



**Especialidad en Sistemas de Salud y Seguridad Social.**

**Ciclo 2006-2007**

**Los Recursos Humanos de la Salud,**

**en la Estrategia de A.P.S.**

**Revisión Documentos Clave**

**Trabajo Final Integrador.**

**Docente: Lic. Daniela Álvarez.**

**Alumno: Lic. Andrea Mara Cecchin.**

**Julio 2010**

## **INDICE**

<b>1. Introducción.</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>2. Fundamentos generales de los Recursos Humanos en Salud.</b>	<b>Pág. 7</b>
<b>3. De Alma-Ata (1978) a Declaración del Milenio (1999).</b>	<b>Pág. 9</b>
3.1. Alma-Ata (1978).	Pág. 12
3.2. Carta de Ottawa (1986).	Pág. 14
3.3. Sistemas locales de Salud. SILOS (1993).	Pág. 16
3.4. Objetivos de Desarrollo del Milenio (1999).	Pág. 22
<b>4. De los Objetivos de Desarrollo del Milenio (1999) a La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas (2007).</b>	<b>Pág. 27</b>
4.1. Objetivos de Desarrollo del Milenio. ODM. Informe 2009.	Pág. 27
4.2. Funciones Esenciales de Salud Pública. FESP (2000).	Pág. 29
4.3. Carta de Bangkok (2005).	Pág. 31
4.4. OPS en el Siglo XXI (2005).	Pág. 32
4.5. Renovación de la Atención Primaria de la Salud-APS- en las Américas (2007).	Pág. 34

<b>5. Proyección y análisis de la situación actual.</b>	<b>Pág. 37</b>
5.1. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: “Derechos, Hechos y Realidades.” Declaración Buenos Aires 30-15. De Alma-Ata a la Declaración del Milenio.	Pág. 38
5.2. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007 (2004).	Pág. 42
5.3. Proyecto FESP. Reglamento operativo (2007).	Pág. 44
5.4. Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos en Salud (2007).	Pág. 47
5.5. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. OPS (2007).	Pág. 51
5.6. Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Argentina. (2008).	Pág. 54
5.7. Nota Estratégica: Cooperación técnica de la OPS/OMS con Argentina 2009-2011. Memorandum de ajuste: 5/10 (2009).	Pág. 61
5.8. Funciones Esenciales y Programas priorizados de Salud Pública FESP. Informe Anual (2009)	Pág. 63
 <b>6. Recursos Humanos en enfermería: personal crítico de la Atención Primaria de la Salud en Argentina.</b>	 <b>Pág. 63</b>
6.1. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina 1990-2000 (2002).	Pág. 64
6.2. Ley 24.004. Régimen legal del ejercicio de la enfermería.(1991).	Pág. 65
6.3. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Observatorio de Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.	

Recursos Humanos en Salud (2001).	Pág. 67
6.4. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004 (2005).	Pág. 70
6.5. Bases para un Plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud (2007).	Pág. 73
6.6. Proyecto de ley de emergencia de enfermería. Plan nacional de desarrollo de la enfermería (2008).	Pág. 77
6.7. Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de ley de emergencia de Enfermería. Plan nacional de desarrollo de la enfermería. (2008).	Pág. 79
<b>7. Análisis comparado de los ejes de cada etapa presentada.</b>	<b>Pág. 83</b>
7.1. Con relación a la evolución de los Recursos Humanos, en la estrategia APS.	Pág. 83
7.2. Comparación desde Alma-Ata (1978) a situación actual en Argentina (2009).	Pág. 84
<b>8. Conclusiones.</b>	<b>Pág. 86</b>

*“El comienzo del Siglo XXI ha sido marcado por los cambios en los paradigmas acerca del estado de la sociedad, la economía y la praxis de la salud. Las reformas en los sistemas sanitarios ponen en el centro de la escena la calidad del recurso humano en salud y su vinculación a las necesidades y demanda de la población a la que se dirigen”<sup>1</sup> Dr. Ginés González García.*

## **1. Introducción.**

El objetivo de éste trabajo es analizar los fundamentos que postulan los documentos nacionales e internacionales, respecto al rol de los Recursos Humanos de la Salud, en el desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Desde éste marco se relacionarán estos lineamientos, con la evolución que ha tenido dicho Recurso Humano en su desempeño. Especialmente se analizará el principio que enuncia: “Los trabajadores de la Salud, Protagonistas del Proceso Social”

Se trata de un trabajo de revisión documental, en forma cronológica en el cual se analizarán documentos claves en ésta temática: Constitución de Organización Mundial de la Salud (1946), Declaración de Alma-Ata (1978), Carta de Ottawa (1986), Ley 24004. Régimen legal del ejercicio de la enfermería (1991), OPS. CD37/20. Salud de los pueblos indígenas (1993), OPS. HHS/Silos 34. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Salud de los pueblos indígenas (1993), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos del Milenio (1999), OPS. CD42/15. Funciones esenciales de la Salud pública (2000), OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001(2001), OPS/OMS. Representación en Argentina. Formar para Transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina. 1990-2000 (2002), OPS. Seminario-Taller Internacional sobre Atención Primaria de la Salud a 25 años de Alma Ata (2003), OPS. CD45/DIV/2. Celebración de la Declaración de Alma Ata. Renovar nuestro compromiso con la Atención

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Bs. As 2007.

Primaria de la Salud (2004), Ministerio de Salud de la Nación. Bases para un Plan Federal de Salud. 2004-2007 (2004), Ambramzon. Recursos Humanos en Salud en 2004. OPS en Argentina (2005), Carta de Bangkok para la promoción de la Salud en un mundo globalizado (2005), OPS. CD 46/29. Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (2005), OPS. Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud (2005), Ministerio de Salud de la Nación. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (2007), Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública –FESP- Reglamento Operativo (2007), OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS (2007), Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 30-15. Declaración “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria” (2007), Ministerio de Salud de la Nación. Hacia un cuidado integral de la Salud para la equidad. Buenos Aires 30-15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio (2007), OPS. Agenda salud para las Américas. 2008-2017 (2007), OPS. Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Argentina. 2008-2012 (2008), Ministerio de Salud de la Nación. COFESA. Proyecto de Ley de Emergencia de Enfermería. Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería (2008), Cámara de Diputados de la Nación Orden del día N°1632. Proyecto de Ley de Emergencia de enfermería. Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería y Programa Nacional destinado a fomentar la formación de enfermeros y enfermeras profesionales. Período Parlamentario 2008. (2009), OPS. Nota Estratégica: Cooperación técnica de la OPS/OMS con Argentina. 2009-2011- Memorandum de ajuste 5/10 (2009), Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2009(2009), Ministerio de Salud de la Nación. FESP. Informe Anual 2009 (2009).

