

# Manual de indicadores para la gestión del Talento Humano en salud

Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento  
Observatorio Federal de Talento Humano en Salud

## Autoridades

### **Ministra de Salud**

Carla Vizzotti

### **Subsecretario de Calidad, Regulación y Fiscalización**

Claudio Ortiz

### **Director Nacional de Talento Humano y Conocimiento**

Emiliano Lopez

### **Directora de Talento Humano**

Claudia Lázaro

### **Coordinadora de Políticas de Formación de Recursos Humanos**

Ma. Laura Landriel

### **Equipo del Observatorio Federal de Talento Humano en Salud**

Martín Recanatti, Maia Berlin, Tomás Medina, Guadalupe Lopez, Sofía García Argibay

Se agradece la contribución técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el presente informe.

**Documento elaborado en agosto 2023**

## Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Conceptos claves</b> .....	<b>6</b>
● Políticas públicas y planificación estratégica.....	6
● Indicadores .....	7
<b>Propuesta de indicadores</b> .....	<b>9</b>
● Eje 1: Capacidad de planificación y gestión del área de TH .....	10
1.1 Desarrollo del área de TH .....	10
1.2 Sistema de Información .....	11
1.3 Equipos multidisciplinares de trabajo.....	12
1.4 Índice de capacidad de gestión y planificación del área de TH .....	13
1.5 Tasa de profesionales según el total de la población de la jurisdicción.....	14
1.6 Porcentaje de especialistas respecto del total de profesionales .....	15
1.7 Tasa de distribución del TH entre zonas urbanas y rurales .....	16
1.8 Desarrollo de políticas orientadas a mejorar la distribución del TH .....	16
● Eje 2: Formación (residencias y educación permanente) .....	17
2.1 Porcentaje de residencias reconocidas .....	17
2.2 Porcentaje de cobertura de cupos.....	18
2.3 Porcentaje de capacitaciones implementadas según temática .....	19
2.4 Identificación de necesidades de capacitación .....	20
2.5 Competencias Profesionales.....	21
● Eje 3: Condiciones laborales .....	23
3.1 Alcance de Carrera sanitaria .....	23
3.2 Remuneración económica .....	24
3.3 Pluriempleo en trabajadores/as de la salud .....	25
3.4 Protocolos para la prevención de violencia de género .....	26
<b>Palabras finales</b> .....	<b>28</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>29</b>

## Introducción

A partir de la normativa vigente en la República Argentina<sup>1</sup>, el Estado nacional tiene la responsabilidad de conducir y coordinar el sistema de salud en su conjunto para que sea ejercido el efectivo cumplimiento del derecho social a la salud. Para realizar esta tarea, el Ministerio de Salud de la Nación (en adelante, MSAL), a través de la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento (en adelante, DNTHyC), diseña, implementa y evalúa políticas públicas en articulación permanente con ministerios provinciales, universidades, asociaciones y otras instituciones involucradas (Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, etc.). Estas acciones conjuntas se orientan a la formación y fiscalización de profesionales, evalúan su disponibilidad, distribución y formación, estructurando el sector y la gestión del talento humano en salud (en adelante, TH, THS, TH en Salud).

En el marco del trabajo conjunto entre el MSAL y las diferentes jurisdicciones, y con el objetivo de promover el fortalecimiento del TH en las jurisdicciones, durante el año 2022 se trabajó en la identificación de los principales problemas y estrategias de las áreas de TH. Esta acción realizada entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud (Argentina), plasmada en el Informe final del Proyecto de Relevamiento del Talento Humano en salud en Argentina (2022)<sup>2</sup>, tuvo un alcance de 15 provincias<sup>3</sup> y permitió constatar oportunidades de mejora en el desarrollo de políticas de TH en salud. Tal como se describe en el informe citado, el relevamiento evidenció una marcada disparidad en la composición de los equipos de las áreas de gestión de TH y, más específicamente, una escasa formación en competencias para la planificación y gestión del TH. Además, el 70 % de las jurisdicciones relevadas refirieron que trabajan con sistemas de información no estandarizados. Estos puntos, junto con la falta de perfiles profesionales específicos y la baja calidad de los datos registrados en cada provincia, generan, entre otras consecuencias, la imposibilidad de contar con indicadores efectivos para el monitoreo e implementación de programas y proyectos de THS.

En los próximos capítulos se propone partir de una noción de TH que trascienda los límites del concepto de recurso humano<sup>4</sup>, y considere la posibilidad de desarrollar

---

<sup>1</sup> A través del artículo 75 (Inciso 22) de la Constitución Nacional, los siguientes instrumentos internacionales sobre DDHH adquieren jerarquía constitucional: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración Universal de Derechos Humanos; Convención Americana sobre Derechos Humanos - Pacto de San José de Costa Rica; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos y Degradantes; Convención sobre los Derechos del Niño; Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y de Lesa Humanidad; Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

<sup>2</sup> Informe producto de un trabajo conjunto entre OPS y OFETHUS durante 2022 (pendiente de publicación)

<sup>3</sup> Provincias relevadas: Chaco, Tucumán, Corrientes, La Rioja, La Pampa, Santa Fe, Catamarca, Tierra del Fuego, Chubut, San Juan, Formosa, San Luis, Río Negro, CABA, Buenos Aires.

<sup>4</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye dentro de los recursos humanos para la salud a “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud”. De este modo, se considera recursos humanos en salud, a un colectivo de personas de distintas profesiones y ocupaciones que se

capacidades individuales y colectivas de los equipos de la salud. De lo que se trata aquí es de no reducir a quienes integran los equipos de salud a un mero acervo de conocimientos ya adquiridos sino más bien, basarse en dicho conocimiento para desarrollar capacidades fortaleciendo el sistema de salud. En consecuencia, la formación del TH implica un ejercicio constante de análisis de situación, orientado a promover acciones de mejora en el sistema de salud.

Partiendo de la noción de TH explicitada en el párrafo precedente, la propuesta del *Manual* es continuar con la labor iniciada en el año 2022, orientando los esfuerzos hacia la formulación de indicadores que permitan dar cuenta del estado de situación, la planificación y la gestión del TH en cada jurisdicción. En otros términos, el *Manual* tiene el objetivo de brindar lineamientos conceptuales y metodológicos para la elaboración de indicadores vinculados a la planificación y el seguimiento de la gestión del TH. Por este motivo, se iniciará el documento repasando conceptos claves de la planificación estratégica de las políticas públicas para contextualizar metodológicamente el diseño y uso de indicadores en la gestión del TH. Este punto implica no sólo definir qué se entiende por planificación estratégica sino también, identificar y caracterizar las fases de las políticas públicas y de este modo, contextualizar la elaboración de indicadores en la gestión del TH. Seguidamente, el documento presentará una propuesta de indicadores de TH cuyo objetivo es su instrumentalización a nivel jurisdiccional. Por último, se cerrará el *Manual* con reflexiones finales.

Antes de comenzar, sólo resta afirmar que el campo de la salud necesita, cada vez más, de la motivación, el compromiso, el entrenamiento y la capacitación en nuevas competencias de las y los trabajadoras/es. Los retos que persisten y los nuevos desafíos que se presenten sólo podrán ser afrontados por subjetividades visibilizadas como irremplazables, y recompensadas como tales. Todo ello será posible si se comienza por considerar a las y los trabajadoras/es de la salud, como agentes para la salud y no como recursos. Agentes capaces de potenciar sus capacidades para transformar una realidad compleja a la altura que la salud de las comunidades reclama.

