FESP I (Chaco, Córdoba, la Rioja, Tierra del Fuego, Chubut, Mendoza y Salta) y se terminaron 7 documentos de línea de base de RHUS en el marco de la misma ASP del Proyecto FESP II (Catamarca, Corrientes, Jujuy, La Pampa, Neuquén, San Luis Y Tucumán).

De la experiencia resulta posible generar aportes acerca de las políticas de fortalecimiento de los sistemas de información de recursos humanos en salud de las provincias.

Metodología:

La actividad consistió en cuatro momentos:

- 1) Sensibilización: Se realiza en las reuniones regionales o nacionales con los representantes de RHUS de las provincias, informándoles de la naturaleza y objetivos de la actividad, los resultados esperados, los tiempos organizativos y los criterios de financiamiento del Proyecto FESP. En este momento se acuerdan las metas y plazos de la tarea, configurándose así un cronograma anual de trabajo.
- 2) Transferencia de metodología para la búsqueda de datos y generación de información. La misma se desarrolla en encuentros con los equipos técnicos

provinciales en jornadas de capacitación en la provincia y encuentros virtuales vía WEB, donde se realiza asistencia técnica capacitante trabajando sobre borradores del documento.

Los temas principales tratados han sido:

- Manejo del manual de seguimiento y monitoreo de RHUS (OPS): comprensión de conceptos, uso y adaptación de indicadores, cumplimiento de metas, etc.
 - Fuentes de datos: ubicación en la estructura provincial de las fuentes primarias y secundarias de datos.
 - Generación de circuitos de información y recolección sistemática de información.
 - Desarrollos de aplicativos para la consolidación y análisis de datos.
 - Análisis e interpretación de los indicadores desarrollados.
- 3) Elaboración del Documento de Línea de Base de Recursos Humanos en Salud: Los equipos Técnicos provinciales presentan versiones preliminares de documento que son sucesivamente corregidos desde la DNCHYSO hasta el momento de la aprobación definitiva.
 - 4) Taller de metas provincial: El mismo consiste en la exposición por parte del equipo Técnico provincial del documento aprobado ante el conjunto de funcionario políticos de Salud provincial, entidades formadoras de recursos humanos involucradas y aquellos actores que la autoridad política provincial dispone.

La coordinación general de la actividad queda a cargo de la DNCHYSO y el taller consta de un momento de exposición y un momento de debate (comúnmente separado por Desafíos, pero puede variar por provincia).

Redacción del informe final: En base a las conclusiones del taller se elabora una

relatoría de la actividad, que también es aprobada por la DNCHySO como parte de la ASP.

Subir los documentos aprobado en la WEB del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud de Argentina: Una vez aprobados los documentos de línea de base y relatoría de la actividad los mismos se colocan en acceso público a través del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud de Argentina.

Actualización del documento de línea de base: Las provincia deben actualizar la información presentada en el documento por lo menos una vez al año.

Fortalezas y debilidades de la metodología aplicada.

Fortalezas:

- Generan intercambio positivo entre Nación y provincia y dentro de la provincia entre los distintos actores involucrados sobre la temática de recursos humanos en salud y la necesidad de información para la gestión.
 - Capacita, fortalece y consolida el equipo de trabajo local del área de gestión de recursos humanos de los ministerios. Deja asentadas prácticas sistemáticas de búsqueda y procesamiento de info de RHUS.
 - Genera visibilidad de los equipos de RHUS en el ministerio provincial.
 - Produce información útil para la gestión para la provincia y la Nación. Genera línea de base provincial y actualizaciones periódicas. Obtiene informaciones que no existen a nivel nacional y no se podrán conseguir con el SIISA.
 - No se puede resolver la problemática de información del sistema privado de atención. Pone en debate el “porqué y para que” resolverlo.
- Funciona como autoevaluación del rol y funcionamiento de la Unidad de RHUS del ministerio en cuestión.

Debilidades:

- El tiempo que se demora entre el primer y cuarto momento de la actividad es extremadamente largo.
- El generar una actividad pública, que permite confrontar datos de la gestión del gobierno provincial es visto con mucha preocupación por la posible utilización política del encuentro.
- La obtención de la información, así como la organización del evento es un trabajo que implica un equipo de no menos de cuatro personas a tiempo parcial durante los dos primeros momentos y completo durante los dos últimos. Esta es una limitante importante para la mayoría de las provincias, ya que sus equipos son generalmente menores y deben pedir colaboración con otras áreas. A su vez, el equipo tiene otras obligaciones que le demandan la mayor parte del tiempo, (capacitaciones, residencias) reflejando lo que algunas autoridades distritales marcan como prioritario.
- Los equipos organizadores deben lidiar con variables sobre las que no tienen control (se requiere del compromiso de otras áreas del ministerio, espacios y equipamiento dependiente de otras áreas, etc.)
- La utilización del Manual de la OPS genera la necesidad de una asistencia técnica intensa a fin de aclarar un gran número de dudas acerca de las categorías expresadas, la aplicación de los indicadores a nivel local, las fuentes de datos, la comparabilidad de indicadores entre jurisdicciones. El lenguaje técnico del manual y los indicadores presentados no ayudan ya que en muchos casos han sido confeccionados para una realidad de la región de las Américas totalmente

diferente a la de las provincias de Argentina.

- Esto último también genera cierta desconfianza en las autoridades políticas quienes ven en esta actividad una finalidad excesivamente técnica y sin relación con sus objetivos de política sanitaria.

Reflexiones sobre la práctica de los talleres

En función de lo anteriormente expuesto, podemos decir que los talleres se pudieron realizar en aquellas provincias donde, en el nivel político y técnico, había una importante valoración de la necesidad de información para gestionar RHUS y un equipo comprometido y con cierta fortaleza para hacerlo.

En estos lugares el taller tuvo éxito y fue muy valorado por los actores involucrados.

En aquellos lugares que esta condición previa no se dio, los talleres se suspendieron en forma sucesiva (contabilizando más de diez suspensiones o retrasos de fechas de talleres).

Los talleres generan una carga de trabajo excesiva para las capacidades de la mayoría de los equipos de las jurisdicciones.

El carácter abierto de las reuniones conspiró contra la realización de los talleres.

En vista de lo antedicho, se propuso reconfigurar esta actividad para lograr resultados en todos los distritos, tendiendo a procesos con menos exigencias desde lo organizativo, menor visibilidad política y apuntando a la generación de información más sencilla y fácil de recabar.

Resultados Alcanzados

Desafío 1: Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud.

Meta 1: Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de RHUS de 25 x 10.000 habitantes.

Argentina posee una importante cantidad de RHUS. Solo la cantidad de médicos es de 166.187, o sea 39 médicos por 10.000 habitantes². En ese sentido la meta de 25 profesionales de salud por 10.000 habitantes es muy baja para el país, lo cual genera que todas las provincias cumplan la metas al 100 %, dificultando de esa manera el análisis más profundo de esta dimensión.

Por otro lado, la elección de médicos, enfermeras profesionales y licenciadas y obstétricas, deja por fuera a un importante número de profesionales de la salud (Psicólogos, Trabajadores sociales, nutricionistas, etc.) que, en Argentina cumplen un importante rol en el cuidado de la salud, especialmente en la Atención Primaria de la Salud.

Un problema de registros que afrontamos (al igual que el SIISA) es que no se toma el número de médicos sino el número de matrículas por jurisdicción. Recordemos que en Argentina, para ejercer una profesión de las que integran el equipo de salud no alcanza con poseer un título que certifique un proceso de formación, sino que cada profesional debe estar registrado por la autoridad competente en la jurisdicción en la que se quiera ejercer. Dicha autoridad entrega una matrícula que

es habilitante para el ejercicio profesional. Las instituciones encargadas de la matriculación varían en cada jurisdicción y en cada profesión, pudiendo tratarse del ministerio de salud provincial o los Colegios de Ley. Así, encontramos un amplio abanico de posibilidades en una misma jurisdicción o una misma profesión en varias jurisdicciones.

Este hecho nos hace suponer que el número de matrículas de una jurisdicción es mayor (en un porcentaje aún no determinado) que el número de médicos que en ella están trabajando en el período en cuestión.

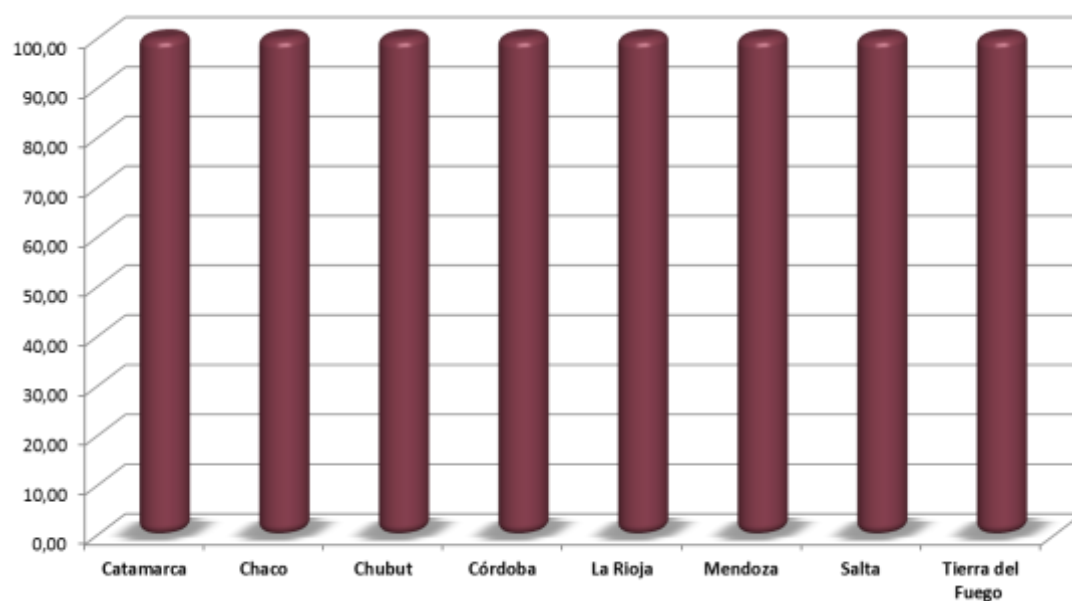
Este problema no se da en los profesionales que trabajan en Sistema Público de Salud, el cual cuenta con registros actualizados y confiables.

Por estas observaciones, en las provincias relevadas se tomaron ambos datos, generándose indicadores generales y del sistema público. A su vez, en estos últimos se cruzó como denominador a la población total y a la población sin cobertura formal de salud (destinatario privilegiado del sistema público), permitiendo observar las diferencias relativas de oferta de servicios entre las poblaciones citadas según provincias. Siendo este un indicador de fortaleza o debilidad del sistema de salud público en el marco del sistema de salud general.

En el *Gráfico 3* se puede observar la heterogeneidad de densidades de RHUS según las provincias, no aparentando que las diferencias sean regionales (si bien deben completarse más provincias para confirmarlo). Se puede destacar que ninguna presenta densidades menores a 40 profesionales matriculados por 10.000 habitantes y que el promedio es de 57 por 10.000.

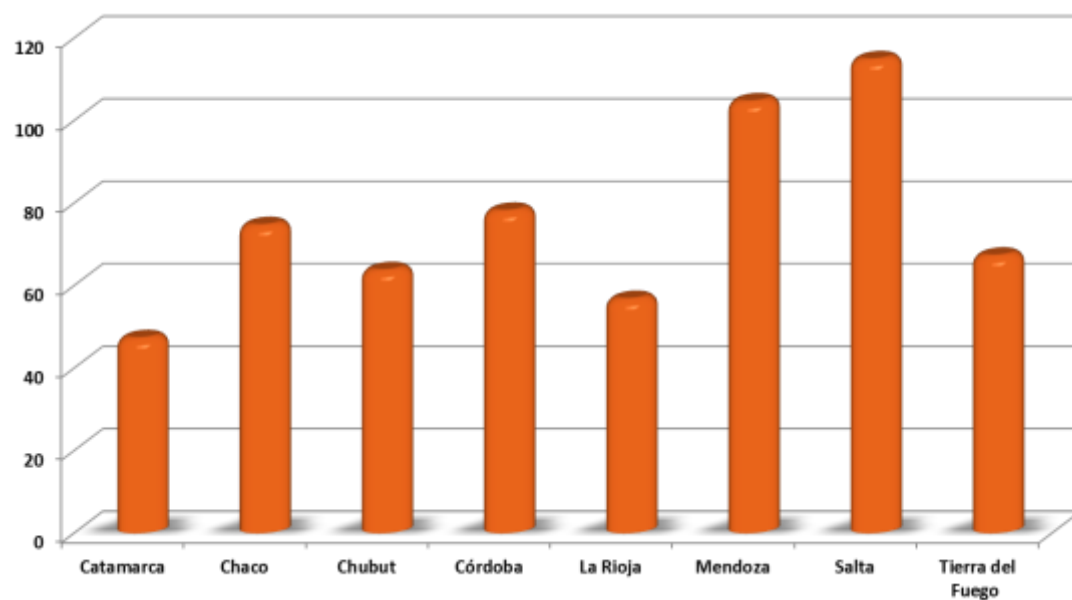
² Datos de Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) al 31-12-2013.