El texto se organizó de acuerdo a los puntos a analizar en los referentes documentos y en orden cronológicos:

- I. Fundamentos generales de los Recursos Humanos en Salud.**
- II. De Alma-Ata (1978) a la Declaración del Milenio (1999).**

- III. **De los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM- (1999 -2008) a La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas (2007).**
- IV. **Proyección y análisis de la situación actual.**
- V. **Recursos Humanos en enfermería: personal crítico de la Atención Primaria de la Salud en Argentina.**

Es importante replantear las estrategias de APS a través de un análisis bibliográfico de las formulaciones que se han elaborado para fortalecer los sistemas de Salud en general y para la Américas, particularmente en el enfoque de acciones intersectoriales, que han convocado y siguen convocando a los Recursos Humanos de la Salud, como protagonistas del Proceso de cambio, participando, sosteniendo y fortaleciendo a través de las intervenciones globales e individuales, el proceso multidimensional que es la estrategia de la APS en los tiempos actuales, en América Latina, en Argentina en particular.

## **2. Fundamentos generales de los Recursos Humanos en Salud.**

El Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de los Recursos Humanos en Salud de las Américas (2005), busca movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector Salud, de otros sectores representativos y de la sociedad civil, a fin de generar estrategias de Salud que promuevan y fortalezcan intervenciones para el desarrollo de Recursos Humanos, en base a los siguientes principios:

- *“Los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población.*
- *Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social: El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y*

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

*responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud.*

- *Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo: El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de la salud”<sup>2</sup>*

Estos principios postulados debieran operativizarse a través de planes e intervenciones fundadas en la Atención Primaria de la Salud (APS) y equipos interdisciplinarios, que fomenten entornos de trabajo saludables para los pacientes y para los trabajadores de la Salud en todos los niveles, estados y jurisdicciones.

La APS se funda en principios éticos, políticos y sistémicos que responden a la perspectiva de la Salud en el sentido multidimensional: como objeto –ontológicamente-, como concepto –epistemológicamente- y el campo de acción –praxis, pragmáticamente. Los trabajadores de la Salud son Protagonistas de la acción que se realiza en la dimensión de la sociedad, de la cultura: en los grupos sociales y en la dimensión individual en la intervención. La prevención y promoción de la Salud requiere del compromiso de los actores de la Salud en el Proceso histórico, Social de las diversas culturas, hoy ampliado e intercomunicado por la globalización.

Jaime Breilh (2003) considera que:

*“Es erróneo entonces, conceptualizar la salud por separado del objeto de transformación de un campo práctico, pues de ese modo se pierde la riqueza del movimiento objeto-sujeto, que es la dinámica fundamental del*

---

<sup>2</sup> Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. 4-7 de octubre de 2005. OPS.



*conocimiento. Es decir, la construcción de la salud como objeto impregna su conceptualización y a su vez, la construcción del concepto salud sólo puede pensarse en relación a un objeto de transformación; un objeto que no es estático, ni uniforme, ni simple; un objeto multidimensional en el que juega la oposición de procesos contradictorios –generales, particulares y singulares-, y en el que se da un movimiento entre procesos generativos de la acción singular y particular, y los procesos de reproducción de la totalidad; y claro, ese movimiento sólo se hace visible y comprensible en un campo práctico. A su vez, las necesidades y contradicciones del campo práctico impregnan inevitablemente las conceptualizaciones y la conformación histórica de objeto salud”<sup>3</sup>*

Cuestionar el lugar de los Trabajadores de la Salud, en el proceso de cambio social, implica un análisis de las propuestas elaboradas por OPS/OMS y Ministerio de Salud de la Nación, con un seguimiento cronológico, evolutivo y crítico desde las fuentes, que permitirá evaluar los avances en el abordaje de los Recursos Humanos de la Salud, en la estrategia de la APS.

### **3. De Alma-Ata (1978) a la Declaración del Milenio (1999).**

*“...necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo”.*

*Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud.*

*Alma-Ata, URSS, 1978*

El planteo de la APS desde su inicio en Alma-Ata a la actualidad, mantiene ciertos principios básicos que pueden agruparse en:

---

<sup>3</sup> Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2003. Pág. 49

- Accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de Salud.
- Compromiso, participación y sostenimiento individual y comunitario.
- Acción intersectorial por la Salud.
- Costo-efectividad y tecnología apropiada en función de los Recursos disponibles.

Sin embargo, en La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, OPS (2007), se han planteado las diferencias de aplicación de la estrategia en los distintos países, acorde con el desarrollo histórico de la Atención a la Salud, con relación a la evolución política y Social. Por eso han agrupado la Atención Primaria de la Salud en las Américas acorde con cuatro (4) enfoques que aplican la APS realizando un énfasis específico.

“Enfoque: Atención Primaria de Salud Selectiva.

*Definición: Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo. Los principales servicios, conocidos como GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) a veces incluían los suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar (GOBI-FFF)*

*Énfasis: Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres.*

Enfoque: Atención Primaria.

*Definición: Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces. Este es el concepto de Atención Primaria de la Salud más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la*

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

*disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia.*

*Énfasis: Nivel de atención de un sistema de servicios de salud.*

*Enfoque: “Atención Primaria de Salud Integral” de Alma Ata.*

*La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de la Salud como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (...) Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud (...) como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad (...) llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia de la salud.”*

*Énfasis: Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud.*

*Enfoque: Salud y Derechos Humanos.*

*Definición: Concibe a la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la Declaración de Alma Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más “globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos” de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud.*

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

*Énfasis: Filosofía que impregna el sector social y de salud.”<sup>4</sup>*

En éste trabajo se desarrollarán los enfoques de Atención Primaria de la Salud Integral de Alma Ata, y Salud y Derechos Humanos, que han sido revisados críticamente de acuerdo con las demandas actuales a través de los organismos nacionales e internacionales. Los enfoques de Atención Primaria de Salud selectiva y Atención Primaria, han sido superados en las formulaciones realizadas en la Declaración de Alma Ata (1978).