---

forman y trabajan en el ámbito de la salud. Todas estas personas forman parte de un campo intersectorial complejo y mantienen un compromiso con la salud y con las poblaciones a las que sirven (29.a Conferencia Sanitaria Panamericana 69a. Sesión del Comité regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, septiembre del 2017).

## Conceptos claves

- **Políticas públicas y planificación estratégica**

En el presente apartado, se repasan algunos conceptos fundamentales y pertinentes para comprender la propuesta de indicadores que se realizará en el siguiente capítulo. La primera tarea es ahondar en la definición de políticas públicas y su planificación y a continuación, desarrollar la noción de indicadores y sus distintos tipos.

El punto de partida del análisis es definir a las *políticas públicas* como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno en respuesta a los problemas que, en un momento determinado, la ciudadanía y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo Sáez, 1997). Una política pública supone una cadena de valor, esto es, una intervención de las instituciones estatales formulando un proceso que implica la utilización de insumos y la implementación de actividades para alcanzar productos, objetivos y un impacto específico en la población, tal como se representa en el gráfico 1.

**Gráfico 1:** Cadena de valor y tipos de indicadores



**Fuente:** Elaboración propia en base a Sotelo Maciel (2014)

Si se considera la necesidad de una política pública en salud para generar un impacto, surge entonces también el requerimiento de planificar dicha intervención, esto es, desarrollar una metodología entendida como un instrumento que permita traducir los lineamientos estratégicos en políticas y acciones concretas. Sin más, puede entenderse la *planificación estratégica* como la intervención en la definición de los objetivos de políticas (resultados e impactos esperados) y la definición del perfil de producción de las instituciones públicas para alcanzar dichos objetivos (JGM, 2022a). A su vez, la planificación de las políticas públicas puede comprenderse en tres etapas o momentos<sup>5</sup>: (1) análisis situacional del problema y/o elaboración de un diagnóstico; (2) definición de objetivos y resultados esperados; (3) diseños de las acciones a implementar.

<sup>5</sup> Vale mencionar que no es objetivo del presente documento indagar detalladamente en la etapa de planificación, sino más bien, presentarla como introducción a la formulación de indicadores.

Complementando la idea de la planificación, el seguimiento<sup>6</sup> de las actividades planificadas demanda examinar el avance de las acciones en ejecución comparando su desempeño efectivo con el planificado. Este seguimiento puede realizarse sobre las acciones implementadas, los productos generados (bienes y/o servicios), los resultados esperados y/o el impacto esperado en el largo plazo. Ahora bien, en el marco de la planificación y el seguimiento de las políticas públicas, uno de los pasos fundamentales es el diseño de indicadores.

- **Indicadores**

A los fines del presente documento, los *indicadores* son comprendidos como un instrumento de medición que permiten identificar cambios dentro de un período determinado y que, además, pueden adoptar un carácter cuantitativo o cualitativo. Cada indicador exige ser diseñado dentro de un marco metodológico: el valor de un indicador sólo puede ser comprendido en el contexto de una planificación estratégica y un plan de seguimiento específico. De lo que se trata aquí es de construir y seleccionar indicadores pertinentes, válidos y fiables, que permitan realizar una reflexión sobre las acciones implementadas en la gestión del TH en salud.

Si bien existen distintas maneras de clasificar los indicadores, aquí se optará por distinguir: indicadores de análisis situacional, indicadores de seguimiento de gestión, e indicadores de impacto. A continuación, se describen cada uno de ellos:

1. **Indicadores de análisis situacional:** permiten identificar y caracterizar una situación problemática y, a su vez, sirven para contrastar los resultados de las acciones. Además, pueden utilizarse para comparar la relación entre la dotación de recursos o insumos y el nivel de cobertura de políticas actuales y/o previas.
2. **Indicadores de seguimiento de gestión:** proporcionan información para realizar el monitoreo periódico de la implementación de la política. Dado que los indicadores de seguimiento se aplican durante el proceso de implementación, permiten detectar factores que dificultan la ejecución de las actividades y realizar ajustes durante el propio proceso. Pueden ser diferenciados en:
  - a. **Indicadores de proceso:** analizan el desempeño de la política en los procedimientos y actividades (uso de los recursos, desarrollo de las etapas de trabajo, tiempos de ejecución, etc.) y su relación con los plazos establecidos.
  - b. **Indicadores de producto y cobertura:** brindan información sobre el volumen de los bienes, los servicios, y las transferencias producidos y/o brindados —ya sea en términos absolutos como relativos—. Dentro de este tipo pueden incluirse los indicadores de cobertura, que permiten

---

<sup>6</sup> Aquí se utilizarán los términos “seguimiento” y “monitoreo” como sinónimos.

medir el alcance de la política en relación con el universo de la población objetivo.

- c. **Indicadores de resultado:** buscan verificar la existencia y la magnitud de los cambios en el comportamiento, estado, actitud o certificación de la población receptora de los bienes o servicios de un proyecto o programa. Permiten cuantificar el grado de cumplimiento de los objetivos de la acción estatal.
3. **Indicadores de impacto:** analizan los efectos directos e indirectos en el largo plazo que las políticas tienen sobre el conjunto de la población. A diferencia de los indicadores de resultado, no se circunscriben exclusivamente a la población objetivo y pueden incluir el análisis de factores que han repercutido sobre la situación problemática (JGM, 2022). Teniendo en cuenta el alcance y los objetivos de este tipo de indicadores, pueden medirse luego de la finalización de la política implementada o luego de transcurrido un tiempo considerable y específico.

Además de la clasificación propuesta, los indicadores pueden expresar distintas maneras de medir un fenómeno:

1. **Sumatoria:** mide cantidades de una sola variable. Ej.: cantidad de residencias reconocidas.
2. **Porcentaje:** establece una relación entre dos variables con una misma unidad de medida y por este motivo, es posible utilizar porcentajes para medir cobertura. Cabe aclarar que se expresa como fracción de 100. Ej.: porcentaje de cobertura de cupos de residencia en cardiología.
3. **Tasa de concentración:** se utiliza para conocer el reparto de los distintos grupos poblacionales con respecto a una variable. Si el reparto es equitativo, el total se reparte en forma igualitaria, en cambio, si algunos grupos poblacionales concentran gran parte del total, el reparto es desigual. Ej. Tasa de distribución del TH entre zonas urbanas y rurales.