Grafico 1 / Cumplimiento Meta 1 / Densidad de RHUS por 10.000 habitantes (según matriculas) en porcentaje.



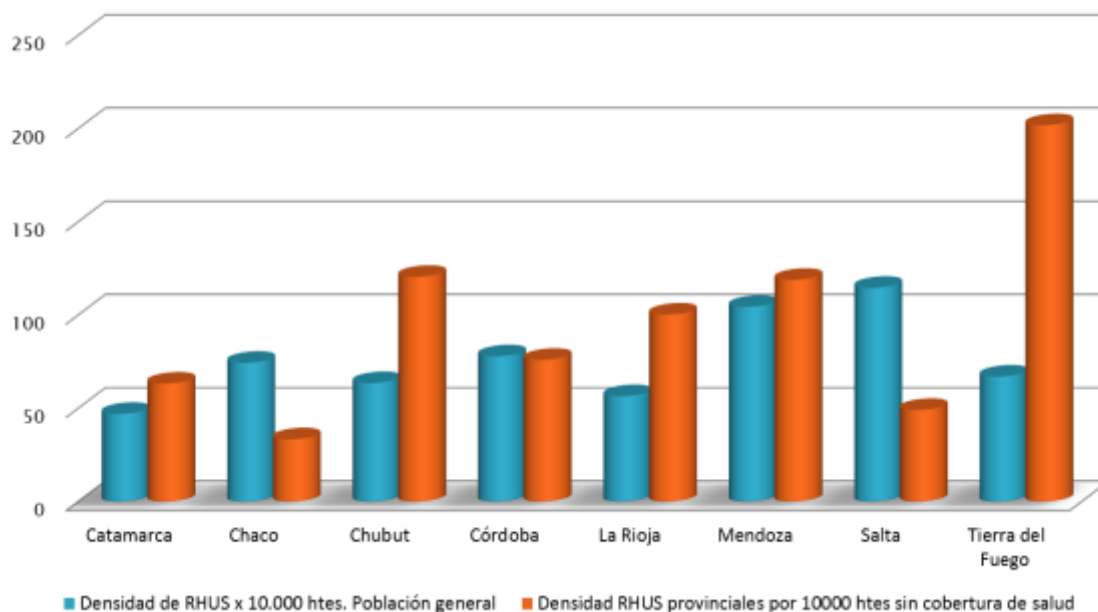
Fuente: Talleres provinciales

Grafico 2 / Densidad de RHUS por 10.000 habitantes (según matriculas)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 3 / Densidad de RHUS público y privado por población general y RHUS público por población sin cobertura de salud / Argentina 2013



Fuente: Talleres provinciales

Meta 2: Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.

Desde hace más de 35 años Argentina desarrolla planes basados en la Atención Primaria de la Salud en sus provincias, especialmente en áreas periurbanas y rurales. En las últimas dos décadas se ha ampliado la cobertura de las áreas urbanas. Sin embargo, el desarrollo de legislación favorable e importantes avances de la APS en las estructuras gubernamentales del área de salud, la distribución del RHUS no pareciera seguir homogéneamente esta tendencia.

En relación con este indicador una dificultad importante se ha dado en la definición de médico de APS ya que la definición del Manual de Seguimiento y Monitoreo da lugar a variadas interpretaciones. Así algunas provincias prefirieron designar APS a los trabajadores de centros de salud sin internación, otras valorizan el rol de los consultorios externos de los hospitales en la APS y esto es importante cuando nos referimos a hospitales en poblaciones medianas y pequeñas, en muchos casos

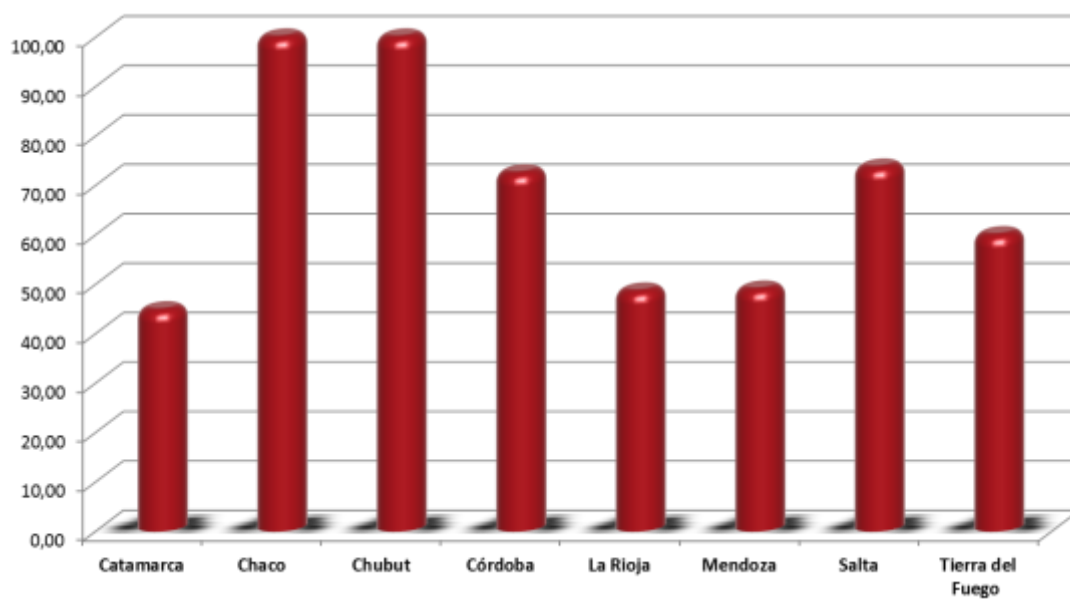
semirurales. Debido a esto nuestra recomendación ha sido trabajar desde la visión integral que cada provincia tiene de su sistema de salud en relación a la APS, aún a riesgo de tener dificultades en la comparación de cumplimiento de metas.

Otro problema relacionado es la característica de trabajo a tiempo parcial de los médicos en los efectores del primer nivel de atención, que puede ocasionar una sobre estimación de oferta médica en esos efectores.

Existe unanimidad al considerar que los sistemas de atención privada de la salud no realizan acciones en el marco de la APS y que se carece de información sistemática de como se comporta la seguridad social al respecto.

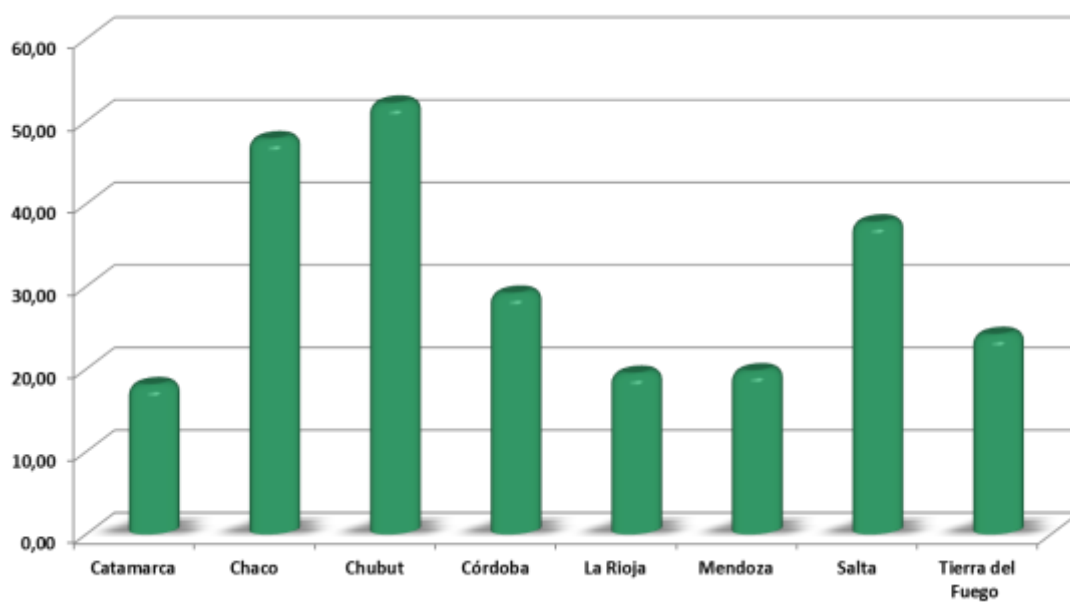
Respecto a la relación entre el cumplimiento de las metas y el indicador objetivo de porcentaje de médicos en APS no se observan diferencias, pero en nuestra opinión en el nivel subnacional el indicador directo permite trabajar mejor estrategias a corto plazo.

Gráfico 4 / Cumplimiento Meta 2 (en porcentaje).



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 5 / Médicos en APS(en porcentaje).



Fuente: Talleres provinciales

Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerable y movilizar redes de la comunidad.

La meta 3 hace especial hincapié en cuestiones relacionadas a la cobertura poblacional, especialmente de grupos vulnerables y el alcance de dicha cobertura. En la práctica, la mayoría de las provincias han relevado este indicador a través de entrevistas a informantes claves por no poseer información objetiva de cobertura, general ni específica por grupo. Es un hecho que todavía Argentina tiene problemas para la nominalización de la población cubierta por servicios de APS y en el caso que exista, no hay sistemas de información que puedan consolidar esos datos.

En relación con la definición a su vez, resulta contradictorio establecer objetivos de

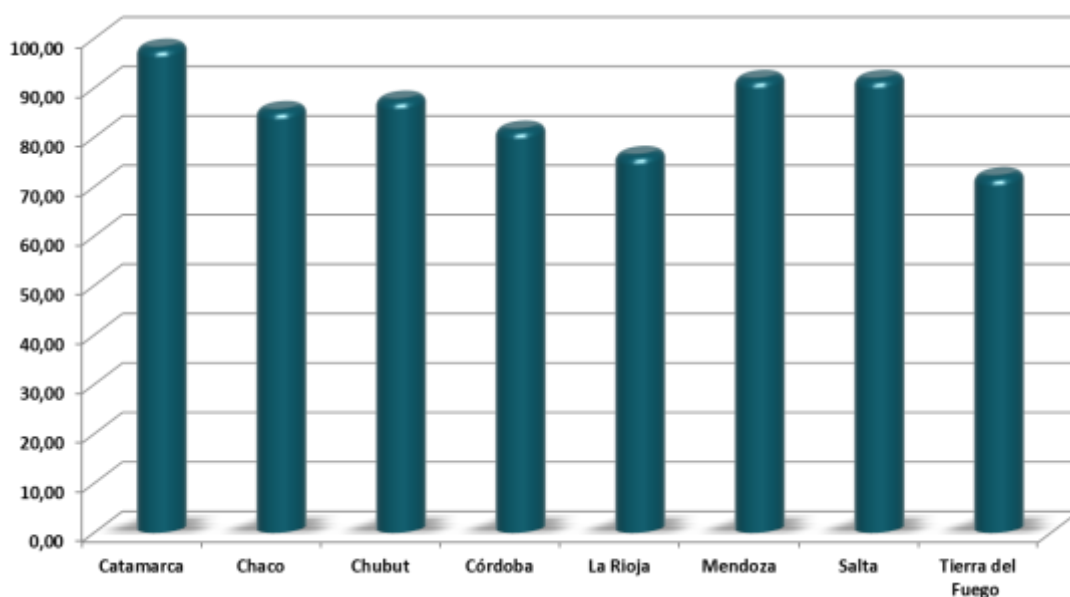
cobertura universal y medir cobertura focalizada hacia sectores vulnerables. Las preguntas sobre coberturas específicas generalmente son contestadas en forma afirmativa ya que, en más o en menos, todos tienen algún programa que los incluye, sin aclarar el alcance de dicha cobertura.

Creemos que la información recolectada por informantes claves debe ser reemplazada por métodos cuantitativos de evaluación de cobertura y competencias profesionales.

Por todas estas razones, consideramos que la Meta 3 esta sobreestimando la cobertura y competencias reales de los equipos de APS de las provincias.