### **3.1 Alma Ata. (1978)**

Este proceso, desde la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS en setiembre de 1978, ha atravesado etapas en el despliegue de las estrategias a implementar en pos de la Atención Primaria de la Salud.

A partir del reconocimiento del derecho humano a la salud, se convoca en Alma-Ata a los diversos actores políticos, sociales y económicos; todas las personas tienen derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria, con el objetivo social de alcanzar la completa salud para todos y reducir la diferencia entre países desarrollados y en vías de desarrollo, mediante estrategias sanitarias y sociales adecuadas, para alcanzar todos los habitantes del mundo en el año 2000, un nivel de salud que permita alcanzar una vida productiva social y económicamente.

Desde su inicio la APS ha sido planteada como atención sanitaria esencial, que forma parte del sistema sanitario del país, de desarrollo social y económico de la comunidad. El primer nivel de contacto es el individuo, como así las familias y las comunidades. Implica también todos los sectores que intervienen en el desarrollo de una nación:

---

<sup>4</sup> OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. 2007. Cap. 1. Tabla: Enfoques de la Atención Primaria de Salud. Pág. 4

*“a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como las tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.*

*Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles”<sup>5</sup>*

El inicio del proceso de cambio estaba en marcha, los sucesos políticos, sociales y económicos con sus múltiples factores intervinientes, la declaración de Alma Ata concentra a través de un llamado:

*“urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional.”<sup>6</sup>*

Este llamamiento se encuentra alineado con la declaración realizada por los estados partes, en la conferencia sanitaria internacional, Nueva York, 1946, en conformidad con la carta de las Naciones Unidas al afirmar:

---

<sup>5</sup> Declaración Alma-ATA, Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. URSS, 1978. Ítems VII (7) y VIII.

<sup>6</sup> Declaración Alma-ATA, Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. URSS, 1978. Ítem X

*“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*

*El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (...) Aceptando estos principios, con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las Partes Contratantes convienen en la presente Constitución y por este acto establecen la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado”<sup>7</sup>*

Desde 1946 a 1978, en Alma Ata se reafirma la decisión de la salud como estado de bienestar físico, mental y social, iniciándose el proceso de implementar la estrategia de APS para alcanzar la Atención para todos en el Año 2000 –a fin con el espíritu de justicia Social de la década de los 70- siendo convocados todos los trabajadores de la Salud, integrantes de equipos sanitarios insertos en las comunidades en las cuales intervienen.

### **3.2 Carta de Ottawa. (1986)**

En 1986, se realiza la primera conferencia internacional sobre la promoción de la Salud reunida en Ottawa, Canadá. Toma como punto de partida los progresos alcanzados luego de Alma Ata, sobre la atención primaria, respondiendo al pedido de cambios acerca de la Salud pública, en los países desarrollados y en los que no los son.

La promoción de la Salud, para mejorar la Salud, tiene como prerequisites la paz, educación, vivienda, alimentación, renta, justicia Social y equidad. Se reconocen los factores políticos, económicos, sociales y culturales como variables que afectan la Salud individual y comunitaria, pero de manera favorable pueden promocionar la Salud. La

---

<sup>7</sup> OMS. Documentos Básicos. Constitución de Organización Mundial de la Salud. Modificaciones adoptadas por la 51 Asamblea Mundial de la Salud. Octubre 2006.

promoción de la Salud tiene como fundamento la equidad sanitaria, igualdad de oportunidades, proporcionar medios que permitan a toda la población desarrollar el máximo de su Salud potencial.

Las políticas de promoción de la Salud tienen implícita la elaboración de políticas públicas sanas: programas dirigidos a todos los sectores, a todos los niveles, generando una toma de conciencia de las decisiones que tienen los estilos de vida, la manera en que la sociedad se organiza, las formas de trabajo y todos aquellos cambios que propician cambios en el medio ambiente, evidenciando sus efectos positivos en la Salud pública. En relación con los servicios sanitarios, los Recursos Humanos son parte interviniente en la acción comunitaria, todos forman parte del llamado al apoyo social,

*“la responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud”<sup>8</sup>*

Esta carta finaliza llamando a la acción internacional, al compromiso de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y demás actores sociales, en torno a la promoción de la salud, el objetivo “Salud para Todos en el año 2000” es posible.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, a través de los Objetivos del Milenio (ODM) nos permiten evaluar que la Salud para Todos en el Año 2000 no ha sido alcanzada y la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud, sigue su proceso condicionada por los múltiples y diversos determinantes políticos, sociales, económicos, culturales y ambientales. Atención Primaria implica políticas de Estado y compromisos de todos los sectores intervinientes (público, privado, tercer sector, organismos internacionales) y cada uno de los ciudadanos.

---

<sup>8</sup> Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.1986

### **3.3 Sistemas locales de Salud. SILOS (1993)**

En América Latina, OPS ha implementado los Sistemas Locales de Salud-SILOS- (1993), que incorpora la descentralización y la participación social como centrales en la estrategia de tratar el problema de la Salud de los pueblos indígenas de las Américas –SAPIA- (a 500 años de la llegada de los europeos a América). Reconociéndose la gran diversidad de etnias y culturas, respetando la identidad e idiosincrasia de cada pueblo, dentro de las políticas y programas de prevención de enfermedades y promoción de la Salud; convocándose al campo de la Salud a nivel oficial, ONG's, universidades y centros de investigación nacionales e internacionales.