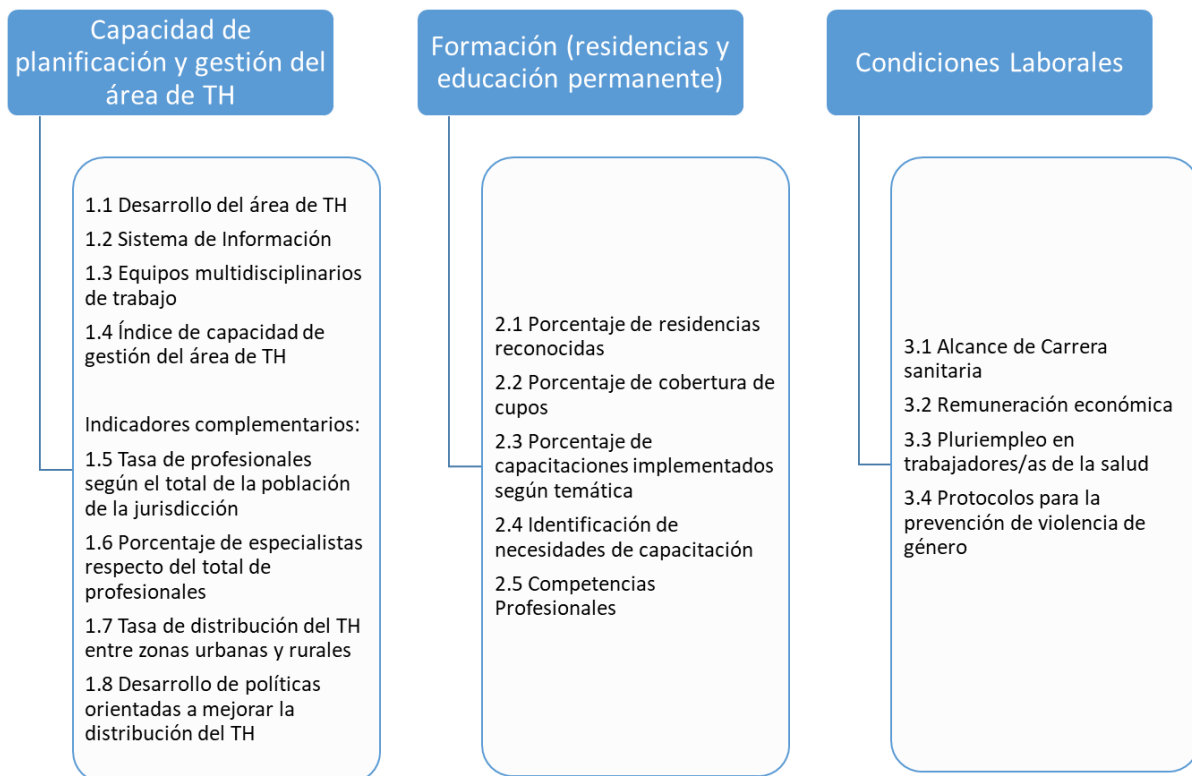
Cabe destacar que la planificación estratégica, el seguimiento de acciones implementadas y la construcción de indicadores, constituyen aspectos fundamentales del diseño metodológico de las acciones estatales. En la próxima sección se propondrán un conjunto de indicadores que tienen como objetivo dar cuenta de distintos aspectos de la gestión del TH. El objetivo -ineludible e implícito- que subyace a los conceptos presentados aquí, es promover la integralidad de las políticas públicas, profundizando el conocimiento sobre la gestión del TH.



## Propuesta de indicadores

El apartado Conceptos Claves tuvo el objetivo de asentar un -breve- marco metodológico para la presentación de los indicadores que se describirán en esta sección. Para dar cumplimiento a este punto, se revisó bibliografía nacional y regional para luego sí, priorizar un conjunto de indicadores que serán presentados en función de tres ejes: Capacidad de planificación y gestión del área de TH, Formación (residencias y educación permanente) y Condiciones Laborales. En algunos indicadores se presentan cálculos de ejemplo con información ficticia para clarificar la lectura de datos.

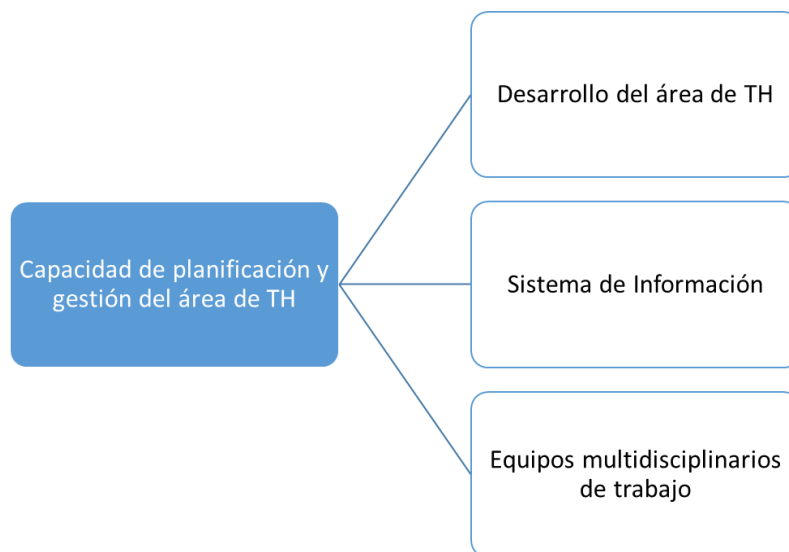
### Esquema: Ejes e indicadores



- **Eje 1: Capacidad de planificación y gestión del área de TH**

La propuesta para caracterizar la capacidad de planificación y gestión del área de TH, consiste en construir un **índice** considerando tres aspectos: el desarrollo del área de TH, la sistematización de información y por último, el trabajo multidisciplinario. A continuación, se detallan los indicadores priorizados, sus preguntas y sus posibles respuestas, para luego construir el índice mencionado. El resultado será la clasificación del **“Índice de capacidad de planificación y gestión del área de TH”** según tres categorías: básico, avanzado y consolidado.

*Esquema: Índice de capacidad de planificación y gestión del área de TH*



Junto con los tres indicadores que componen el índice, también se presentan indicadores complementarios vinculados a la gestión del TH: tres cuantitativos y un cuarto, cualitativo. Respecto de los tres primeros, vale aclarar que presentan una exigencia metodológica mayor: establecer relaciones teóricas esperadas como meta.

### **1.1 Desarrollo del área de TH**

La construcción de un “Indicador de desarrollo del área de TH” tiene como objetivo validar y caracterizar la existencia de una política jurisdiccional de gestión del TH, buscando identificar el área sustantiva, sus acciones y el alcance de resultados esperados. En otras palabras, el indicador indaga en la existencia de una política de TH institucionalizada en un documento aprobado por el ministerio de salud de la jurisdicción y además, pregunta por el seguimiento y la evaluación de las acciones implementadas. En el cuadro siguiente, se plantean las preguntas codificadas con números (1.1.1, 1.1.2, etc.) y la respuesta dicotómica (SÍ o NO) de cada una, quedando la asignación de puntaje para el momento de la construcción del índice.

Nro	Pregunta	Respuesta
1.1.1	¿Existe una unidad/área de talento humano en la jurisdicción?	SI/NO
1.1.2	¿Existe un documento aprobado <sup>7</sup> por el ministerio de salud o por la autoridad sanitaria provincial correspondiente, publicado y oficializado, orientado a planificar el TH en salud?	SI/NO
1.1.3	¿Existe una normativa o estructura (comité o comisión) que permita dar cuenta de un trabajo intersectorial para la construcción de políticas públicas <sup>8</sup> ?	SI/NO
1.1.4	¿La unidad o función de recursos humanos desarrolla las políticas de TH planificadas para las jurisdicción?	SI/NO
1.1.5	¿Se realiza el monitoreo y la evaluación de las actividades implementadas, los indicadores y las metas de la política jurisdiccional de TH?	SI/NO
1.1.6	¿Utiliza sala de situación u observatorio para analizar y evaluar de manera permanente y sistemática la información?	SI/NO

## 1.2 Sistema de Información

Este indicador tiene el objetivo de indagar en el registro, sistematización y explotación de datos, como así también su utilización para la toma de decisiones. Además, este sistema de información tendría que caracterizar tanto cuantitativa como cualitativamente a los y las profesionales de la salud, su distribución y los flujos de entrada y salida del sistema de salud, de modo que se facilite la planificación estratégica del TH. En su máximo nivel de desarrollo, dicho sistema de información debería ser interoperable, es decir, capaz de comunicar e intercambiar datos exactos, válidos y consistentes con otros sistemas, y utilizar la información que se ha intercambiado. Por último, cabe advertir que solo deben responderse las cinco preguntas cuando la respuesta a la 1.2.1 es afirmativa.