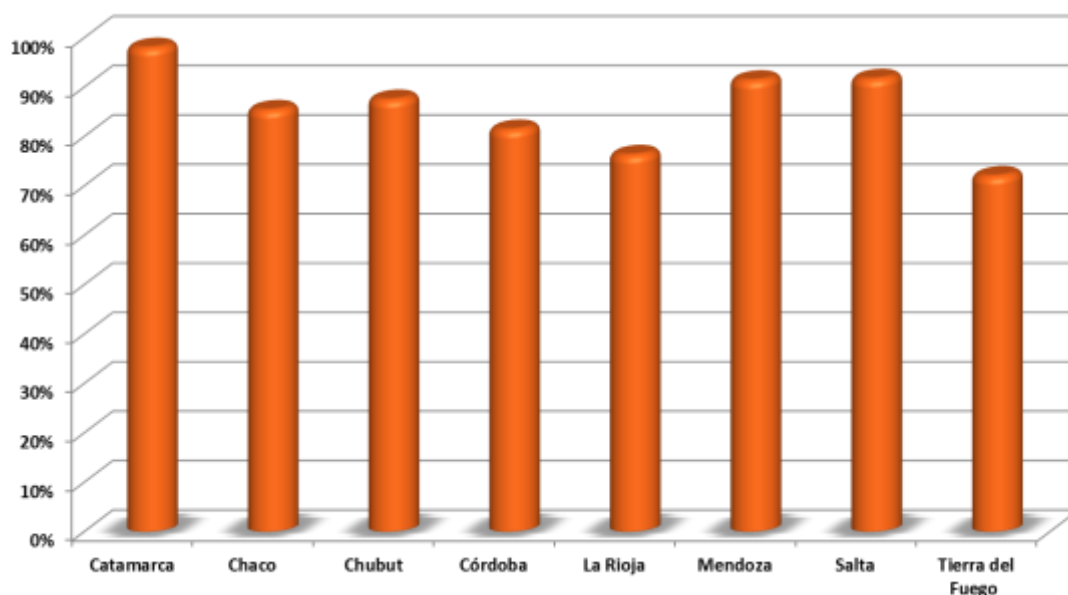
En esta meta no encontramos diferencia entre meta o indicador como instrumento de trabajo. Es nuestro objetivo mejorar la capacidad de medición de competencias de los equipos de APS asociando a este indicador elementos objetivos de cobertura poblacional general y específica.

Gráfico 6 / Cumplimiento Meta 3 / Encuesta de Cumplimiento (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 7 / Encuesta de Competencias de los Equipos de APS (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.

La temática de enfermería es de suma importancia en Argentina. Son múltiples los trabajos que intentan dar cuenta de la real situación del sector, ya que generalmente falta información confiable. Pese a ello es generalizada la sensación de que faltan enfermeras y se ha llegado a plantear la “emergencia” en el sector.

La valoración de enfermería en comparación con el personal médico es de vieja data y ha sufrido transformaciones en el tiempo, desde la recomendación de la relación 4:1 a la actual de 1:1 todavía no parece haber un acuerdo relativo a la cantidad de enfermeras por habitante o, eventualmente por equipo de APS.

En ese sentido, en Argentina, que como ya se ha mencionado posee una cantidad de médicos por habitantes similar a la de algunos países europeos, la relación es muy diferente según el subsector del sistema de salud del cual nos ocupemos.

Así, si observamos el sistema en su conjunto vemos un desarrollo muy heterogéneo por provincia, no teniendo, en apariencia, relación con indicadores de Desarrollo Humano o económico.

Sin embargo, si miramos el indicador desagregado y comparamos el general (que suma público y privado) con el sistema público, podemos apreciar que la relación cambia radicalmente según el subsector. Esto nos lleva a dos perspectivas: En primer lugar la brecha existente en el sector público no solo es menor sino que en algunos casos supera la meta, permitiendo focalizar correctamente las provincias donde se deben realizar los mayores esfuerzos. En segundo lugar, se observa que en el sector privado el desbalance es mayor y motivo de fuerte preocupación (Gráfico 9).

Complementando el análisis, la recolección de datos asociados nos permitió generar información que nos servirá para la planificación de acciones en el campo de la enfermería

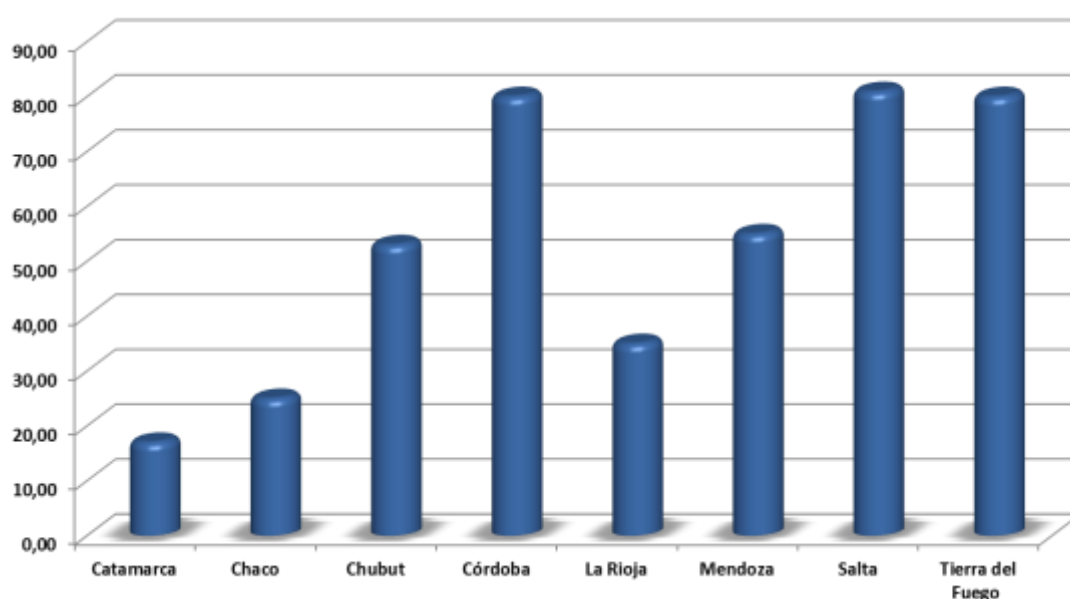
En Argentina, las enfermeras profesionales y licenciadas en enfermería, quienes

cuentan con la calificación considerada adecuada para la atención sanitaria de calidad, suman un total de 93.102. Ello arroja una relación país enfermero/médico de 0,56/1, que marca la necesidad de orientar acciones para incrementar la formación de enfermería.

Si incluimos a las auxiliares de enfermería, que entre todas las jurisdicciones suman 86.073³, podemos ver claramente que la profesionalización de dicho recurso permitiría alcanzar la meta de 1:1 en aquellas provincias que no lo han hecho y mejoraría sustantivamente la relación en las otras jurisdicciones.(Gráfico 10).

En una hipótesis de profesionalización del 100 % de las auxiliares existentes hoy en día, el cumplimiento de la meta 4, para el subsector público, quedaría cumplida en casi todos los casos.

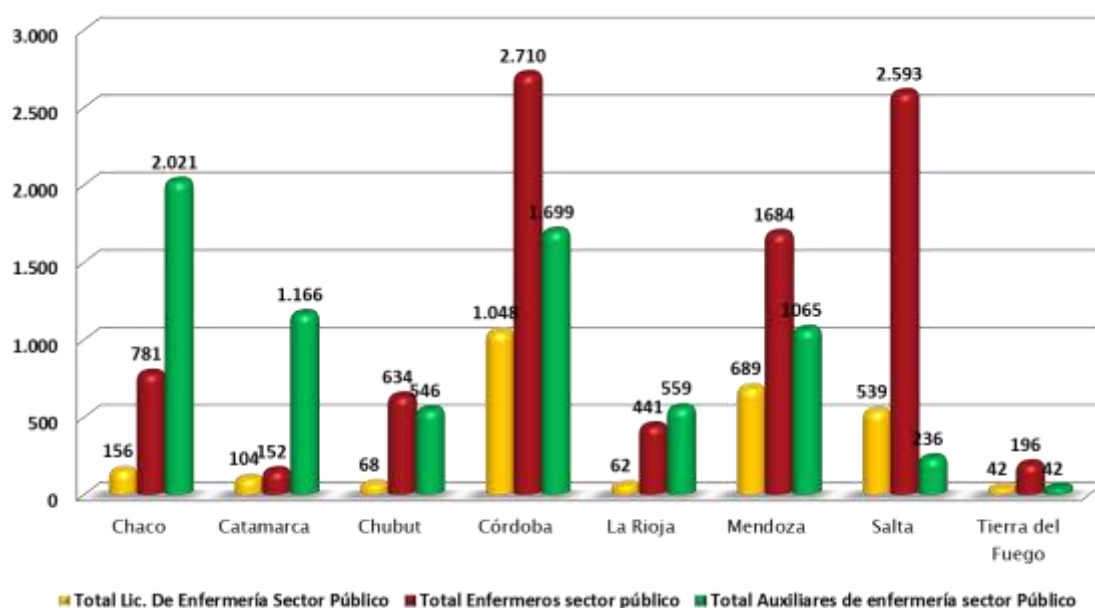
Gráfico 8 / Cumplimiento Meta 4 Enfermeras calificadas /médicos 1:1 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

³ Ambos datos corresponden a la REFEPS, al 31-12-2013.

Gráfico 9 / Cantidad de profesionales de Enfermería Sector Público según provincia y nivel de formación



Fuente: Talleres provinciales

Meta 5: Todos los países de la región habrán establecido una unidad de RHS responsable del desarrollo de políticas y planes, definición de la dirección estratégica y negociación con otros sectores, niveles de gobierno.

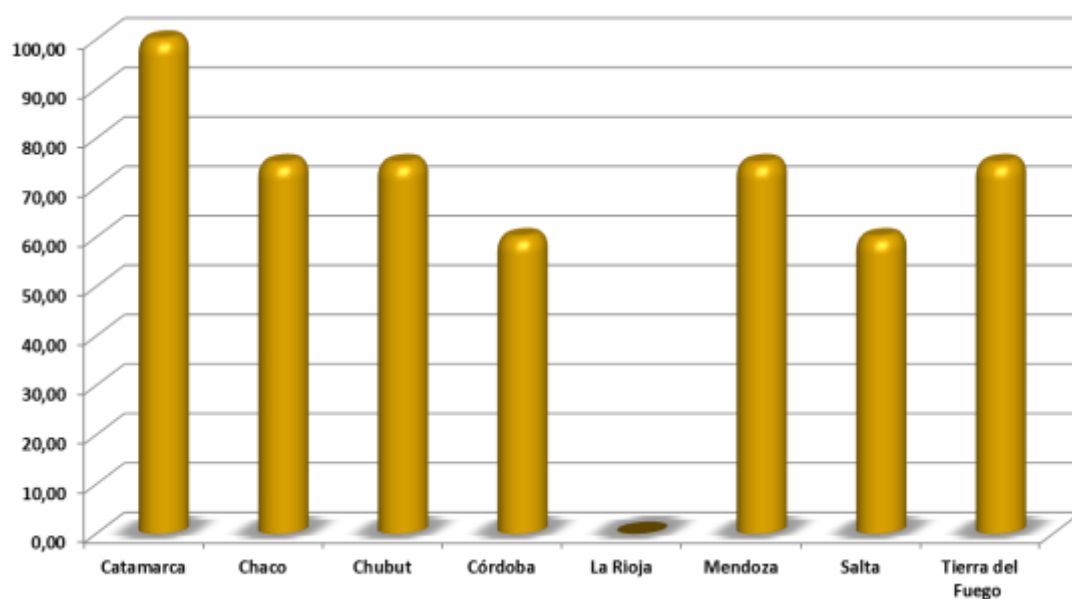
El desarrollo histórico de las unidades de RHUS ha sido muy desperejo en Argentina. Esas disparidades se reflejan en las conformaciones de los equipos de trabajo y las funciones que se le asignan.

Sin embargo, el sistema de recolección de datos de la meta 5 (entrevista a informantes claves) no parece reflejar exactamente la situación real de estas unidades, dado que

la mayoría presenta porcentajes elevados, cuando en la práctica, la evidencia muestra que dichas unidades tienen problemas de recursos humanos, sistemas de información y su inserción en la decisión política sobre RHUS no es protagónica. Un caso particular es la provincia de la Rioja, que al no tener oficializada un área de RHUS, definió el cumplimiento de la meta como “0”.