Se ha evidenciado en ésta propuesta la heterogeneidad étnica y cultural de los pueblos indígenas, el derecho a la autodeterminación, respeto y revitalización de las culturas originarias, la imposibilidad de aplicar programas únicos o modelos universales, siendo prioritario el desarrollo de estrategias de atención focalizadas en la perspectiva local. Para que las Acciones sean aplicables no solamente han de ser planificados los lineamientos, sino contar con los Recursos Humanos que respondan a la multi-dimensionalidad y diversidad de las iniciativas.

Siguiendo el lineamiento enunciado en la Carta de Ottawa, respecto de la promoción de la Salud, a través del desarrollo de los SILOS se responde a las faltas en la cobertura, a través de acciones intersectoriales, la investigación y articulación entre el saber tradicional y el saber y quehacer autóctono. Dentro de las estrategias planteadas se incorpora la formación de profesionales y trabajadores de la Salud que respondan a los lineamientos propuestos por SILOS, adaptando las currículas a las necesidades locales, para preservar la identidad y compromiso local. La APS desde ésta perspectiva ha de generar modelos socialmente relevantes y culturalmente sensibles a la realidad comunitaria, en la cual han de ser aplicados, promoviendo la articulación intersectorial y participación Social.

En contraposición a éstos planteos se encuentra el análisis crítico de Almeida Filho (1999) afirmando que en América Latina los programas de Salud comunitaria ha sido basados en la experiencia de Colombia, Brasil y Chile, patrocinados por fundaciones norteamericanas y respaldos de OPS, siendo la APS desde 1977 propuesto por la Asamblea Mundial de Salud



la consigna Salud para todos en el Año 2000 –SPT-2000-, reafirmada en Alma-Ata (1978) al establecerse la Salud como derecho del hombre, y la APS como estrategia privilegiada de operacionalización de las metas de SPT-2000, siendo actualizada en SILOS al relacionar la salud comunitaria a las reformas locales, sectoriales de Salud de los países subdesarrollados. Al igual considera que la Carta de Ottawa (1986) institucionaliza el modelo canadiense, siendo tomada la promoción de la Salud por parte de organismos internacionales que han fomentado por ejemplo el Proyecto Ciudades Saludables (1986), de la OMS.

En Argentina este proyecto se formula desde los organismos internacionales y como resalta Almeida Filho (1999) es atravesado por la reforma neoliberal, que en el sector público se materializa en la Reforma del Estado:

*“En América Latina, muchas de las reformas del sector salud son apoyadas por organismos financieros internacionales, a ejemplo del Banco Mundial, cuyos presupuestos y directivas divergen bastante de los proyectos originales de la reforma sanitaria (Banco Mundial, 1993). Por lo tanto, se hace necesario discernir los contenidos sustantivos de cada uno de los proyectos para que, por ejemplo, sea posible comprender las especificaciones del sistema de salud canadiense en comparación con el proyecto Clinton para la actualización de complejo de servicios de salud estadounidense, del mismo modo que se hace necesario considerar las diferencias entre la organización de los servicios de salud en Cuba, con énfasis en la atención primaria y las propuestas de la reforma sectorial de Bolivia y de Colombia.(...) Así muchas de estas reformas sectoriales no llegan a ser concebidas ni debatidas por las escuelas de Salud Pública u organismos semejantes y, en ciertos casos, no llegan a los mismos ministerios de salud, siendo negociadas directamente entre las agencias financieras y el área económica de los gobiernos. (...) Finalmente, en el*

*período 1991-1995, la OPS encaminó un ambicioso proyecto para la reflexión y crítica sobre la teoría y la práctica de Salud Pública”<sup>9</sup>*

En su planteo crítico, Filho(1999) sostiene la necesidad de contar con Recursos Humanos:

*“capaces de cumplir diferentes roles, desde una función histórico política de “rescatar, del propio proceso histórico de construcción social de la salud, los conocimientos, éxitos y fracasos de la humanidad en su lucha por la ciudadanía y el bienestar” hasta una función de agregación de valor a través de la producción y gestión del conocimiento científico tecnológico; desde una función de gerencia estratégica de recursos escasos y mediador estratégico de las relaciones entre las necesidades y problemas de salud y las decisiones políticas hasta una función de advocacy, utilizando el conocimiento “como instrumento de denuncia para promover la movilización creciente de la sociedad en demanda de la realización de su potencial de salud y ejercicio del derecho de la ciudadanía”<sup>10</sup>.*

El autor en concordancia con la postura de Breilh (2003), desarrollan el concepto de Salud desde un saber práctico, dinámico, cuestionadora de las políticas implementadas desde SPT-2000, reflexiona acerca de los cambios de paradigmas sociales-políticos que se han desarrollado en las comunidades latinoamericanas a través de la ejecución de políticas neoliberales, modificaciones que han afectado los comportamientos individuales y colectivos.

El planteo de la APS sigue vigente, a través de requisitos que se han reformulado: criterio multisectorial, participación de la comunidad y la tecnología apropiada, como base para

---

<sup>9</sup> Almeida Filho, Naomar de. Op.Cit.

<sup>10</sup> Almeida Filho, Naomar de. Op.Cit

ejecutar los programas sanitarios, siendo el trabajador de la Salud, quien ingresa a la comunidad como el primer agente de Salud.

Los apoyos que el sistema de Salud debe aportar a la APS -según los fundamentos revisados- en 3 ejes que funcionan sistémicamente, en ciclos que se retroalimentan:

1. Promoción de la APS
2. Desarrollo de la APS
3. Funcionamiento de la APS.

Asimismo, para que estos ciclos sean alcanzados, resulta fundamental contar con Recursos Humanos capacitados, comprometidos con la realidad histórica, social, política, que sean integrantes del Proceso de cambio Social.

El profesional de la Salud ha de responder a las necesidades de la comunidad, comunicándose con los integrantes de manera amena, comprensible, fomentando de este modo la participación comunitaria de manera solidaria, voluntaria, responsable.