Nro	Pregunta	Respuesta
1.2.1	¿Existe un sistema de información confiable y de calidad <sup>9</sup> que caracteriza la gestión del TH y que contiene las variables necesarias para conocer su distribución, su planificación y el seguimiento de su movilidad?	SI/NO <i>(sólo en caso afirmativo continuar a las siguientes preguntas)</i>
1.2.2	¿El sistema de información registra datos sobre el TH en salud de acuerdo con la formación, duración del grado formativo y	SI/NO

<sup>7</sup> Por ej.: documento con líneas estratégicas de trabajo, plan provincial o municipal de talento humano en salud, entre otras.

<sup>8</sup> Por ej.: creación de la Comisión Interministerial entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación a través de la resolución conjunta Salud-Educación 5/2022.

<sup>9</sup> Aquí, se comprende que un sistema de información es confiable y de calidad cuando: (a) la recolección de la información, su procesamiento y análisis implican un procedimiento formalizado, sistemático y riguroso; (b) contiene datos confiables y válidos.

	otros parámetros necesarios para la gestión del TH?	
1.2.3	¿Los datos registrados en el sistema de información son utilizados para construir tableros de control (u otras tecnologías) que facilitan la toma de decisiones en la gestión del TH?	SI/NO
1.2.4	¿El sistema de información se encuentra estructurado según niveles de acceso a la información (permisos de acceso según tipo de usuario/a)?	SI/NO
1.2.5	¿El sistema de información es interoperable?	SI/NO

### 1.3 Equipos multidisciplinarios de trabajo

Este indicador indaga en la existencia de un equipo multidisciplinario en el área de gestión del TH en salud, con sus correspondientes responsabilidades en el proceso de planificación, seguimiento y evaluación de las actividades implementadas. En otros términos, trata de identificar si la jurisdicción dispone de un equipo con distintos perfiles y capacidades para la gestión. El resultado de este trabajo multidisciplinario debiera ser la disponibilidad de información y el análisis de datos específicos, que fortalezcan la toma de decisiones de las autoridades. Por último, y al igual que en el indicador 1.2, solo deben responderse las cinco preguntas cuando la respuesta a la 1.3.1 es afirmativa.

Vale aclarar que, siguiendo la definición de OPS (2021), el concepto de equipo multidisciplinario formalizado con capacidad para la planificación del TH refiere a un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que trabajan colectivamente con el objetivo de establecer las necesidades de TH para la salud en el corto, mediano y largo plazo, según el modelo de atención de salud. Cada individuo tiene unas competencias y un rol, y trabaja en conjunto bajo la dirección de una persona coordinadora.

Nro	Pregunta	Respuesta
1.3.1	¿El área de gestión del TH en salud cuenta con un equipo multidisciplinario formalizado con capacidad para realizar la planificación, el seguimiento y la evaluación de las actividades?	SI/NO <i>(sólo en caso afirmativo continuar a las siguientes preguntas)</i>
1.3.2	¿El equipo tiene estabilidad y continuidad técnica?	SI/NO
1.3.3	¿El equipo de trabajo está compuesto por técnicos/as con competencias vinculadas a la planificación y seguimiento de políticas públicas <sup>10</sup> ?	SI/NO
1.3.4	¿El equipo de trabajo elabora informes técnicos de gestión que son utilizados para la toma de decisiones?	SI/NO

<sup>10</sup> Por ej.: aplicar Metodología de Marco Lógico, diseñar matrices F.O.D.A., construir indicadores cuantitativos o cualitativos, realizar propuestas metodológicas que permitan la identificación de necesidades, participar en la formulación y/o gestión de políticas públicas, entre otras.

1.3.5	¿El equipo de trabajo participa de instancias institucionales de decisión sobre la gestión del TH?	SI/NO
-------	--	-------

#### 1.4 Índice de capacidad de gestión y planificación del área de TH

En función de los indicadores mencionados hasta aquí, se presenta su sistematización en el *Índice de capacidad de gestión y planificación del área de TH*, para lo cual fue necesario realizar un trabajo de ponderación y asignación de puntaje a cada respuesta. Tal como fue señalado, el Índice resultará en un valor (básico, avanzado o consolidado) según el puntaje obtenido. Por este motivo, a continuación, se presenta la distribución del puntaje (especificado en los paréntesis) de los indicadores 1.1, 1.2 y 1.3.

Índice	Indicador (puntaje)	Pregunta	Puntaje de respuesta	
			SI	NO
Capacidad de gestión y planificación del área de TH <b>(100)</b>	1.1 Desarrollo del área de TH <b>(40)</b>	1.1.1	10	0
		1.1.2	6	0
		1.1.3	6	0
		1.1.4	6	0
		1.1.5	6	0
		1.1.6	6	0
	1.2 Sistema de Información <b>(30)</b>	1.2.1	10	0
		1.2.2	5	0
		1.2.3	5	0
		1.2.4	5	0
		1.2.5	5	0
	1.3 Equipos multidisciplinario de trabajo <b>(30)</b>	1.3.1	10	0
		1.3.2	5	0
		1.3.3	5	0
		1.3.4	5	0
1.3.5		5	0	
<b>Total</b>			<b>100</b>	<b>0</b>

De acuerdo a las respuestas y el correspondiente puntaje obtenido, el valor del Índice permite identificar el nivel de capacidad de gestión y planificación del área de TH:

Índice	Puntaje	Nivel
<b>Capacidad de gestión y planificación del área de TH</b>	0-30	Básico
	31-60	Avanzado
	61-100	Consolidado

### 1.5 Tasa de profesionales según el total de la población de la jurisdicción

El indicador tiene como objetivo identificar los posibles déficits o excedente de profesionales de la salud, calculando la relación entre la cantidad de éstos y la población de una jurisdicción<sup>11</sup>. Vale aclarar que, este indicador presenta dos exigencias metodológicas: (a) establecer una relación deseable entre ambos términos como, por ejemplo, a entender de OPS (2021), la relación debería ser 25 profesionales por 10.000 habitantes en zonas desatendidas); (b) definir los grupos ocupacionales que serán considerados en el cálculo.

Cálculo:

$$\frac{G.O. "A" \text{ en el año } Y \times 10.000 \text{ habitantes}}{Q \text{ en el año } Y}$$

donde:

G.O.: cantidad de profesionales que conforman un grupo ocupacional (anestesiólogos/as, enfermeros/as, etc.)

Q: cantidad de total de personas de una jurisdicción (provincia, departamento, etc.)

Y: año

#### **Ejemplo:**

*Tasa de cardiólogos/as para el Departamento X:*

$$= \frac{5 \text{ Cardiólogos/as en el año 2022} \times 10.000 \text{ habitantes}}{600.000 \text{ habitantes en el año 2022}} = 0,08$$

*Suponiendo que la tasa esperada es 0,1, es decir, 1 cardiólogo/a cada 10 habitantes, el resultado obtenido para el Departamento X es inferior, esto es, hay menor cantidad de especialistas en cardiología que lo esperado.*

<sup>11</sup> Vale aclarar que la fórmula admite calcular por jurisdicción, es decir, por provincia, departamento y/o municipio.

### 1.6 Porcentaje de especialistas respecto del total de profesionales

Este indicador permite conocer la distribución de profesionales del total de profesionales en salud. A diferencia del caso anterior cuando se debía establecer una relación teórica esperada, aquí puede plantearse una meta a alcanzar para cubrir la demanda efectiva de la población. Además, pueden plantearse dos variantes: cantidad de especialistas respecto de la población de una jurisdicción; y en segundo lugar, la relación entre enfermeros/as y médicos/as. A continuación, se desarrollan dos variantes posibles.