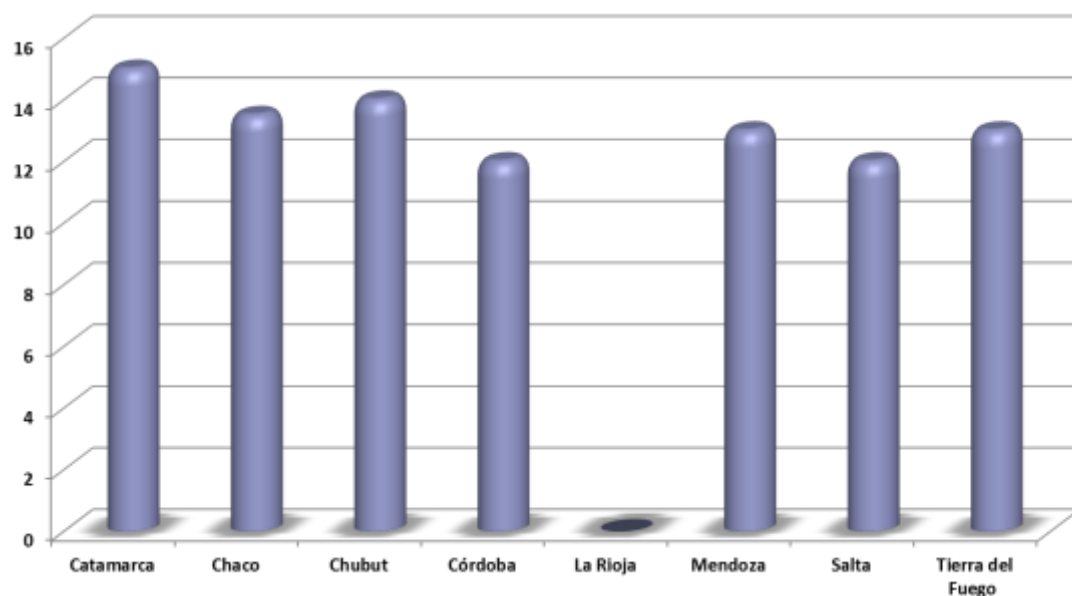
De todas formas, este es el contraste de cómo cada unidad se percibe y como es percibida por otros. Este es un tema a trabajar con los equipos y las autoridades de las jurisdicciones.

Gráfico 11/ Encuesta de Cumplimiento Meta 5 Unidad de RHUS



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 12 / Unidad de RHUS (en puntaje sobre 16)



Fuente: Talleres provinciales

Desafío 2: Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

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.

La diferencia de distribución del RHUS entre áreas urbanas y rurales es un tema de agenda permanente en las provincias del interior de Argentina.

La medición de esta meta se encontró con dos inconvenientes principales: en primer lugar, uno de definición: si bien el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) define como área rural a toda población con menos de 2.000 habitantes, esta definición no siempre resulta útil a los fines de las áreas de salud, ya que por cuestiones de accesibilidad geográfica, de transporte o económicas, la distribución del RHUS en áreas rurales y semirurales se definen de otra manera. Por otro lado, es común que efectores de salud que se ubican en áreas urbanas compartan RHUS con áreas periurbanas (por definición INDEC rurales), lo cual dificulta unificar criterios de asignación de recursos.

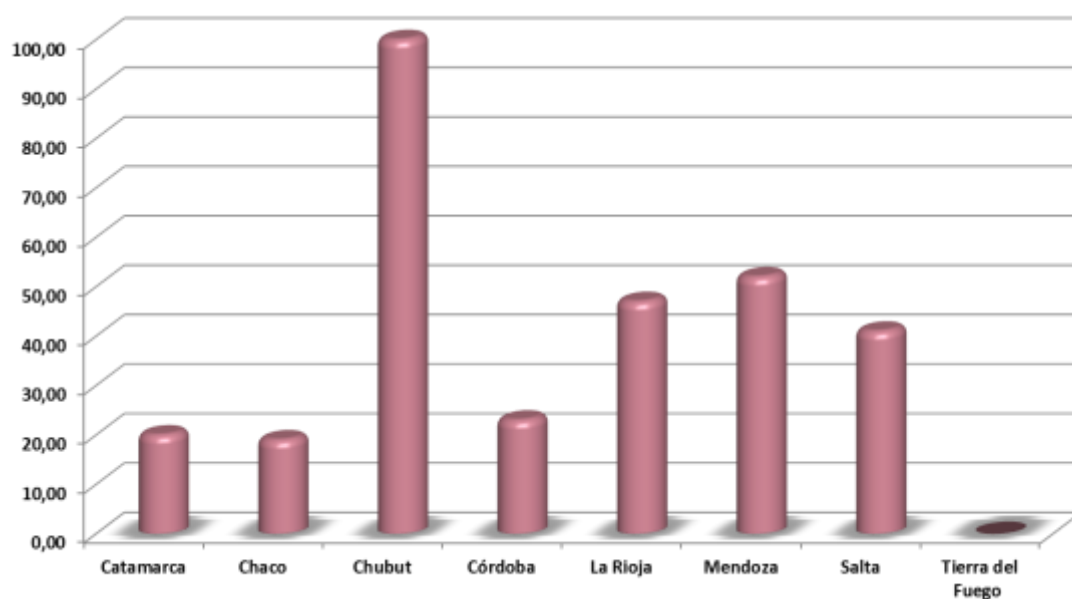
Otro problema fue la falta de una línea de base previa que permita hacer comparaciones en el tiempo. Por ello se decidió tomar esta medición como línea de base y la diferencia entre esta y el objetivo de relación 1:1 rural/urbana como cumplimiento de meta.

Los resultados muestran una significativa desigualdad de densidades a favor de lo urbano, salvo en los casos de la Patagonia, por la relativa falta de población rural.

Se puede observar que, por lo antedicho, no hay diferencias entre el cumplimiento de metas y el indicador en números absolutos.

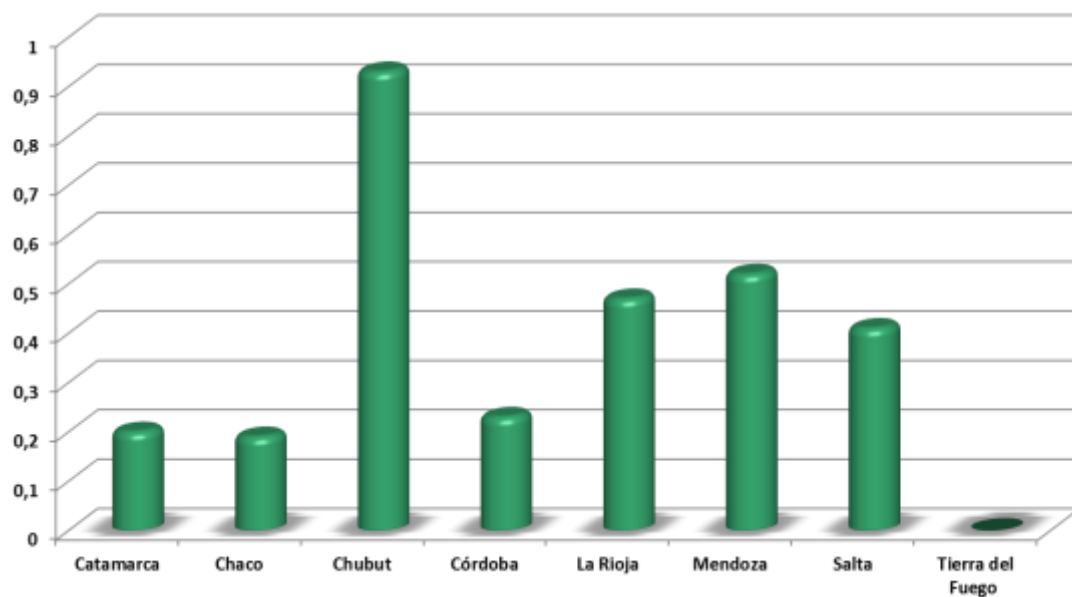
En relación a las causas planteadas de esta brecha, en general se acuerda que la falta de recursos educativos y dificultades para la vida cotidiana que plantean los lugares rurales genera un desinterés en el personal profesional. Los incentivos económicos moderados (como los que usualmente se ofrecen por “desarraigo”) no alcanzan a compensar las desventajas y el personal destinado abandona el cargo al poco tiempo. Cabe pensar en estrategias de rotaciones de corto plazo o altos incentivos económicos. Otra estrategia es la formación de la propia comunidad, para lo cual es necesario plantearse “cupos protegidos” en las escuelas de salud, con políticas de apoyo concreto con becas, alojamiento y tutorías pedagógicas.

Gráfico 13/ Cumplimiento Meta 6 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 14 / Distribución de densidades Rural-Urbana del RHUS



Fuente: Talleres provinciales

Meta 7: Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.

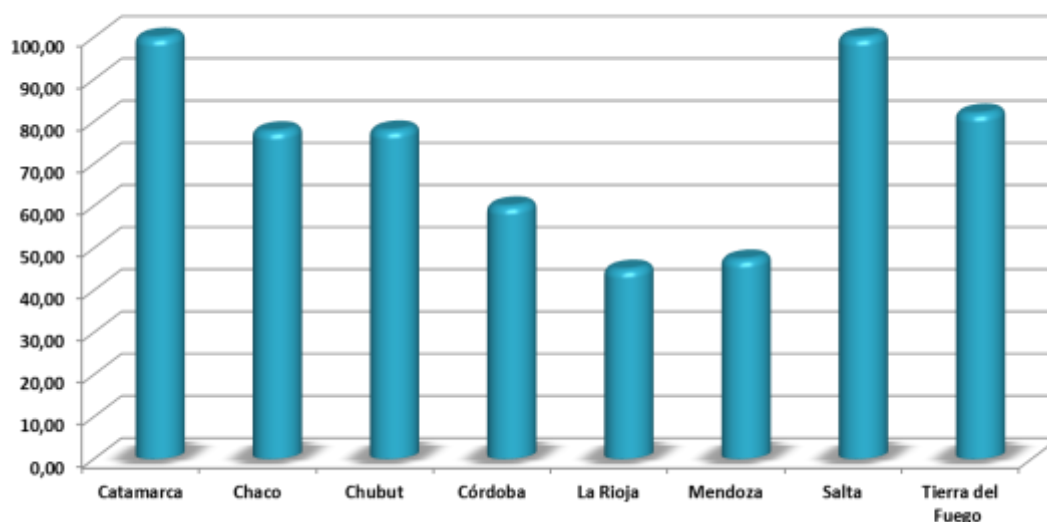
Al igual que en las metas 3 y 5, esta meta se confecciona a través de informantes claves. La determinación de las competencias adquiridas por los equipos es muy subjetiva, en función del informante clave elegido. Cabe señalar que en las provincias citadas el personal no entra originalmente al sistema por concurso, por lo que no hay un requisito previo de competencias específicas por cargo. Por otro lado, es importante aclarar que competencias interculturales no se refieren exclusivamente a aquellas que nos permiten trabajar con pueblos originarios, ya que en Argentina se interpreta esta meta así lo cual, a veces, generó subregistro.

El *Gráfico 15* muestra el carácter heterogeneo de la medición de la meta 7. En nuestra opinión es poco comparable interprovincialmente debido a los dispares criterios y evaluaciones utilizados.

Algunas provincias han incorporado la evaluación de desempeño en la carrera profesional, realizada por sus autoridades inmediatas (son minoría en el país).

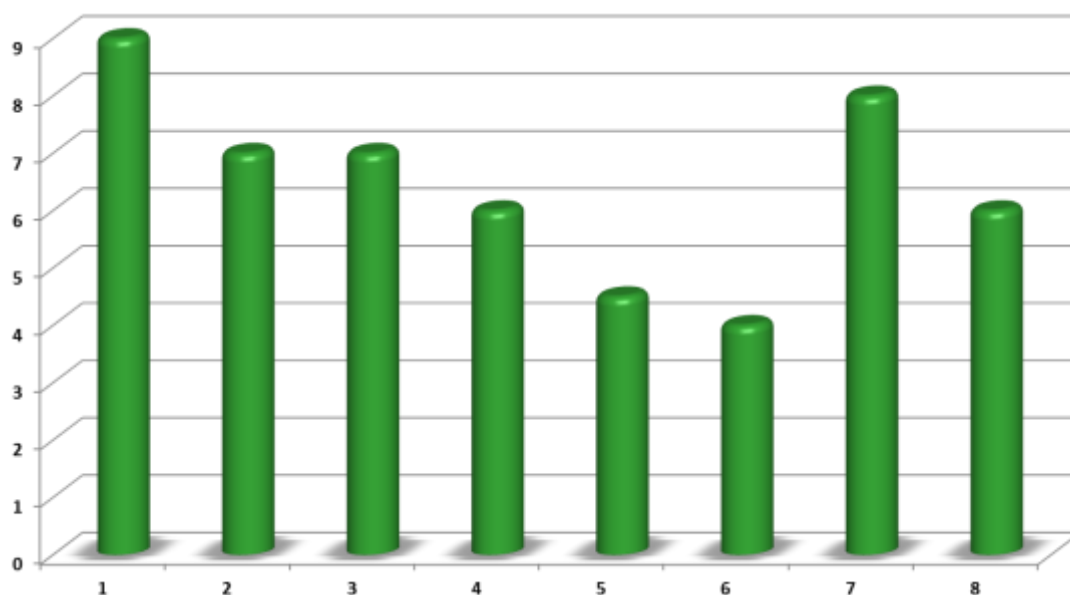
Es importante sensibilizar al resto de los referentes provinciales sobre la necesidad de generar un sistema permanente de evaluación de desempeño para identificación de necesidades de capacitación. El mismo debería tener características de evaluación en servicio, con criterio objetivos de evaluación y en relación con los requisitos del puesto (lo que implica determinar estos previamente).