En Seminario-taller Internacional sobre la APS a 25 años de Alma Ata (2003), al analizar las áreas críticas plantea:

*“La participación de la comunidad en todo proceso de reforma organización la ha sido señalada como un sustrato fundamental para las actividades de planificación, programación, evaluación y ejecución. Pero el significado, el contenido y los alcances de dicha participación dependen del contexto y del escenario de cada nivel local, regional y jurisdiccional.*

*(...)La participación debe entenderse pues como un proceso de información, planificación, realización y evaluación en el que la comunidad es partícipe activa de todas y cada una de las fases del mismo, para que, de esta forma, decida cuales son las prioridades en el campo de la atención de la salud de su*

*institución, y de qué forma y con qué recursos se producen las acciones encaminadas a implementarlas.”<sup>11</sup>*

El documento abre paso al interrogante de qué lugar ocupa el agente de Salud en la participación comunitaria, de los Recursos Humanos en tanto Protagonistas del Proceso de Social, luego de dieciocho años de la conferencia internacional sobre la promoción de la Salud, en la cual se emite la carta de Ottawa(1986), en la cual específicamente plantea:

*“El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucrados como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.*

*Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos”<sup>12</sup>*

Al implementar políticas sanitarias que formulen, encausen la participación comunitaria, se han diferenciado problemas y resistencias que dificultan la interacción de los integrantes de

---

<sup>11</sup> OPS. Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de la Salud a 25 años de Alma Ata. Bs As, OPS, 2003. Capítulo 4. Análisis de áreas críticas; conceptos sustantivos, conflictos e incertidumbres, fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas. Atención Primaria y Participación Comunitaria. Págs. 65-66

<sup>12</sup> Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.

la comunidad, en el Proceso de desarrollo intersectorial para fortalecer el trabajo fundado en la APS a nivel local,

Han resaltado dos vertientes:

a. Problemas provenientes de los profesionales de la Salud:

*“Dos aspectos conceptuales frenan, en ocasiones, las relaciones de los profesionales sanitarios con la comunidad: uno nace del concepto individualista que sobre el proceso salud-enfermedad suelen tener los profesionales y que origina un desinterés por los aspectos epidemiológicos de este proceso y que hace se considere innecesaria la participación de la comunidad. Otro, que parte de considerar como poco científico y propio de países subdesarrollados, el implicar a la población en la solución de sus problemas de salud.”<sup>13</sup>*

b. Obstáculos surgidos por parte de la comunidad.

*“La falta de tradición en el terreno participativo, por parte de los ciudadanos, dificulta su incorporación a los consejos de administración, siendo este hecho agravado en gran medida por la ausencia de organizaciones representativas ciudadanas, sobre todo en el medio suburbano o rural.*

*(...) Existen serias dificultades para conseguir la participación de la comunidad, de tal manera, que la mayoría de los ciudadanos se limitan a utilizar los servicios que se les ofrecen sin mostrar interés por intervenir en su gestión o planificación. La mayoría de los vecinos piensan que los problemas de salud deben resolverlos los técnicos del Hospital o centro de salud, porque*

---

<sup>13</sup> OPS. Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de la Salud a 25 años de Alma Ata. Bs As, OPS, 2003. Ob. Cit. pág. 71.

*consideran que sólo ellos tienen capacidad para dirigir el proyecto que mejore su atención de la salud o su nivel sanitario”<sup>14</sup>*

El llamado a la acción internacional desde Ottawa, compromete a todos los organismos participantes a:

*“intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar a favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;*

*(...) reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y lo que es más importante, con el pueblo mismo”<sup>15</sup>*

### **3.4 Objetivos de Desarrollo del Milenio (1999).**

OPS, en la sesión del comité regional y consejo directivo, comunicado a través del documento CD 45/DIV/2(2004), realiza una serie de recomendaciones a los estados miembros para fortalecer la APS, resaltando:

*“tenga en cuenta los principios de la atención primaria de salud en las actividades de todos los programas de cooperación técnica, en particular en lo concerniente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*

*(...) siga prestando apoyo para la capacitación del personal de salud en la atención primaria de salud.*

*Apoye la aplicación de modelos de atención primaria de salud localmente determinados que sean flexibles y adaptables”<sup>16</sup>*

---

<sup>14</sup> OPS. Ob. Cit. pág. 72.

<sup>15</sup> Carta de Ottawa. Ob. Cit.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD (1999), establece objetivos, metas e indicadores mensurables, con plazos definidos hasta 2015, que agrupan en 8 objetivos:

- 1- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2- Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- 4- Reducir la mortalidad infantil.
- 5- Mejorar la salud materna.
- 6- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- 7- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- 8- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

A partir de estos objetivos, se establecen 18 metas, de alto impacto en la salud, basadas en la acción multilateral e intersectorial:

*“Meta 1. Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar. (...)*

*Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 a 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre. (...)*

*Meta 3. Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria. (...)*

---

<sup>16</sup> OPS. CD45/DIV/2 Celebración de la Declaración de Alma Ata. Renovar nuestro compromiso con la atención primaria de la salud. Setiembre 2004.

*Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015. (...)*

*Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años. (...)*

*Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. (...)*

*Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. (...)*

*Meta 8. Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. (...)*

*Meta 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos en medio ambiente. (...)*

*Meta 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable. (...)*

*Meta 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 202, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios. (...)*

*Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. (...)*

*Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. (...)*

*Meta 14. Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo. (...)*



*Meta 15. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo. (...)*

*Meta 16. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo. (...)*

*Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo. (...)*

*Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones ”<sup>17</sup>*

Se infiere que las estrategias de APS declaradas en Alma Ata (1978) a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (1999) se entrelazan para unificar criterios y prioridades que respondan a construir un mundo más equitativo, concibiendo a la Salud como un derecho humano, tomando a los grupos de los excluidos como prioridad, diferenciándose del enfoque de la Atención Primaria selectiva (Ref. 4), por resaltar compromiso intersectorial desde la meta 12 a la meta 18, focalizando acciones sociales, económicas que sean materializadas en voluntad política para buscar soluciones entre países desarrollados y los países en vía de desarrollo, siendo el financiamiento y los Procesos de negociación la base de esta iniciativa de las Naciones Unidas.

Torres, C y Mujica, O (2004), desarrollan antecedentes a la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

*“En setiembre de 2000, representantes de 189 países se reunieron en la Cumbre del Milenio, convocada por las Naciones Unidas en la ciudad de*

---

<sup>17</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. ODM. 1999.