Cálculo:

$$\frac{G.O. \text{ en el año } Y}{Q \text{ total de profesionales en salud en un período } Y} \times 100$$

donde:

G.O.: cantidad total de profesionales que conforman los distintos grupos ocupacionales (cardiología, anestesiología, etc.)

Y: año

#### **Ejemplo**

*Porcentaje de cardiólogos/as para el Departamento X respecto del total de profesionales:*

$$= \frac{50 \text{ Cardiólogos/as en el año } 2022}{2.500 \text{ profesionales en salud en el año } 2022} \times 100 = 2\%$$

*A partir del porcentaje obtenido, puede afirmarse que el 2% del total de profesionales en salud en el Departamento X, son cardiólogos/as.*

Una variante posible de este indicador es la tasa de enfermeros/as en relación al total de médicos/as, la cual exige establecer un valor de referencia para poder interpretar su resultado.

Cálculo:

$$\frac{G.O. \text{ "E" en el año } Y}{G.O. \text{ "M" en el año } Y}$$

donde:

G.O. "E": cantidad de personas que conforman el grupo ocupacional Enfermería.

G.O. "M": cantidad total de médicos/as de la jurisdicción

Y: año.

**Ejemplo**

*Tasa de enfermeros/as en relación al total de médicos/as para el Departamento X:*

$$= \frac{30 \text{ enfermeros/as en el año 2022}}{100 \text{ médicos/as en el año 2022}} = 0,3$$

*Suponiendo que la tasa esperada es 0,4, es decir, 4 enfermero/as cada 10 médicos/as, el resultado obtenido para el Departamento X es inferior indicando que hay menor cantidad de enfermeros/as respecto de lo esperado.*

**1.7 Tasa de distribución del TH entre zonas urbanas y rurales**

El indicador tiene como objetivo conocer la relación entre el TH disponible en zonas urbanas y rurales. De lo que se trata aquí es de alcanzar una distribución geográfica más equitativa de los perfiles profesionales en cada jurisdicción y además, que pueda mejorar el acceso de la comunidad a servicios de salud. Para evaluar este indicador de distribución, deben considerarse tres exigencias metodológicas: (a) definir las zonas rurales; (b) establecer una relación deseable de alcanzar; (c) calcular la tasa de profesionales del TH en áreas urbanas y rurales.

Cálculo:

$$\frac{\text{Tasa de profesionales en las áreas rurales de la jurisdicción}}{\text{Tasa de profesionales en las áreas urbanas de la jurisdicción}}$$

donde: la “tasa de profesionales” debe calcularse tal como fue desarrollado en el indicador 1.5.

**1.8 Desarrollo de políticas orientadas a mejorar la distribución del TH**

La necesidad de cubrir asistencialmente de manera satisfactoria las zonas rurales y/o desatendidas exige planificar, monitorear y evaluar políticas innovadoras que potencien y motiven la labor de profesionales que elijan trabajar en estas zonas rurales. Los incentivos económicos y no-económicos tienen el potencial de constituir medios a través de cuales los sistemas de salud pueden atraer y retener a profesionales de salud esenciales y muy demandados. A continuación, se presentan cuatro preguntas básicas para caracterizar las políticas de distribución de TH:



Nro	Pregunta	Puntaje según respuesta	
		SI	NO
1.8.1	¿Existen normas o acuerdos aprobados sobre políticas de incentivos económicos para favorecer la radicación y retención de profesionales en las zonas rurales y/o desatendidas?	25 <i>(sólo en caso afirmativo seguir a las siguientes preguntas)</i>	0
1.8.2	¿Existen normas o acuerdos aprobados sobre políticas de incentivos no-económicos de desarrollo personal y profesional para favorecer la radicación y retención de profesionales en las zonas rurales y/o desatendidas <sup>12</sup> ?	25	0
1.8.3	¿Se evalúa el alcance del programa de incentivos a profesionales del sistema de salud en las zonas rurales y/o desatendidas?	25	0
1.8.4	¿Se evalúa el impacto de la política de incentivos?	25	0
Total		100	0

De acuerdo al puntaje obtenido, el indicador propone calificar las políticas de incentivos en tres niveles:

Indicador	Puntaje	Nivel
<b>Desarrollo de políticas orientadas a mejorar la distribución del TH</b>	0-50	Básico
	51-75	Avanzado
	76-100	Consolidado

- **Eje 2: Formación (residencias y educación permanente)**

Los indicadores que se desarrollarán en este apartado indagan en la formación y capacitación del TH en salud, esto es, en la acreditación de residencias y la educación permanente. Además, se presentan indicadores sobre la identificación de necesidades de capacitación, el alcance de los cursos realizados y la identificación de competencias interculturales. Antes de proceder, cabe mencionar que en esta propuesta metodológica subyace la idea según la cual la formación, capacitación y difusión del conocimiento son estrategias esenciales para fortalecer al TH en salud.

### 2.1 Porcentaje de residencias reconocidas

Este indicador tiene por objetivo dar cuenta del reconocimiento de residencias médicas en función de las solicitudes presentadas por la jurisdicción. Cuando el curso del

<sup>12</sup> Siguiendo a Novick, Marta (2006), pueden ser a modo de ejemplo: cantidad de días de vacaciones, flexibilidad en el horario de trabajo, ventajas para la formación y capacitación, etc.

requerimiento es satisfactorio, se otorga el reconocimiento de la residencia por parte de la DNTHyC del MSAL. Por este motivo, en este caso se utilizará como fuente primaria de consulta Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

Cálculo:

$$\frac{\text{Q de residencias médicas reconocidas en el año Y}}{\text{Q de solicitudes de reconocimiento de residencias finalizadas en el año Y}} \times 100$$

donde:

*Residencias médicas reconocidas*: residencias médicas reconocidas en Nivel A o B en el marco del Sistema Integral de Evaluación de Residencias (SIER) del Ministerio de Salud de la Nación.

*Solicitudes de reconocimiento de residencias finalizadas*: refiere a las solicitudes realizadas y que han obtenido una respuesta (Nivel A, B o C).

Y: año.

### **Ejemplo**

*Porcentaje de residencias reconocidas:*

$$\frac{6 \text{ solicitudes de reconocimiento de residencias con Nivel A o B en el año 2022}}{14 \text{ solicitudes de reconocimiento de residencias finalizadas en el año 2022}} \times 100 = 42\%$$

*A partir del porcentaje obtenido, puede afirmarse que el 42% de las solicitudes de reconocimiento de residencia fueron satisfactorias, obteniendo Nivel A o B.*

## **2.2 Porcentaje de cobertura de cupos**

Complementando el indicador 2.1, aquí se indaga en el porcentaje de cobertura de cupos, esto es, la cantidad de adjudicaciones según el cupo publicado para cada cargo. La disponibilidad de esta información permite analizar la situación de las residencias a fines de proyectar y planificar políticas públicas que mejoren “la accesibilidad a” y “la disponibilidad de” los servicios de salud.

Cálculo:

$$\frac{\text{Q de cupos adjudicados en el año 2022}}{\text{Q de cupos ofrecidos en el año 2022}} \times 100$$

donde:

*Cupo adjudicados*: cantidad de cupos que han sido tomados por un/a postulante en un acto de adjudicación. Posteriormente el/la residente hará su toma de cargo propiamente dicha en

la institución correspondiente y comenzará su proceso de contratación. En algunos concursos existe más de una instancia en función de cubrir la mayor cantidad de cupos (Adjudicación, Primera Readjudicación, Segunda Readjudicación).