Gráfico 15 / Cumplimiento Meta 7 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 16 / Competencias en salud Pública de los trabajadores de APS



Fuente: Talleres provinciales

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.

En esta meta encontramos el mismo problema que en la anterior: distintos criterios de evaluación y falta de requisitos por puesto de trabajo. A esto hay que agregar una dificultad adicional, ya que aquí se están mezclando categorías que, en términos de fuerza de trabajo, en Argentina son bien diferentes: por un lado las auxiliares de enfermería, un Recurso Humano con una formación de nueve meses (nivel Formación Profesional I), por otro los técnicos en salud, Técnicos superiores con una formación mínima de tres años (nivel Educación superior no universitaria o universitaria) y finalmente los agentes comunitarios de salud que actualmente no tienen un nivel de formación equivalente en todo el país (en general es formación profesional nivel I, pero varía de provincia a provincia).

Estas diferencias marcan que los requisitos (competencias) por puesto de trabajo son muy diferentes y sus necesidades de capacitación también lo son. Por lo tanto el agruparlos no parece conveniente a la hora de definir estrategias de desarrollo de RHUS.

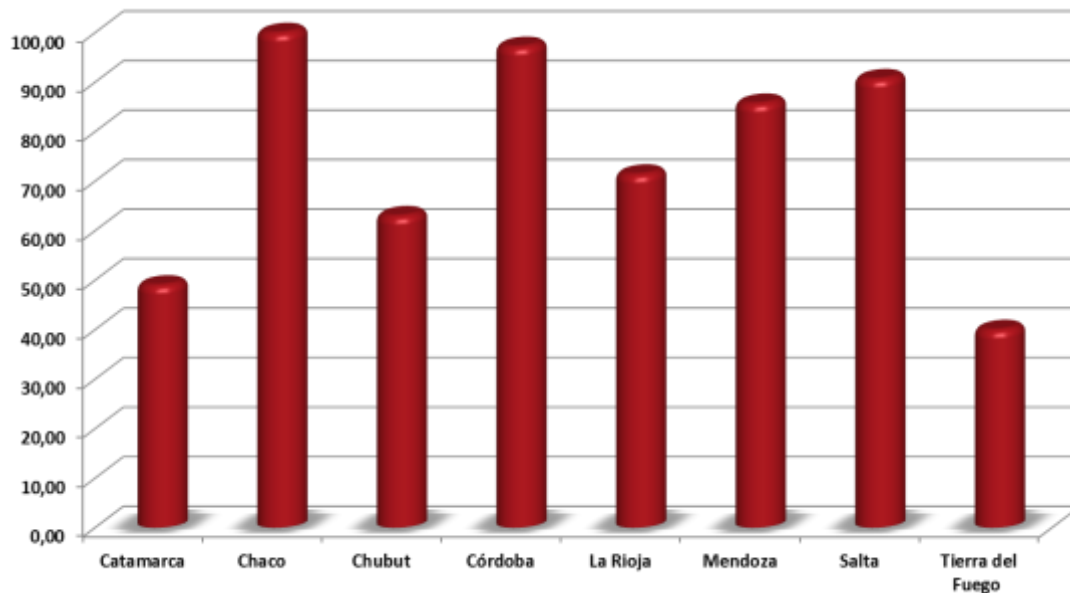
Los resultados encontrados difieren entre provincias por los problemas citados y, en este caso, denotan el déficit de registro de las capacitaciones que tanto el profesional de grado como el auxiliar o técnico tienen. No existe un sistema de registro de capacitaciones (ni de las individuales ni de las realizadas propiamente por el Estado Provincial o Nacional). Encontramos una interesante experiencia en la Provincia de Córdoba: allí la carrera profesional hospitalaria incorpora de forma obligatoria las capacitaciones realizadas y esto genera puntaje para el ascenso en la carrera. Esto genera un estímulo positivo tanto para la capacitación como para el registro del mismo en la base de datos provincial.

Los resultados vuelven a mostrar heterogeneidad en los resultados, en función de las respuestas por informantes claves.

Respecto a la realización de encuestas, ya sea censales o muestrales, son de suma dificultad para las jurisdicciones debido al escaso personal disponible para la realización del documento de línea de base. Es importante

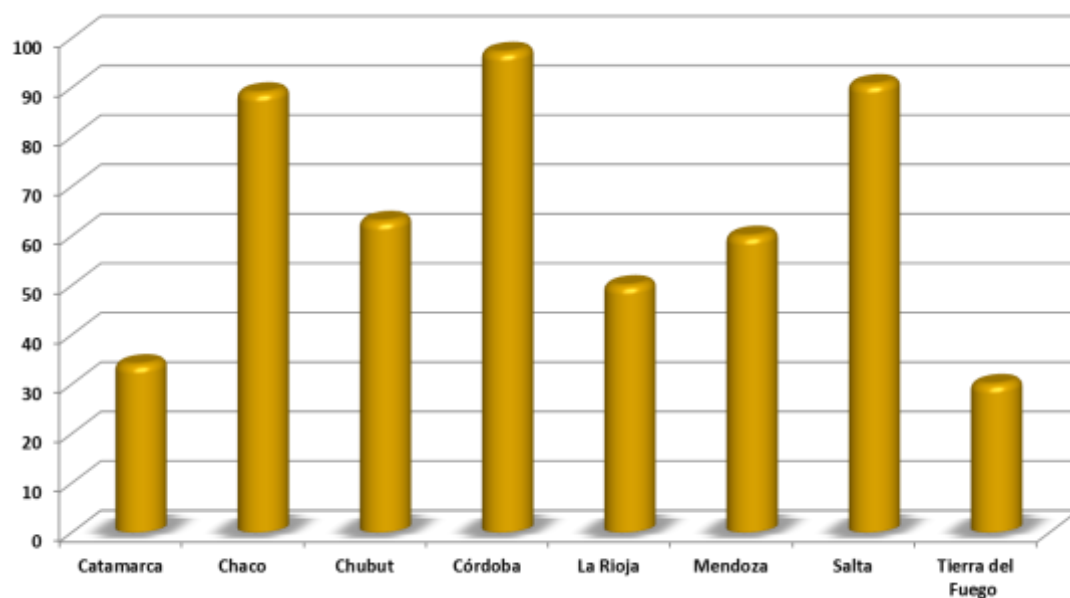
sensibilizar al resto de los referentes provinciales sobre la necesidad de generar un sistema de registro permanente de capacitaciones del RHUS, atado a su desarrollo en la carrera.

Gráfico 17/ Cumplimiento Meta 8 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 18 / Competencias de los auxiliares, técnicos y agentes comunitarios de salud (%)



Fuente: Talleres provinciales

Meta 9: El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.

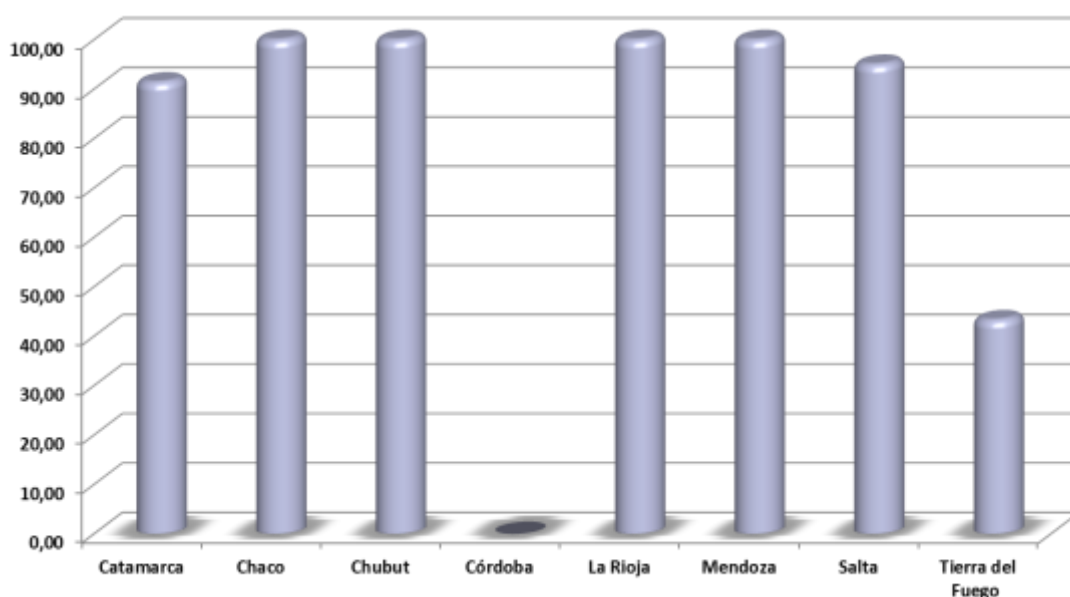
La meta 9 nos presenta una dificultad de registro ya que en ninguna provincia el legajo personal del empleado registra la localidad de nacimiento del RHUS. Generalmente se registra la provincia y, a veces, el departamento. Por lo tanto el indicador de esta meta se construyó tomando a la provincia como lugar de nacimiento.

Así, los resultados muestran que en general en la mayoría de las provincias su fuerza de trabajo es oriunda de la propia provincia. Un estudio más pormenorizado muestra que aquellas provincias que menos instituciones formadoras de RHUS tienen son las que menos fuerza de trabajo oriunda tienen.

Merece especial atención la provincia de Tierra del Fuego (la más joven de las provincias Argentinas) ya que la mayoría de su población no es nativa de su provincia y su indicador lo muestra claramente.

Otro aspecto a desarrollar en este punto es que es evidente que la brecha encontrada entre densidades de RHUS rurales y urbanas tiene en su génesis la falta de personal oriundo de su localidad, esto debido a la dificultad de formación local por problemas de accesibilidad geográfica, cultural y económica. Se plantea nuevamente la necesidad de generar ofertas educativas “protegidas” para estas poblaciones, que tiendan a disminuir estas barreras al acceso y a promover trayectorias exitosas que deriven en recursos humanos adecuados en áreas rurales.

Gráfico 19 / de Cumplimiento Meta 9 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Desafío 3: Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración puedan conser-

var su personal de salud y evitar carencias en su dotación.

No aplica para la medición de línea de base provinciales.

Desafío 4: Generar ambientes de trabajo saludables 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.

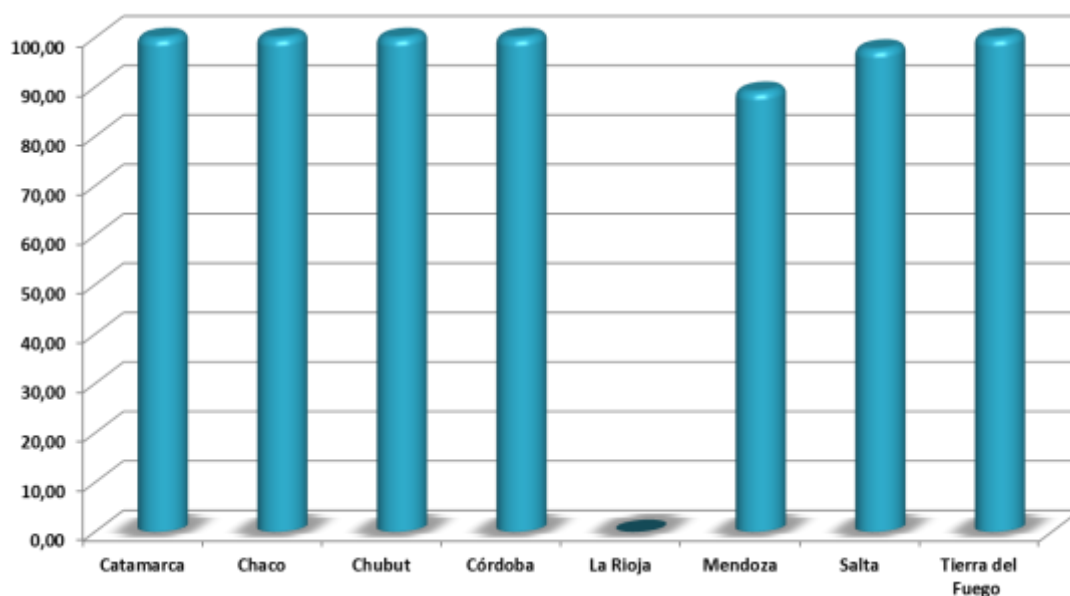
El registro de este indicador se ha realizado solo para el subsector público, pues al igual que la mayoría de las metas, se desconoce la situación de los subsectores privado y de obras sociales. El mismo presenta como problema la falta de línea de base previa para indicar el descenso indicado (salvo un par de provincias). Por otro lado, el

indicador solo expresa una relación entre empleo precario y formal. De esta manera se tomó como indicador el porcentaje de empleo precario existente a la fecha y según la provincia dos criterios: 1) Tener empleo precario por debajo del 5 % de la nómina y 2) haber realizado políticas que generaron descenso de la tasa en más del 50 %.