*Nueva York, y adoptaron la declaración que dio base a la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos objetivos forman parte de una larga serie de iniciativas emprendidas por los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas y las instituciones internacionales de financiamiento dirigidas a reducir la pobreza en el mundo. Por ello, para evaluar adecuadamente su importancia debe hacerse una lectura transversal con los resultados de otras conferencias de las Naciones Unidas, como la Cumbre Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Brasil en septiembre de 1992; la Conferencia Internacional sobre la Mujer, celebrada en Beijing, China, en septiembre de 1995; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994; la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, llevada a cabo en Copenhague, Dinamarca, en marzo de 1995; y la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada en Durban, República Sudafricana, en agosto de 2001, entre otras. Estas conferencias también han servido para que en las agendas de los gobiernos se profundice en temas relacionados con los derechos sociales, el desarrollo sostenible y la protección del medio ambiente.*

*(...)Los ODM están vinculados con estas iniciativas previas y representan un avance por haberse logrado establecer ocho objetivos concretos (... )Además, se establecieron metas de desarrollo del milenio (MDM) e indicadores precisos para facilitar el seguimiento. Esto supera el perfil demasiado general y amplio de las propuestas emitidas en otras reuniones cumbre anteriores. Por último, se definió un horizonte temporal de 15 años, que es el tiempo necesario para lograr estos cambios, según los expertos”<sup>18</sup>*

Los autores refieren que los ODM y MDM han tenido una repercusión positiva en los organismos internacionales y entidades financieras, OPS participa del seguimiento de los

---

<sup>18</sup> Torres, C., Mujica, O. Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rev. Panamericana Salud Publica/Pan AM J Public Health 15(6), 2004. Págs. 430-431

ODM, a través de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017(2007), realizando un análisis de la situación y tendencias de la salud.

#### **4. De los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM-(1999) a La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas (2007).**

##### **4.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2009.**

Desde 1999 a 2009, se han sucedido diversas crisis económicas a nivel mundial, con serias repercusiones en diversos países, y que han afectado el desarrollo de las MDM, propuestas oportunamente.

Naciones Unidas (2009) en el informe elaborado a los 9 años de haberse establecido los ODM y metas de desarrollo del milenio (MDM), comunica:

*“No podemos permitir que un entorno económico desfavorable nos obligue a dejar de lado los compromisos contraídos en el año 2000. Por el contrario, nuestros esfuerzos para restablecer el crecimiento económico deben ser considerados como una oportunidad para tomar algunas decisiones difíciles pero necesarias para crear un futuro más equitativo y sostenible.*

*Este informe muestra que políticas y medidas correctas, respaldadas por una financiación adecuada y un firme compromiso político, pueden dar resultado. (...) No obstante, en el informe se señala que todavía quedan muchas dificultades por superar y que probablemente resulten aún más difíciles en el actual entorno económico.*

*(...) Este no es momento de retroceder sino de acelerar los avances hacia el logro de los ODM y fortalecer la alianza mundial para el desarrollo. Si la*

*comunidad mundial responde de manera constructiva a la crisis, los objetivos todavía pueden lograrse”<sup>19</sup>*

En el informe citado, especifica las repercusiones de la crisis económica en la evaluación anual del progreso hacia el logro de los ODM, analizando cómo ciertos objetivos son afectados de manera directa por la situación financiera mundial, los efectos del cambio climático, resaltando la prioridad de fortalecer la alianza mundial establecida oportunamente. Estrategias del sector Salud, APM identificada con algunos de los ODM-MDM: tres de los ocho objetivos: mortalidad materna, mortalidad infantil e infección por VIH, están relacionadas específicamente con Salud, también la metas: mortalidad menores de 5 años (meta 5), mortalidad materna (meta 6), VIH/SIDA (meta 7), Malaria y enfermedades graves (meta 8), medio ambiente (meta 9), agua potable (meta10), medicamentos esenciales (meta 17). A través de los datos informados a través de los indicadores diseñados para monitorear las estrategias para alcanzar los objetivos, los representantes locales han de diseñar las políticas y programas de desarrollo acorde con el compromiso asumido, evaluando el respaldo político y de los organismos locales e internacionales.

*“Somos la primera generación que posee los recursos, el conocimiento y la capacidad para eliminar la pobreza. La experiencia demuestra que, donde existe una voluntad política firme, hay progreso; y donde existen asociaciones, hay beneficios.*

*En el mundo, las personas pobres buscan la ayuda y solidaridad de sus gobiernos y las Naciones Unidas. Tenemos esa responsabilidad ante ellos.*

*Así que, cumplamos con nuestra responsabilidad”<sup>20</sup>*

---

<sup>19</sup> Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2009. Nueva York, 2009. Prólogo.

<sup>20</sup> Naciones Unidas. Ob. Cit. Palabras del Secretario General en la Reunión de alto nivel sobre los objetivos de desarrollo del Milenio, Nueva York, 25 de septiembre del 2008.

## 4.2 Funciones Esenciales de Salud Pública. FESP. (2000).

OPS (2000) pone en marcha la iniciativa “La Salud pública en América”, dirigida a la definición y medición de las Funciones esenciales de Salud pública-FESP-, que competen al Estado, para mejorar la práctica de la Salud pública en las Américas, en los países de la región. Los procesos de reforma del sector Salud (RS) se concentro en cambios estructurales, financieros y organizativos en los sistemas de salud. Se considero en este periodo elemental modernizar la infraestructura, insertar medidas de efectivización del sistema, a fin de recuperar la Salud pública. Para ello es necesario elaborar una validación sobre el estado de situación y analizar qué áreas han de ser fortalecidas.

*“El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una moción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria”<sup>21</sup>*

OPS a través del Comité Directivo CD 42/15, elabora las 11 FESP identificadas como instrumento de medición de su desempeño en la Salud pública en los países de América.

1. *Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población (...)*
2. *Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública (...)*
3. *Promoción de la salud (...)*
4. *Participación social y refuerzo de poder de los ciudadanos en salud (...)*
5. *Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional (...)*

---

<sup>21</sup> OPS. CD 42/15. Funciones esenciales de la salud pública. 2000.