*Cupo ofrecido*: refieren a la cantidad de vacantes que se ofrecen en una residencia (son cargos para una especialidad o disciplina en una institución específica). Los cupos pueden corresponder a residencias básicas (o básicas articuladas), postbásicas y/o jefaturas. Asimismo, pueden contar con diferentes tipos de financiamiento (provincial, municipal, nacional, privado, etc.). Vale aclarar que el cupo ofrecido, podría ser el resultado de un estudio basado en la metodología de brechas orientado a identificar el TH necesario para cubrir la demanda efectiva y/o la necesidad de especialistas en cada grupo ocupacional.

Y: año.

### **Ejemplo**

*Porcentaje de cobertura de cupos para cardiología:*

$$\frac{1200 \text{ cupos adjudicados en el año 2022}}{1500 \text{ cupos ofrecidos en el año 2022}} \times 100 = 80\%$$

*A partir del porcentaje obtenido, puede afirmarse que se logró cubrir el 80% de los cupos ofrecidos.*

### **2.3 Porcentaje de capacitaciones implementadas según temática**

Este indicador se enmarca en la necesidad de desarrollar políticas de capacitación permanente del TH en salud, orientándose a cuantificar los programas implementados y compararlos con el total de cursos implementados por la jurisdicción. De lo que se trata aquí es de profundizar el conocimiento en torno a los procesos de educación permanente que fortalecen el TH. Por último, vale mencionar que un indicador de este tipo permite establecer una meta específica a alcanzar (ej.: 80% de personas capacitadas en X temática).

Cálculo:

$$\frac{\text{Q total de capacitaciones implementadas sobre X durante Y destinados a la capacitación del TH en salud}}{\text{Q total de capacitaciones implementadas durante Y por el Ministerio de salud provincial}} \times 100$$

donde:

X: temática (liderazgo, comunicación, etc.)

Y: año o período

### **Ejemplo**

*Porcentaje de capacitaciones en Historia Clínica Electrónica:*

*50 capacitaciones sobre Historia Clínica Electrónica durante el año 2022*

*-----x100=66%*

*75 capacitaciones durante el año 2022 por el Ministerio de salud provincial*

*A partir del porcentaje obtenido, puede afirmarse que el mayor porcentaje de capacitaciones realizadas (66%) estuvieron orientadas a la utilización de la Historia Clínica Electrónica.*

#### **2.4 Identificación de necesidades de capacitación**

La propuesta de este indicador es conocer el nivel de desarrollo de prácticas orientadas a identificar las necesidades de capacitación. Aquí, se considera a las capacitaciones como acciones organizadas y sistemáticas dirigidas a promover el desarrollo de competencias que guíen la práctica profesional. En este sentido, siempre resultará necesario conocer cuáles son las capacidades demandadas por la propia práctica y para ello, se propone indagar en las siguientes estrategias mencionadas en Marradi, Archenti, y Piovani (2010)<sup>13</sup>:

- Talleres: son estrategias participativas que se caracterizan por plantear una conversación temática ante un grupo de personas seleccionadas en función de los objetivos planteados para el taller. La información que surge de esta actividad colectiva se registra y clasifica para su posterior análisis.
- Entrevistas: puede definirse como una forma especial de conversación entre dos personas, dirigida y registrada por el/la investigador/a con el fin de favorecer la producción de un discurso conversacional continuo y con cierta línea argumental por parte del entrevistado/a acerca de un tema determinado. Esta estrategia también permite advertir el surgimiento de nuevos temas o categorías en el transcurso de la conversación.
- Encuestas: son herramientas de recolección de datos basadas en cuestionarios estandarizados con distintos tipos de preguntas (abiertas, cerradas, de respuesta múltiple, etc.). Además, las encuestas pueden ser realizadas por una persona específica o simplemente, autoadministrada.
- Observación participante: esta estrategia se diferencia de la mera observación de vida cotidiana porque se encuentra guiada teórica y metodológicamente. De lo que se trata aquí es de presenciar de manera directa la práctica (individual o grupal) y registrar sistemáticamente los datos vinculados a los objetivos de la investigación que, en este caso particular es identificar necesidades de capacitación.

<sup>13</sup> La población objetivo y el diseño muestral de cada estrategia debiera ser una definición conceptual de cada jurisdicción al momento de planificar la metodología a implementar. Vale aclarar que las estrategias mencionadas son caracterizadas brevemente en función de los objetivos del presente Manual. En caso de requerir mayor información, ver Marradi, Archenti, y Piovani (2010).

A continuación, se presentan las preguntas y sus correspondientes respuestas, junto con el puntaje asignado:

Nro	Pregunta	Puntaje según respuesta	
		SI	NO
2.4.1	¿Implementa una práctica/política específica y sistemática de relevamiento de necesidades de capacitación?	40 <i>(sólo en caso afirmativo continuar a las siguientes preguntas)</i>	0
2.4.2	¿Realiza talleres participativos para identificar necesidades de capacitación?	15	0
2.4.3	¿Realiza entrevistas y/o encuestas para identificar necesidades de capacitación?	15	0
2.4.4	¿Realiza Observación participante para identificar necesidades de capacitación?	15	0
2.4.5	¿Las capacitaciones se planifican en función de los resultados de los indicadores básicos de salud <sup>14</sup> ?	15	0
Total		100	0

De acuerdo al puntaje obtenido, el indicador califica el desarrollo de prácticas en tres niveles:

Indicador	Puntaje	Nivel
<b>Desarrollo de prácticas para la identificación de necesidades de capacitación</b>	0-40	Básico
	41-70	Avanzado
	71-100	Consolidado

## 2.5 Competencias Profesionales

En correspondencia con la propuesta de la DNTHyC (2022), este indicador tiene como objetivo caracterizar los equipos de TH en salud en función del enfoque de competencias de la ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education). La presencia de las capacidades indagadas en el indicador, llevan implícito un ejercicio ético y eficaz de los/as profesionales. Enmarcadas en un enfoque de derechos, las competencias propuestas son:

<sup>14</sup> A modo de ejemplo, aquí se encuentran los indicadores básicos del año 2022:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores\\_basicos\\_2022\\_final.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores_basicos_2022_final.pdf)

- Conocimiento médico: se sustenta en conocimientos biomédicos, clínicos, socio-conductuales y epidemiológicos, y demostrar pensamiento crítico, investigador, analítico y autodidacta.
- Cuidado del paciente: refiere a comunicarse de modo efectivo, demostrando un comportamiento cordial y respetuoso, asesorando al paciente sobre servicios preventivos y de mantenimiento de la salud, y trabajando de manera interdisciplinaria para brindar atención centrada en el paciente.
- Habilidades interpersonales y de comunicación: consiste en utilizar habilidades comunicativas de escucha, verbales, no verbales, interrogativas, explicativas y de escritura. Además de la comunicación con el/la paciente, se incluye el actuar en un papel consultivo con otras/os profesionales de la salud, personas relacionadas con la salud y formulación de políticas, y mantener registros médicos.
- Aprendizaje y mejora basado en la práctica: consiste analizar y evaluar sistemáticamente la práctica, identificando fortalezas y debilidades, con el objetivo de implementar cambios para mejorarla. Aquí, también se incluye la utilización de la tecnología (búsqueda bibliográfica, lectura crítica, uso de tecnologías de la información y comunicación etc.) para optimizar el aprendizaje, y participar en la educación de pacientes, familiares y otras/os profesionales de la salud.
- Práctica basada en sistemas: refiere a que los/as profesionales deben poder comprender cómo las acciones de los/as profesionales afectan y son afectadas por un sistema más abarcativo (prácticas basadas en calidad y seguridad del paciente, comunidad, red de hospitales etc.). Además, incluye la posibilidad de participar en la identificación de errores del sistema y plantear un plan de mejora.
- Competencias interculturales: consiste en habilidades interactivas y de comunicación que reconocen y realzan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se proporcionan cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos y socio-económicos diversos (OPS, 2021). Cabe mencionar que esta competencia no es parte del enfoque de la ACGME pero resulta pertinente su incorporación en función de los contextos locales donde son desarrolladas las prácticas médicas.