Así podemos observar que las provincias del Chaco, Mendoza y la Rioja presentaron políticas activas de reducción del empleo precario, aunque actualmente todavía conserven valores altos de tasa. En el caso de las otras provincias, sus políticas son de mayor data y se encuentran por debajo del 5 %.

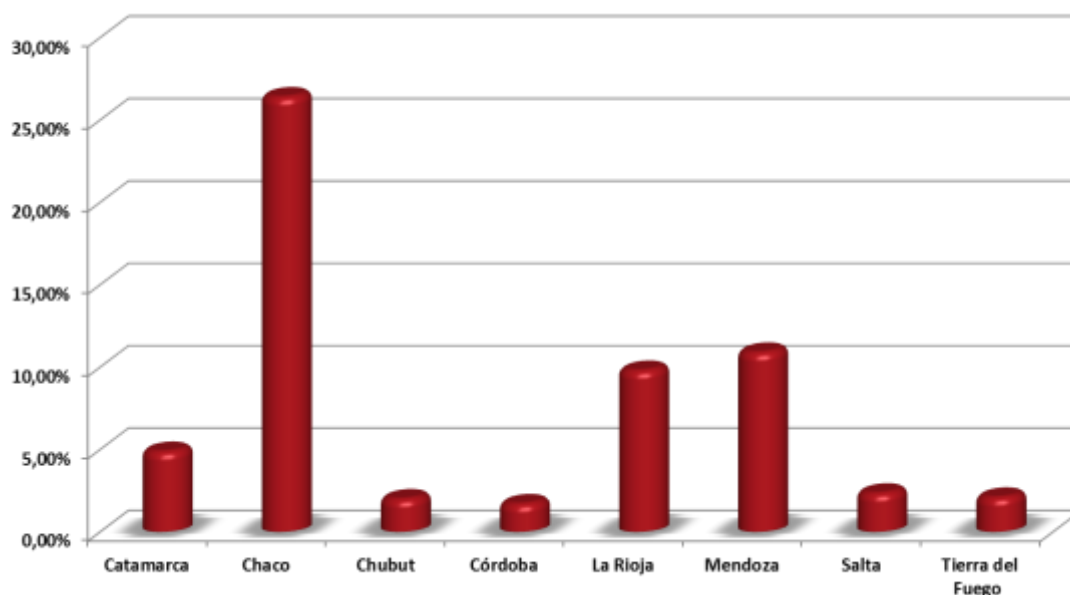
En nuestra lectura, los resultados muestran que este no es un problema de políticas de RHUS en Argentina.

Gráfico 20 / Cumplimiento Meta 13 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 21 / Encuesta sobre empleo precario



Fuente: Talleres provinciales

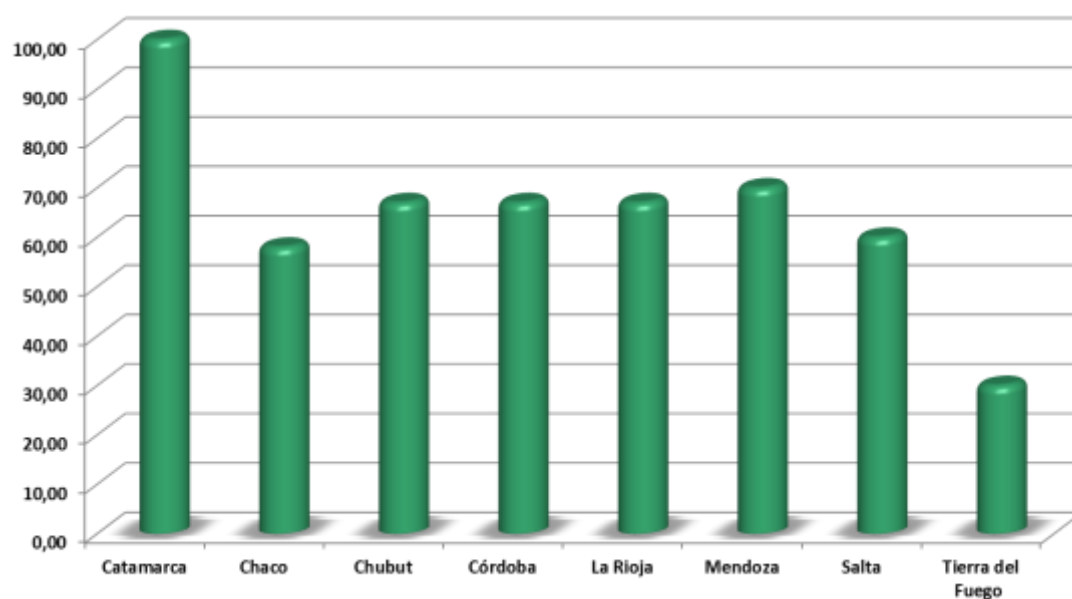
Meta 14: 80% de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.

Este indicador también se realiza por entrevista a informantes claves de los ministerios. El resultado resalta que la mayoría de los trabajadores del sistema público de salud está cubierta por

legislación apropiada y cobertura de aseguradoras de riesgo de trabajo y cobertura social.

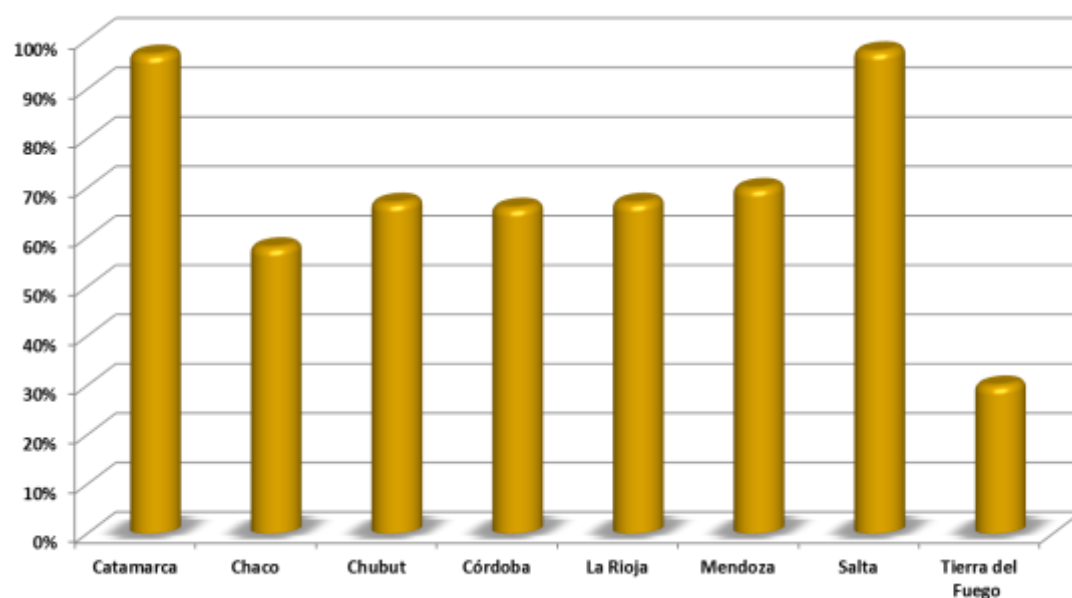
Las diferencias se dan en el cumplimiento efectivo de las normas y equipamientos de seguridad en las instituciones públicas (del privado, nuevamente, no se tiene información). Por lo tanto los niveles intermedios de cumplimiento de metas se deben fundamentalmente a la falta de cobertura y no a la inexistencia de normas.

Gráfico 22 / Cumplimiento Meta 14 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 23 / Políticas de Salud y Seguridad para trabajadores de salud



Fuente: Talleres provinciales

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 ellos las de carácter ético.

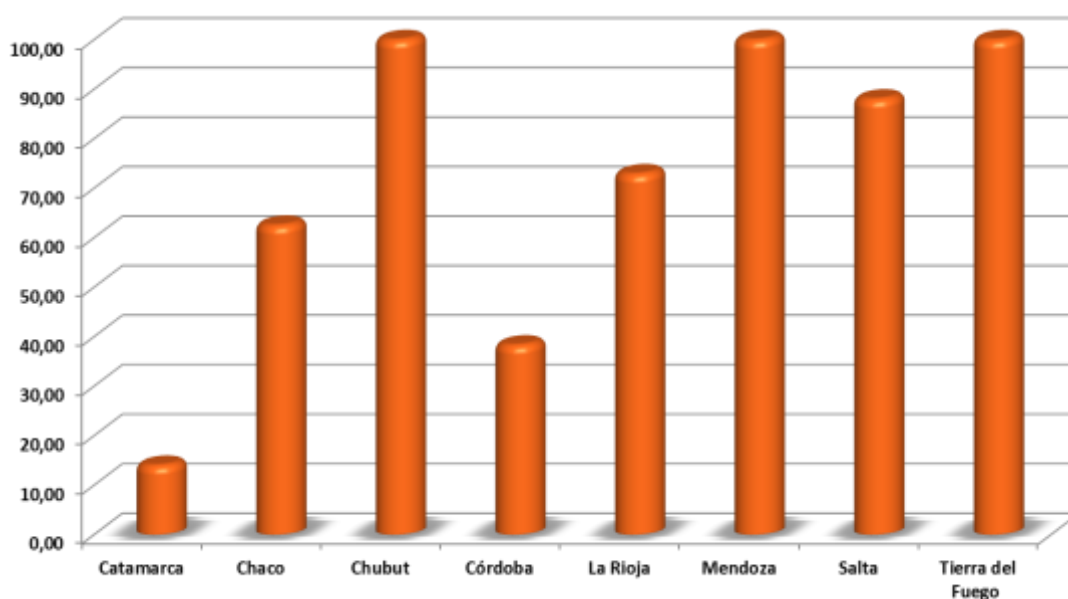
El cumplimiento de esta meta se realizó por encuesta y los encuestados fueron, en general, las más altas autoridades del ministerio de salud provincial hasta el rango de director de hospital.

La especialidad en salud pública no es un requisito indispensable para ser funcionario

del gabinete de salud. Sin embargo en los últimos 15 años en Argentina se popularizaron los cursos de salud pública entre los médicos, especialmente aquellos que quieren hacer carrera en la gestión de salud.

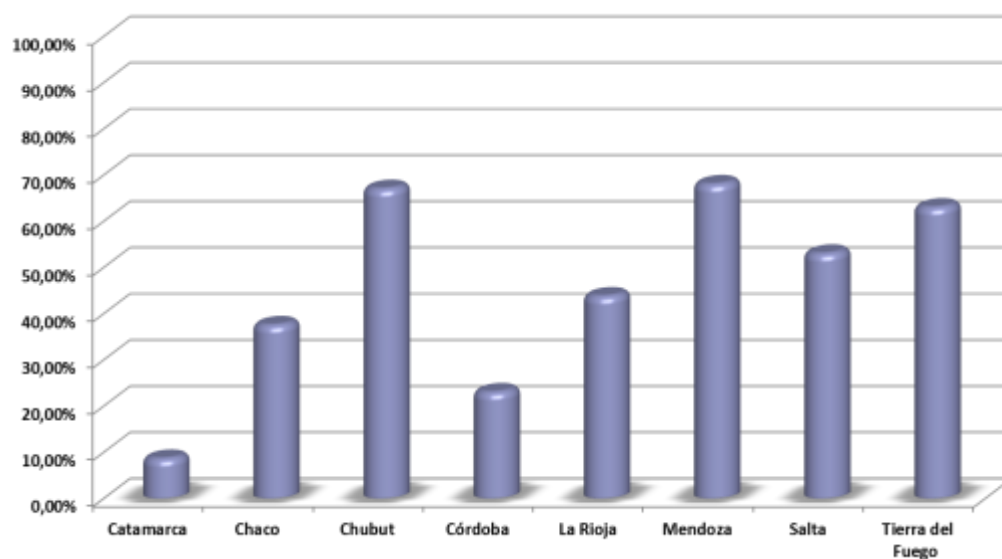
Igualmente, los resultados muestran heterogeneidad en las situaciones provinciales, con algunas con un largo camino a recorrer todavía. Estos resultados generaron la idea de hacer cursos a niveles gerenciales, de forma obligatoria, especialmente donde los resultados fueron más bajos.