6. *Regulación y fiscalización en salud pública (...)*
7. *Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios (...)*
8. *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública (...)*
9. *Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos (...)*
10. *Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública (...)*
11. *Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.*<sup>22</sup>

Medir el desempeño de las FESP permitirá analizar las fortalezas y debilidades de la práctica de la Salud pública, en particular los Recursos Humanos en Salud, en el rol de agentes en la estrategia de APS, en relación con las funciones esenciales 3, 4 y 8.

La capacitación y evaluación del Recurso Humano en Salud, facilitará también la identificación de las necesidades de servicios de Salud pública y de la Atención Primaria de la Salud.

Evaluar requisitos y contenidos curriculares en la formación de Recursos Humanos, de los programas de mejoramiento continuo de la calidad y generar alianzas para alcanzar perfeccionamiento profesional y trabajo interdisciplinario son acciones que promueven la promoción de la Salud y la participación comunitaria, a través de profesionales comprometidos con los recursos comunitarios.

La iniciativa de OPS (2000) tiene relación con los ODM y las MDM en la definición de indicadores y estándares de las FESP, que permitan mejorar metodológicamente las prácticas de Salud pública actuales y en agenda, alineadas con los Principios de la APS.

Las FESP integran la Agenda de Salud para las Américas, OPS (2007) y de la Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Argentina 2008-2012 (2008).

---

<sup>22</sup> OPS. CD 42/15. Op. Cit. Pto 3.

### 4.3 Carta de Bangkok (2005)

Como antecedente al informe 2009 del PNUD, acerca de la evolución de los ODM, es importante citar la Carta de Bangkok, Tailandia (2005) que retoma los principios y estrategias de acción para el fomento de la Salud, acorde con la Carta de Ottawa (1986), resalta la importancia de abordar los factores determinantes de la salud para la promoción de la Salud en un mundo globalizado, especificando:

*“las desigualdades crecientes en los países y entre ellos, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales y la urbanización. Otros factores que influyen en la salud son los cambios sociales, económicos y demográficos, rápidos y con frecuencia adversos, que afectan a las condiciones laborales, los entornos de aprendizaje, las estructuras familiares, y la cultura y la urdimbre social de las comunidades.*

*(...)Pese a los progresos logrados en lo relativo a situar la salud en el centro del desarrollo, por ejemplo mediante los Objetivos de Desarrollo del Milenio, queda mucho por hacer”<sup>23</sup>*

La carta de Bangkok, recoge los compromisos asumidos durante la sexta conferencia internacional sobre la promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005. Son características propias de éste documento: retomar las formulaciones plasmadas en la Carta de Ottawa en cuanto la promoción de la Salud, la importancia de reubicación de la comunidad ante el Proceso de cambio Social, desde el paradigma de la globalización, coincide con el desafío a enfrentar, acorde con el ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo, para alcanzar a través de la meta 18: Tecnología de información.

---

<sup>23</sup> Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia. 2005.

La incidencia de la inestabilidad social y económica, el avance de las tecnologías, son formulaciones planteadas por los estados parte convocados, desde la Carta de Bangkok, en relación con los compromisos asumidos, resalta la importancia de fomentar nuevas respuestas y puntos de acceso, y asumir cada sector (intergubernamental, gubernamental, sociedad civil y privado) acorde con su nivel, las respectivas responsabilidades para desarrollar políticas y alianzas para la acción a nivel local, para mejorar la Salud.

Los participantes de la conferencia internacional sobre promoción de la Salud, celebrada en Bangkok, realizan un Llamamiento a la acción:

*“Los participantes en la Conferencia solicitan a la Organización Mundial de la Salud y a sus Estados Miembros que, en colaboración con otros, destinen recursos a la promoción de la salud, inicien planes de acción y vigilen sus resultados mediante indicadores y metas apropiados, y que informen regularmente sobre los progresos realizados. Se pide a las organizaciones de las Naciones Unidas que estudien los beneficios que reportaría el desarrollo de un Tratado Mundial en pro de la Salud”<sup>24</sup>*

Dentro de los Recursos destinados a la promoción de la Salud, se encuentran los Recursos Humanos, los trabajadores de la Salud.

#### **4.4 OPS en el Siglo XXI (2005)**

OPS, en el mismo período realiza un informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (2005), considerando prioridad proteger el derecho a la Salud, generar servicios de Salud de calidad, y concretar políticas públicas relativas a los trabajadores. Especifica desafíos relativos a los Recursos Humanos en Salud:

*“Formular políticas que incentiven la carrera pública sanitaria, reorganizando a los trabajadores en estructuras de carrera que satisfagan los requisitos de valoración del profesional, asignación del profesional conforme a las*

---

<sup>24</sup> Carta de Bangkok. Ob. Cit.



*necesidades del sistema y atención a municipios y regiones donde hay mayor carencia de personal sanitario;*

*Formular políticas para eliminar la precarización del trabajo sanitario buscando la consolidación progresiva de relaciones de trabajo más estables, con apropiados mecanismos de financiamiento por parte de los gobiernos y en un contexto jurídico adecuado; Formular políticas que promuevan la calidad de vida de los trabajadores y la humanización de las relaciones de trabajo sanitario”<sup>25</sup>*

Específicamente éste documento resalta en la formación del Recurso Humano, presente y futuro, encarar acciones intersectoriales entre los sectores salud, educación y trabajo para formular políticas inductoras de cambios.

*“La educación permanente en salud debe ser la estrategia fundamental para reordenar las prácticas de formación, atención, administración, formulación de políticas y participación social en el sector salud, estableciendo acciones intersectoriales oficiales y regulares con el sector de la educación”<sup>26</sup>*

En el mismo año se desarrolla la Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, octubre de 2005, en la cual se realiza el Llamado a la Acción de Toronto, Canadá (2005), para una década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015), encuentro promovido por la OPS/OMS, en conjunto con el Ministerio de Salud de Canadá y el Ministerio de Salud y Cuidados prologados de la Provincia de Ontario.

Las MDM tienen plazo previsto de desarrollo al año 2015, son 15 años desde la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. La década de los Recursos Humanos tiene enunciado el cierre en el mismo año.