A continuación, se presentan las preguntas y sus correspondientes respuestas, junto con el puntaje asignado:

Nro	Pregunta	Puntaje según respuesta	
		SI	NO
2.5.1	¿Al menos el 50% de los/as profesionales asistieron a capacitaciones sobre Conocimientos Médicos?	25	0
2.5.2	¿Al menos el 50% de los/as profesionales asistieron a	15	0

	capacitaciones sobre Cuidados del paciente?		
2.5.3	¿Al menos el 50% de los/as profesionales asistieron a capacitaciones sobre Habilidades interpersonales y de comunicación?	15	0
2.5.4	¿Al menos el 50% de los/as profesionales asistieron a capacitaciones sobre Aprendizaje y mejora basado en la práctica?	15	0
2.5.5	¿Al menos el 50% de los/as profesionales asistieron a capacitaciones sobre Práctica basada en sistemas?	15	0
2.5.6	¿Al menos el 50% de los/as profesionales asistieron a capacitaciones sobre Competencias Interculturales (enfoque diferencial)?	15	0
Total		100	0

De acuerdo al puntaje obtenido, el indicador propone calificar el desarrollo de competencias profesionales de la siguiente manera:

Indicador	Puntaje	Nivel
<i>Desarrollo de Competencias profesionales</i>	0-40	Básico
	41-80	Avanzado
	81-100	Consolidado

- **Eje 3: Condiciones laborales**

El tercer y último eje se vincula con las condiciones laborales de los y las trabajadores/as del campo de la salud. La propuesta aquí es indagar las especificidades de su trabajo a través de cuatro dimensiones: carrera sanitaria, remuneración económica, pluriempleo y protocolos de prevención de violencia de género. Para cada dimensión, se propone un indicador y sus respectivas preguntas, respuestas y puntaje.

### 3.1 Alcance de Carrera sanitaria

Partiendo de considerar la Carrera Sanitaria como un medio para ordenar el accionar y el trabajo del personal de salud y que expresa los intereses de los diferentes actores (OPS), el presente indicador propone indagar su alcance en los distintos grupos de trabajadores/as de la salud. En otras palabras, el indicador que se desarrolla se pregunta cuáles actores se encuentran bajo régimen administrativo. A continuación, se presentan las preguntas y sus correspondientes respuestas, junto con el puntaje asignado:

Nro	Pregunta	Puntaje según respuesta	
		SI	NO
3.1.1	¿Alguna/s carrera sanitaria se encuentra vigente?	40	0
3.1.2	¿Se encuentran vigentes regímenes de carrera que involucren sólo a <i>profesionales</i> de la salud con grado universitario?	15	0
3.1.3	¿Se encuentran vigentes regímenes de carrera dirigidos al equipo <i>técnico</i> profesional (“personal de blanco”)?	15	0
3.1.4	¿Se encuentran vigentes regímenes de carrera que incorporan a todo el personal del Ministerio de Salud de la provincia?	15	0
3.1.5	¿Los y las trabajadores de la salud, ni profesionales ni técnicos/as, se encuentran incorporados al régimen general provincial de empleo público?	15	0
Total		100	0

De acuerdo al puntaje obtenido, el indicador propone calificar el nivel de alcance de la carrera sanitaria en la jurisdicción según tres niveles:

Indicador	Puntaje	Nivel
<b>Alcance de carrera sanitaria</b>	0-40	Básico
	41-70	Avanzado
	71-100	Consolidado

### 3.2 Remuneración económica

El presente indicador tiene como objetivo indagar en la remuneración económica de los distintos grupos de TH en salud, utilizando como escala de referencia la Canasta Básica Total por adulto equivalente (CBT) definida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. La utilización de la CBT, considerada como la línea de pobreza (LP), permite advertir si el ingreso mensual supera la LP logrando cubrir las necesidades alimentarias (kilocalóricas y proteicas imprescindibles), y los bienes y servicios no alimentarios. En otros términos, cuando la respuesta sea “NO”, puede afirmarse que la remuneración económica percibida por una persona perteneciente a un grupo ocupacional determinado, se encuentra por debajo de la LP.



Nro	Pregunta	Puntaje según respuesta	
		SI	NO
3.1.1	¿La remuneración mensual de los y las <i>profesionales</i> de la salud con grado universitario superan la Canasta Básica Total?	25	0
3.1.2	¿La remuneración mensual de los y las integrantes de los <i>equipos técnicos</i> profesionales superan la Canasta Básica Total?	25	0
3.1.3	¿La remuneración mensual del personal del Ministerio de Salud de la provincia supera la Canasta Básica Total?	25	0
3.1.4	¿Los ingresos mensuales de los y las trabajadores de la salud, ni profesionales ni técnicos/as, incorporados al régimen general provincial de empleo público superan la Canasta Básica Total?	25	0
Total		100	0

De acuerdo al puntaje obtenido, el indicador propone calificar el nivel de remuneración económica en tres niveles:

Indicador	Puntaje	Nivel
<b>Nivel de remuneración económica</b>	0-50	Básico
	51-75	Avanzado
	76-100	Consolidado

### 3.3 Pluriempleo en trabajadores/as de la salud

Considerando que el porcentaje de individuos en situación de pluriempleo ha variado en los últimos años en el país (Chas Sardí, 2023; INDEC, 2017), el indicador propone una primera caracterización del pluriempleo en el subsistema público de salud de la jurisdicción. Si bien aún no se han logrado establecer tendencias en cada provincia ni un análisis multicausal que explique el pluriempleo como fenómeno, el indicador propuesto constituye un primer intento de aproximación a la problemática a nivel local. Por este motivo, se toma como base los lineamientos metodológicos del INDEC (2017) los cuales consideran el pluriempleo como la situación en la cual una persona tiene más de una ocupación dentro y/o fuera del sector salud, ya sea en el ámbito público, privado o de la seguridad social. A partir de esta definición, se proponen las siguientes preguntas:

Nro	Pregunta	Puntaje según respuesta	
		SI	NO
3.3.1	¿Al menos el 50% de los y las <i>profesionales</i> de la salud con grado universitario tienen 2 empleos o más?	25	0
3.3.2	¿Al menos el 50% de los y las integrantes del equipo <i>técnico</i> profesional (“personal de blanco”) tienen 2 empleos o más?	25	0
3.3.3	¿Al menos el 50% del personal del Ministerio de Salud de la provincia tiene 2 empleos o más?	25	0
3.3.4	¿Al menos el 50% de los y las trabajadores de la salud, ni profesionales ni técnicos/as, tienen 2 empleos o más?	25	0
Total		100	0

De acuerdo al puntaje obtenido, el indicador propone calificar el nivel de pluriempleo en tres niveles:

Indicador	Puntaje	Nivel
<i>Pluriempleo en los/as trabajadores de la salud</i>	0-50	Básico
	51-75	Avanzado
	76-100	Consolidado

Cabe advertir que, a diferencia de los otros indicadores presentados, la lectura del nivel (básico, avanzado o consolidado) y su valoración es inversa, esto es: si el nivel de pluriempleo es “consolidado”, la situación podría ser valorada negativamente.