Gráfico 24 / Cumplimiento Meta 15 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 25 / Competencias de Salud Pública y Gestión de los Gerentes de Salud

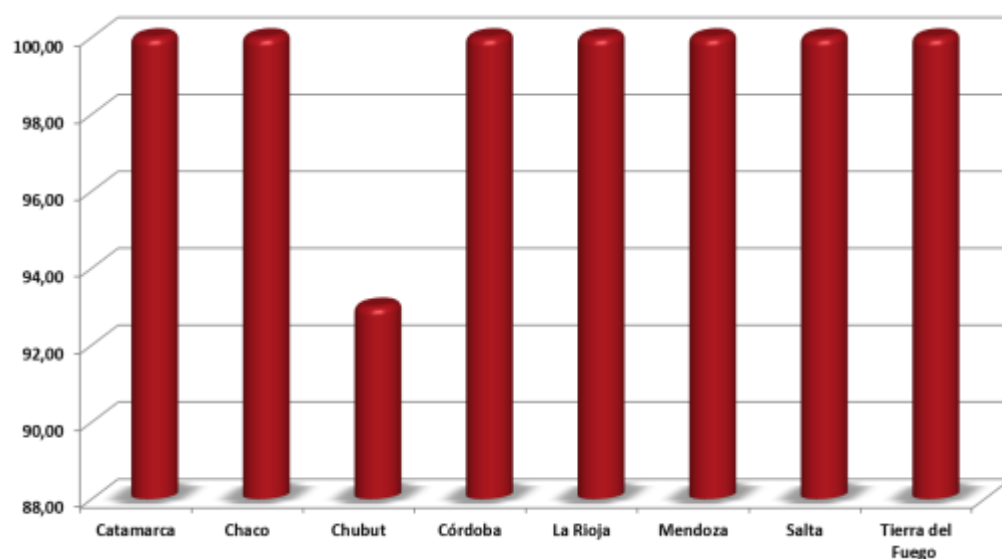


Fuente: Talleres provinciales

Meta 16: El 100% de los países de la Región contarán 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.

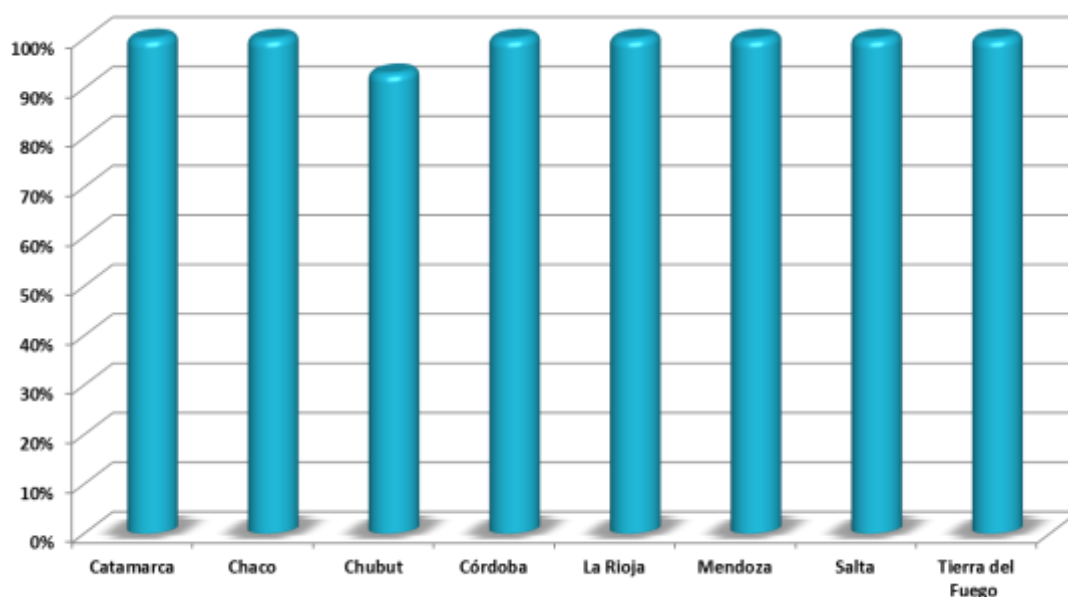
La meta 16 se realizó con base en entrevistas a informantes claves y revisión de normas vigentes. El resultado demuestra que existen en forma generalizada normativas tendientes a resolver conflictos de trabajo y garantizar la prestación de servicios esenciales. El tema normativo no es un problema en Argentina.

Gráfico 26 / Cumplimiento Meta 16 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 27 / Mecanismos de negociación y legislación para prevenir, mitigar o resolver los conflictos laborales



Fuente: Talleres provinciales

Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados.

Meta 17: El 80 % de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud del país, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

La meta 17 también está realizada en base a entrevistas a informantes claves de las entidades formadoras de RHUS. Como se puede observar en los gráficos, los resultados son de moderados a buenos, en términos de cumplimientos de metas. Esto se debe a procesos de cambio de currículo en varias de las entidades formadoras en los últimos años.

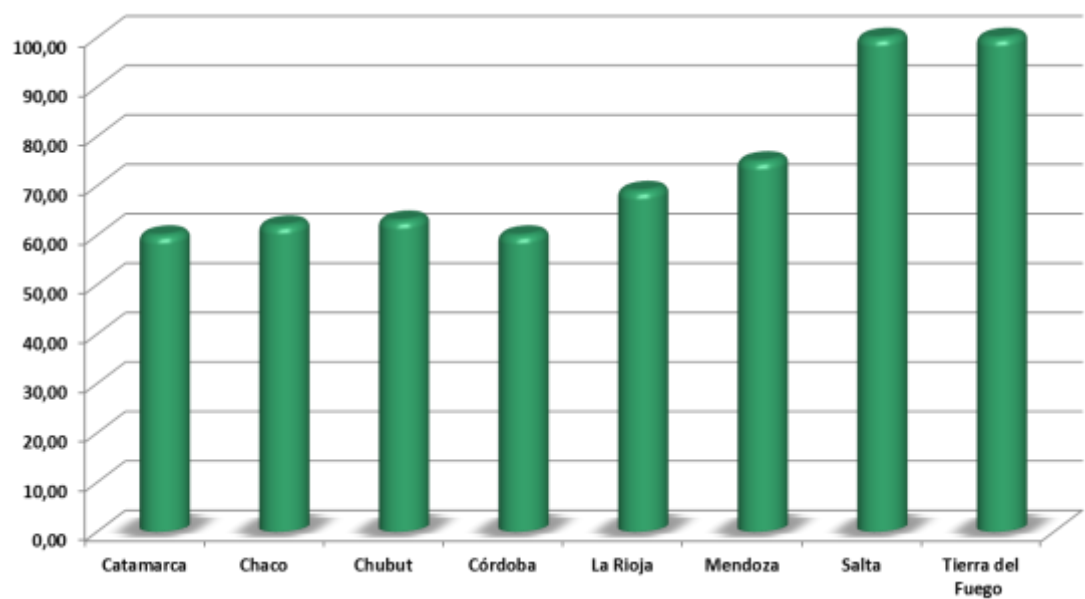
El debate se genera en torno al impacto que esos cambios han tenido respecto al

perfil y capacidades de los egresados de las carreras involucradas, ya que la “sensación” (en términos de opiniones que no pueden ser avaladas por estudios más profundos) de las jurisdicciones es que todavía no se verifican los cambios de perfil deseados.

Por otro lado no está formalizado, por parte de las jurisdicciones de salud, ese perfil deseado, lo cual dificulta el dialogo Ministerios de salud-entidades formadoras. Respecto a esto último, también vale decir que hay una contradicción importante entre lo planteado por los ministerios de salud y lo requerido por el mercado privado y de obras sociales, actores que nunca están en la mesa de discusión, pero que determinan, por vía del mercado, el tipo de formación.

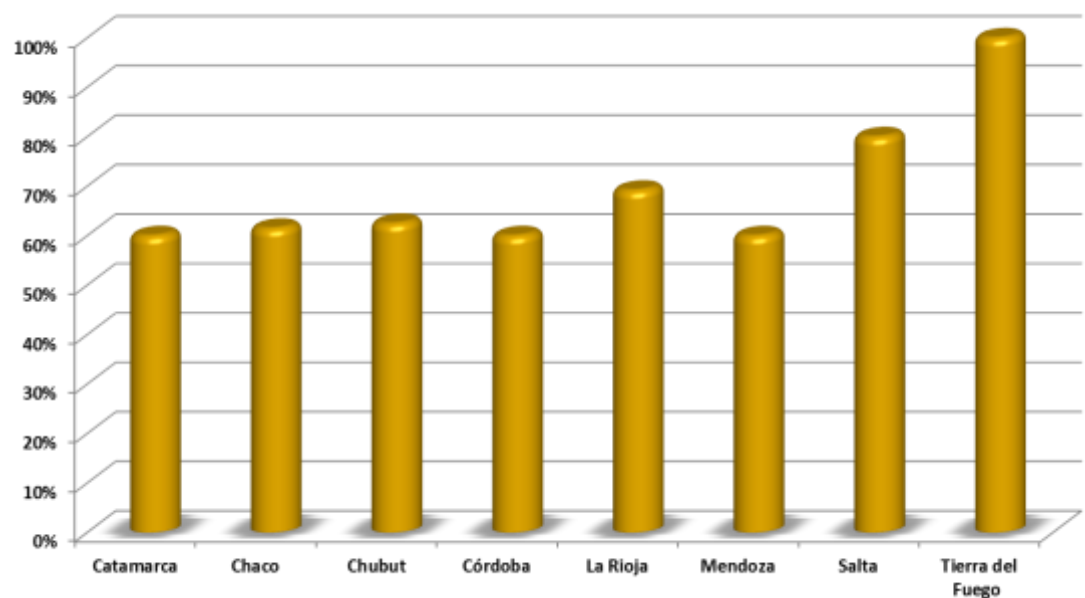
Por estas razones, más allá de los resultados de la medición es importante generar espacios permanentes de vínculo de todos los sectores involucrados bajo la rectoría del Estado provincial a fin de generar cambios a mediano y largo plazo.

Gráfico 28 / Encuesta de Cumplimiento Meta 17 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 29 / Reorientación de la formación hacia la APS e interprofesional



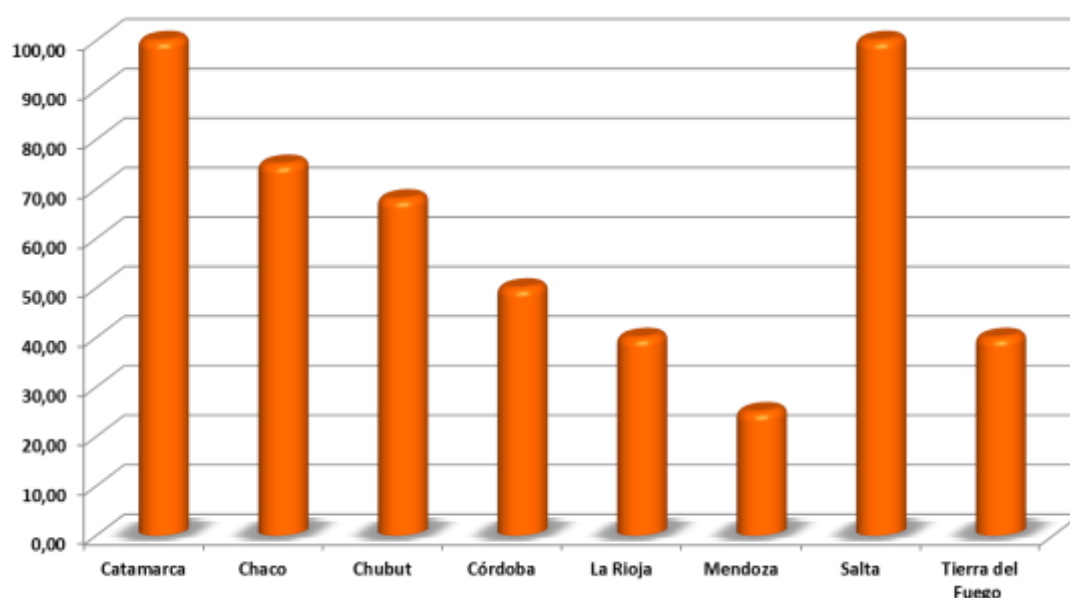
Fuente: Talleres provinciales

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades indígenas.