### 3.4 Protocolos para la prevención de violencia de género

Tomando como punto de partida que la violencia por motivos de género es una práctica estructural que viola los derechos humanos y las libertades fundamentales, en los últimos años se han desarrollado protocolos y normativas que -gradualmente- fueron incorporados a los organismos gubernamentales y no-gubernamentales. Por este motivo, el indicador que se presenta tiene por objeto indagar en el relevamiento de las condiciones del ambiente laboral y, además, si se han adoptado protocolos para la prevención de violencia de género. A continuación, se presentan las preguntas y sus correspondientes respuestas, junto con el puntaje asignado:

Nro	Pregunta	Puntaje según respuesta	
		SI	NO
3.4.1	¿Las condiciones del medio ambiente laboral son relevadas sistemáticamente cada determinado período?	20	0
3.4.2	¿Los protocolos para casos de violencia de género son implementados?	20	0
3.4.3	¿Implementa la capacitación sobre Ley Micaela (Ley Nacional 27.499)?	20	0
3.4.4	¿La jurisdicción adhiere Ley Nacional N° 27.610 Interrupción voluntaria y Legal del Embarazo (ILE)?	20	0
3.4.5	¿Realiza articulaciones o trabajo en red con organismos gubernamentales o no gubernamentales que aborden específicamente la prevención en violencia de género?	20	0
Total		100	0

De acuerdo al puntaje obtenido, el indicador propone calificar el nivel de desarrollo de protocolos para la prevención de la violencia de género en tres niveles:

Indicador	Puntaje	Nivel
<b>Desarrollo de protocolos para la prevención de la violencia de género</b>	0-40	Básico
	41-80	Avanzado
	81-100	Consolidado

## Palabras finales

Los capítulos desarrollados constituyen una respuesta al diagnóstico elaborado en Informe final del Proyecto de Relevamiento del Talento Humano en salud en Argentina (2022). El desafío es fortalecer las capacidades de registro, la estandarización de datos y la promoción de políticas públicas basadas en evidencia. De lo que se trata aquí es de contribuir al desarrollo de capacidades institucionales en torno a la planificación, el seguimiento y la evaluación de las acciones estatales. En este contexto, se enmarca también la necesidad de promover el trabajo interjurisdiccional, intersectorial y multidisciplinario, logrando la colaboración y cooperación para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Para finalizar, sólo resta mencionar que la construcción de indicadores en función de las sugerencias del presente documento, también contribuyen al monitoreo sistemático de las acciones implementadas en el marco de la propuesta del Plan Nacional de Talento Humano en Salud. Los indicadores demandan ser debidamente instrumentalizados con el fin de disponer de mediciones y datos de forma oportuna. Además, en su carácter de herramienta de instrucción técnica, el *Manual* busca proporcionar un instrumento práctico para guiar la caracterización de un análisis situacional que establezca líneas de base en los tres ejes abordados en el capítulo anterior.

Finalmente, la planificación del THS supone el desafío de implementar acciones orientadas a mejorar la formación, disponibilidad y distribución del personal de salud buscando garantizar la accesibilidad y la calidad del servicio.

## Bibliografía

- Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud (2019). *Interoperabilidad en salud pública*, Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Recuperado en: [https://www3.paho.org/ish/images/toolkit/IS4H%20CC InteroperabilidadenSP.pdf?ua=1](https://www3.paho.org/ish/images/toolkit/IS4H%20CC%20InteroperabilidadenSP.pdf?ua=1)
- DNTHyC, Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento (2022), *Programa de residencia de cuidados progresivos basado en actividades profesionales a confiar (APC)*, Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/03-23-programa-cuidados-progresivos-basado-apc.pdf>
- DNTHyC, Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento - OFETHUS, Observatorio Federal de Talento Humano en Salud (2022), *Análisis comparativo de las Carreras Sanitarias en la Argentina - 2022 Informe final del Proyecto de Relevamiento del Talento Humano en salud en Argentina*, Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/28\\_informe\\_tecnico\\_analisis\\_comparativo\\_de\\_carreras\\_sanitarias\\_en\\_argentina\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/28_informe_tecnico_analisis_comparativo_de_carreras_sanitarias_en_argentina_2022.pdf)
- Dure, I. y Navarro Perez, P (2017). *Guía de trabajo Autoevaluación del proceso de Planificación de Recursos Humanos para la Salud*. Organización Panamericana de la Salud - Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado en: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/2017\\_ops\\_gua\\_autoeval\\_proc\\_plan\\_es.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/2017_ops_gua_autoeval_proc_plan_es.pdf)
- Dure, I. y Cadile, M. (2015), *La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015*. Recuperado en: [www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus\\_argentina\\_web\\_0.pdf](http://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf)
- INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos (2017), *Cuenta de generación del ingreso e insumo de mano de obra*, Metodología INDEC N° 24. Recuperado en: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/economia/metodologia\\_24\\_cuentas\\_nacionales.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/economia/metodologia_24_cuentas_nacionales.pdf)
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2010). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Ed. Emecé.
- Novick, Marta (2006). *Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005-2015*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-DesafiosGestionHR2005-15.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2011), *Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido*. Washington, D.C.: OPS.

Recuperado en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS-Manual-medicion-MetasReg-2011.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (2021), *Manual de monitoreo del Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. Washington, D.C.

Recuperado en:

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54450/9789275323588\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54450/9789275323588_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Rovere, Mario. (2006) R. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. 2a ed. Washington, D.C: OPS.
- Chaz Sardi, M. (2023), *Multiempleo en salud en provincia de Buenos Aires: estudio transversal de profesiones afectadas al cuidado de pacientes con COVID-19*, Revista Argentina Salud Pública.

Recuperado en: <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/802/814>

- Sotelo Maciel, A. J. (2014). *Cadena de valor público y planteamiento estratégico, limitaciones y virtudes del modelo*, XIX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública 2012, Cartagena (Colombia).
- Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional, Secretaría de Gestión y Empleo Público, Jefatura de Gabinete de Ministros (2022a). *Guía para el diseño de evaluación de políticas públicas*. Buenos Aires: Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional.

Recuperado en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dnfcg\\_guia\\_para\\_el\\_diseño\\_de\\_evaluacion\\_de\\_politicas\\_publicas.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dnfcg_guia_para_el_diseño_de_evaluacion_de_politicas_publicas.pdf)

- Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional, Secretaría de Gestión y Empleo Público, Jefatura de Gabinete de Ministros (2022b). *Los usos de los indicadores en la gestión pública. Guía para la elaboración e implementación de indicadores de gestión*. Buenos Aires: Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional.

Recuperado en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los\\_usos\\_de\\_los\\_indicadores\\_en\\_la\\_gestion\\_publica.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_usos_de_los_indicadores_en_la_gestion_publica.pdf)

- Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional, Secretaría de Gestión y Empleo Público, Jefatura de Gabinete de Ministros (2021). *Guía de planificación y seguimiento de gestión de políticas públicas*. Colección Fortalecimiento Institucional: Construyendo capacidades para un Estado presente. Buenos Aires: Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional.

Recuperado en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cofi\\_guia\\_de\\_planificacion\\_y\\_seguimiento\\_de\\_gestion\\_de\\_politicas\\_publicas.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cofi_guia_de_planificacion_y_seguimiento_de_gestion_de_politicas_publicas.pdf)

- Tamayo Sáez, Manuel (1997); *“El análisis de las Políticas Públicas”*, en Bañón Rafael y Ernesto Carrillo (comps.), *La Nueva Administración Pública*, Madrid, Ed. Alianza.

*primero  
la gente*



[argentina.gob.ar/salud](https://argentina.gob.ar/salud)