La meta 18 se realizó por medio de informantes claves de las entidades formadoras de RHUS. Los resultados fueron heterogéneos y esconden diferencias entre

los criterios de respuesta de cada jurisdicción. Al no estar especificado una medida de volumen o cantidad (ya sea absoluta o en relación con la totalidad de los alumnos) de los programas mencionados, la sola existencia de un programa, por mínimo que sea, generaba una respuesta positiva a la cuestión. Futuras mediciones deben fijar proporciones mínimas para dar mayor validez a la meta.

Gráfico 30 / Encuesta de Cumplimiento Meta 18 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Meta 19: Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.

La meta 19 se desarrolló en base a entrevistas a informantes claves y relevamiento de información institucional de las entidades formadoras. El principal problema encontrado es que prácticamente no existen seguimientos de cohorte que nos permitan medir fehacientemente los niveles de desgranamiento en las carreras de salud (ya sean universitarias o no universitarias). Por lo tanto lo que se miden son cálculos de

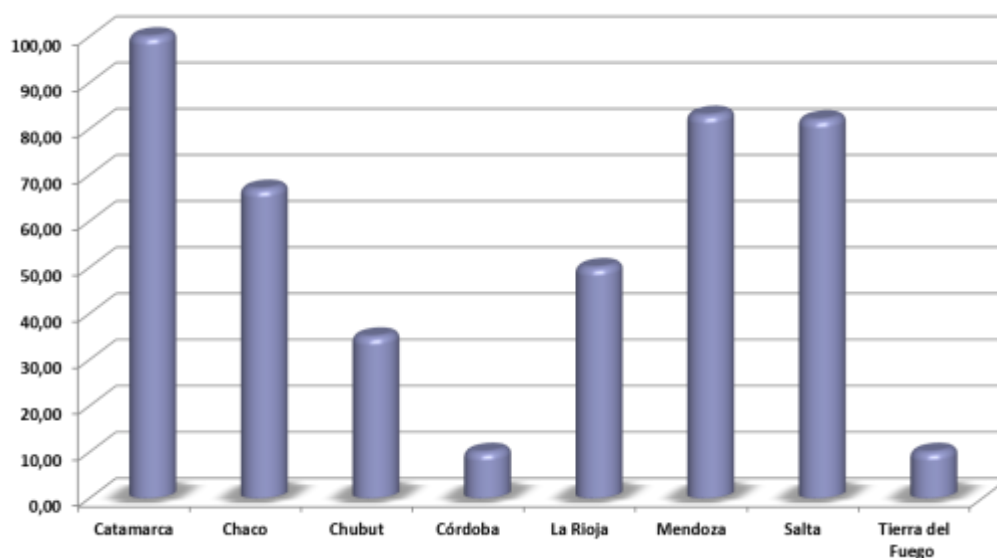
ingresos versus egresos de años seleccionados, salvo algunas excepciones.

Los resultados se muestran heterogéneos y mezclan entidades formadoras de grado y pregrado (superior univ. y no univ.) lo cual le quita especificidad al relevamiento. Hechas estas salvedades se puede observar que el desgranamiento en las carreras de salud es un problema vigente, reconocido por las entidades formadoras, y para el cual todavía no se han instrumentado políticas formales.

Es importante señalar que el Estado provincial debería ser parte de la solución de este problema y no verlo como un problema ajeno, del sistema educativo, ya que las consecuencias del mismo impactan en el sistema de salud generando falta de recurso humano en áreas críticas.

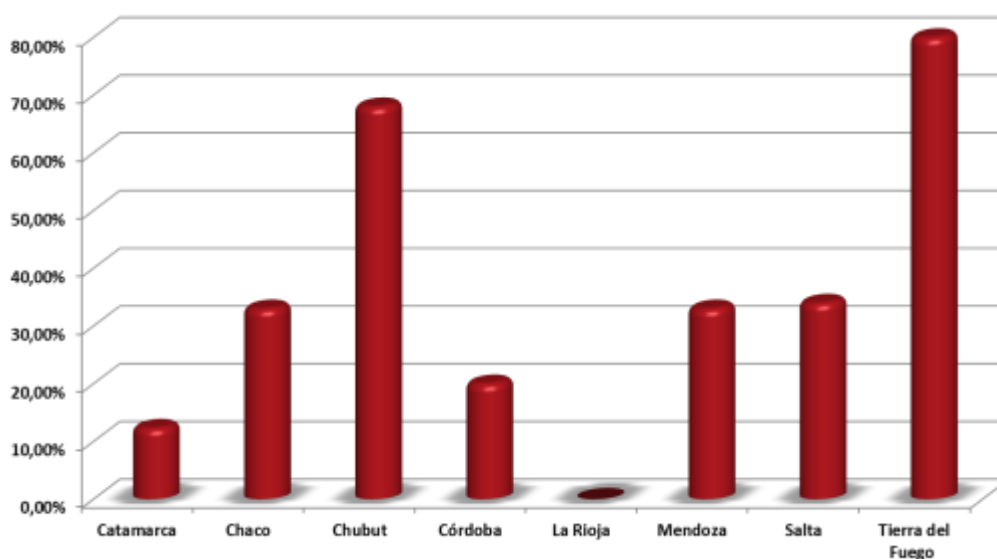
Es necesario instrumentar sistemas de seguimiento de trayectorias educativas en forma sistemática, permanente e informatizada para mejorar la calidad de la información en este tema.

Gráfico 31 / Encuesta de Cumplimiento Meta 19 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 32 / Tasa de desgranamiento de las escuelas de enfermería y medicina



Fuente: Talleres provinciales

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.

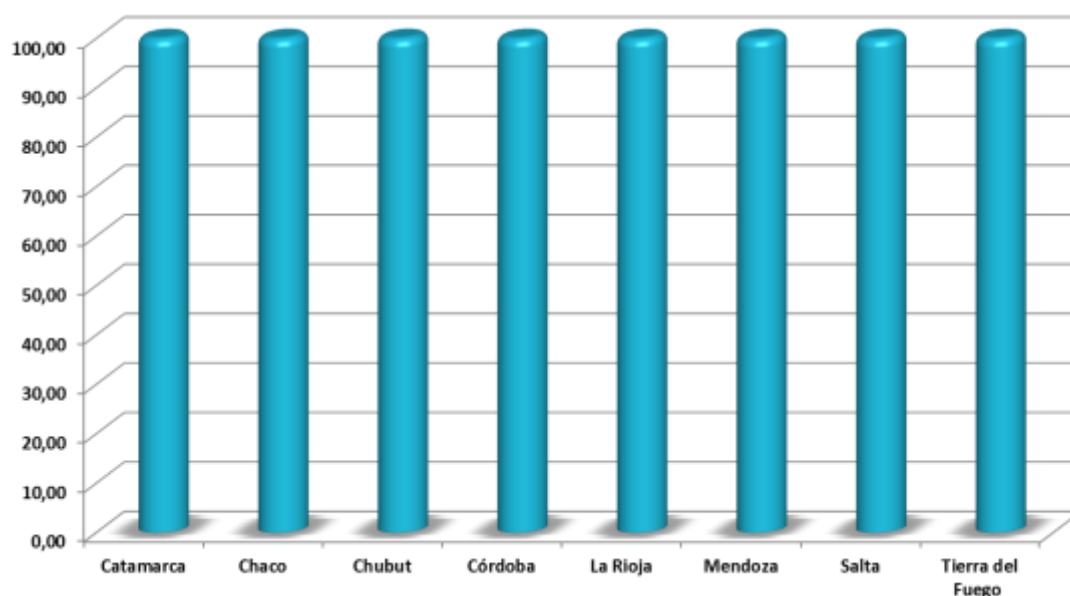
La meta 20 se realizó relevando las acreditaciones de las entidades formadoras de recursos humanos. En Argentina las universidades deben estar acreditadas por la CONEAU. La Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria es un organismo descentralizado que funciona en jurisdicción del Ministerio de Educación de la Nación. Su misión institucional es asegurar y

mejorar la calidad de las carreras e instituciones universitarias que operan en el sistema universitario argentino por medio de actividades de evaluación y acreditación de la calidad de la educación universitaria.

La acreditación se da en el 100 % de las entidades relevadas.

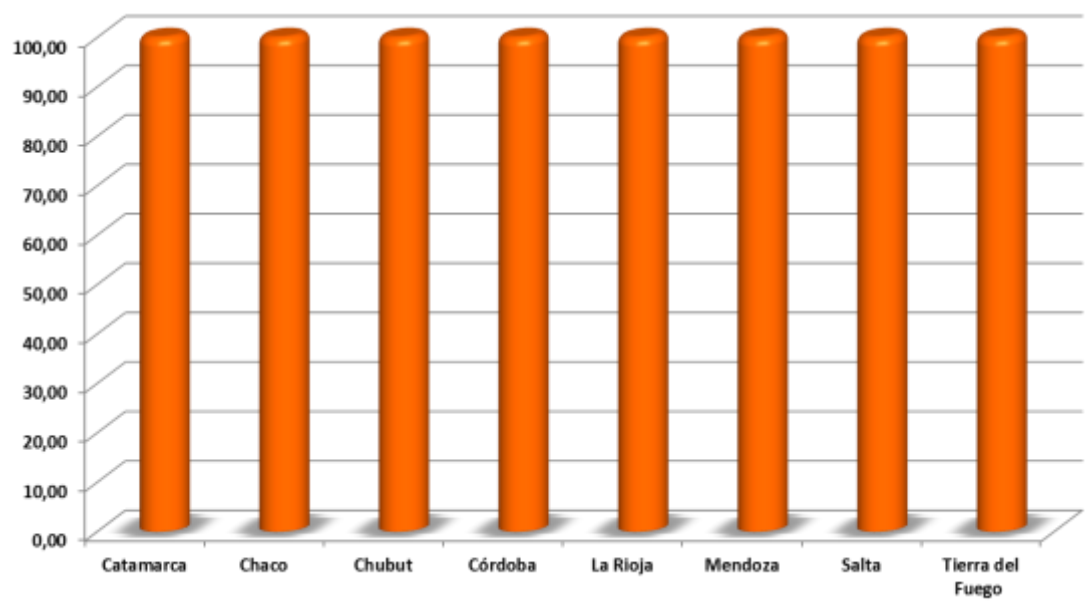
Las entidades Superiores no universitarias no son acreditadas sino que funcionan bajo la supervisión y control de los estados provinciales en función de la Ley Nacional 26.058 de Educación Técnico Profesional y la ley Nacional 24.521 de Educación Superior.

Gráfico 33 / Cumplimiento Meta 20 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Gráfico 34 / Acreditación de las escuelas de ciencias de la salud



Fuente: Talleres provinciales

ANEXO I

Participantes del Taller de Medición de Metas – Abril 2010

Grupos para el taller

Grupo 1 / Políticas y Dotación de RHUS y APS (Desafío 1 y 2)

Alexandra Escobar, consultora externa (OPSOMS)

Elida Marconi (Dirección Estadística Información Sanitaria (DEIS / MSAL)
Carlos Guebel y equipo (DEIS)
Mirna Veronelli (Chaco)
Cristina Aldini Sticotti (DINIECE)
Graciela Molino (CIIE / ME)
Ana Speranza y equipo (Dirección Maternidad e Infancia / Msa)
Diana Juárez y equipo (Programa Médicos Comunitarios)

Coordinadores: Guillermo Williams / Marina Koury (Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud) y Alejandro Valitutti (DNCHySO)

Grupo / 2 Migraciones de RHUS (Desafío 3)

Margarita Velasco, consultora externa (OPSOMS)

Carolina Eymann (Cancillería)
Silvina Aranovich (Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud)
Pamela Pérez (San Juan)

Coordinadores: Sebastián Tobar, Sergio Madera (Dirección Nacional de Relaciones Sanitarias) y Ana Heredia (DNCHySO)

Grupo 3 / Condiciones de Trabajo de los RHUS (Desafío 4)

Judith Sullivan – Consultora Regional (OPS/OMS)

María Pinto, Adriana Lozano (Depto. Salud Ocupacional), Daniel Álvarez Garmendia (Tucumán),

Coordinadores: Héctor Nieto (Superintendencia de Servicios de Salud y Riesgos del Trabajo), Héctor Palomino y Lucila Balde (Ministerio Trabajo), Ezequiel Cravero (DNCHySO)

Grupo 4 / Relaciones Servicios e Instituciones Formadoras (Desafío 5)

Débora Yanco (OPS/OMS) Representación Argentina

Celina Curti, Natalia Bouch (CIIE ME),
Bumaschy y equipo (CONEAU),
Inés González (Relaciones Internacionales ME),
Gustavo Peltzer, (INET)
María Cristina Rizzo (Neuquén)
Hilda Velásquez (AEUERA)
Martín Gill (CIN),
Héctor Saurét (CRUP)

Coordinadores: María del Carmen Cadile (DNCHySO)