La APS es una estrategia fundamental para alcanzar los ODM, y los Recursos Humanos son parte de los agentes que permiten el enlace entre la comunidad y el sistema de Salud

---

<sup>25</sup> OPS. CD 46/29. Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. Agosto 2005

<sup>26</sup> OPS. CD 46/29. Ob. Cit.

(Ref.2. Principios del Llamado a la Acción de Toronto), siendo fomentada la capacitación de los mismos en forma intersectorial, a través de las políticas correspondientes es previsible que se ha de alcanzar inserciones locales con menos obstáculos, más compromiso y coherencia con las necesidades de la comunidad y ser por lo tanto los Recursos Humanos, en APS, Protagonistas del Proceso Social.

#### **4.5 Renovación de las Atención Primaria de Salud en las Américas (2007).**

En OPS (2007) se plantea la siguiente premisa:

*“Para renovar la APS estriba en constituir una coalición internacional entre las partes interesadas. Las tareas de dicha coalición serán abogar porque la renovación de la APS sea una actividad prioritaria, desarrollar el concepto de los sistemas de salud basados en la APS, presentándolos como una opción políticamente factible y atractiva, así como encontrar fórmulas para capitalizar las actuales oportunidades que ofrecen la reciente celebración del 25° aniversario de la Declaración de Alma Ata y el consenso internacional sobre la necesidad de alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio y de fortalecer los Sistemas de salud”<sup>27</sup>*

Este documento plantea la renovación de la APS como una reinterpretación y modernización del enfoque para afrontar los desafíos del siglo XXI, realizando un análisis crítico de la situación, para poder elaborar desde ese punto de partida, cada país su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo con sus recursos económicos, situación política, desarrollo del sector Salud en esa cultura.

---

<sup>27</sup> OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. 2007. Resumen Ejecutivo

Se ha de analizar si las estructuras y funciones del sistema de Salud se encuentran basadas en la APS, con acciones, actores, procedimientos que fomenten la participación activa, programas pro equidad y acciones que aumenten o mejoren el desarrollo de la estrategia. Dentro de las políticas y programas que el sistema de Salud local ha diseñado, se ha de reconocer la estructura de los Recursos Humanos, es adecuada, para ello:

*“Deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Ello exige una planificación estratégica e inversiones a largo plazo en capacitación, empleo, incentivos para mantener al personal en su puesto, así como la ampliación y mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de salud. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la APS. Ellos no sólo requieren de una combinación correcta de profesionales, sino también de una definición adecuada de funciones y responsabilidades, de una distribución geográfica equitativa, y de una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores de salud y de los usuarios”<sup>28</sup>*

Mejores resultados y beneficios en un sistema de Salud basado en la APS, esa política implica una reorientación del Recurso Humano en el Proceso Social. En cuanto las directivas del desarrollo sea una modalidad ligada al desarrollo socioeconómico, conociendo las prioridades, fortalezas y debilidades plantear estrategias de abordaje del Recurso Humano, no sobre exigiendo al personal capacitado a una multifunción que no contribuye sino que empobrece la capacidad de compromiso, respuesta comunitaria. La falta de formación y especialización responde a bajos sueldos y ausencia de políticas de incentivos, obstaculiza la distribución equitativa de los Recursos Humanos, concentrándose entonces en las grandes ciudades, alejados de los grupos vulnerables. Para renovar la APS, se ha de promover mejoras sostenibles, participación comunitaria y de la colaboración intersectorial e invirtiendo en el desarrollo de los Recursos Humanos.

---

<sup>28</sup> OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Op. Cit. Págs. 14 y 15

*“El personal de salud debe recibir una capacitación integral desde el punto de vista técnico y humanístico; su desempeño no sólo depende de sus conocimientos y habilidades, sino también de su entorno de trabajo y de las políticas de incentivos apropiadas tanto a nivel local como global. También se ha llamado la atención sobre la escasez del personal de enfermería a nivel internacional y su distribución desigual, además de las dificultades para conservarlo, debido generalmente a las condiciones de empleo poco atractivas y a las políticas internacionales que tienden a estimular su emigración hacia los países más desarrollados.”<sup>29</sup>”*

La lectura de la realidad local e internacional en época de la globalización, éste documento lo analiza como desafío actual: ambiente de trabajo que promueva la Salud, incentivos acorde con la capacitación y con las competencias que se manifiestan en el desempeño de las funciones y la migración de trabajadores de la Salud (fuga de cerebros) a países del América del Norte o Europa. También explicita la realidad del personal de enfermería, Recurso Humano crítico de la APS en Argentina (desarrollado en Eje V).

Por lo tanto, para alcanzar la renovación de la APS en las Américas se ha de percibir el problema y buscar las soluciones, desde las partes involucradas para lograr el Proceso de cambio. En cuanto a la metodología es primordial reconocer que los ODM y la APS son estrategias complementarias, como lo es el análisis de las FESP.

*“La APS es un enfoque esencial para el logro de los Objetivos del Milenio, dado que aboga por la consideración del sistema de salud como institución social que refleja los valores de la sociedad y provee los medios para hacer efectivo el derecho al mayor nivel de salud posible. Así como la APS se esfuerza por realinear las prioridades del sector de la salud, la Declaración del Milenio puede proporcionar el marco para un desarrollo social más amplio que acelerará las mejoras en materia de salud y que a su vez sentará las bases de un mejor desempeño del sector de la salud.”<sup>30</sup>*

---

<sup>29</sup> OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Op. Cit. Pág. 18

<sup>30</sup> OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Op. Cit. Pág. 20

## 5. Proyección y análisis de la situación actual.

El documento La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (OPS 2007) plantea dentro del camino a seguir, adoptar un sistema de Salud basado en APS, fortaleciendo las acciones y compromiso con la comunidad. La divulgación de evidencias de las buenas prácticas, propiciarán construir alianzas y redes de individuos y organizaciones. En cuanto a los Recursos Humanos en las Américas, describe las siguientes debilidades:

- *“Los profesionales de la salud tienen escasa motivación y remuneración en comparación con otros profesionales.*
- *Los trabajadores de salud cualificados son insuficientes para prestar cobertura universal.*
- *El trabajo en equipo está escasamente desarrollado o se estimula insuficientemente.*
- *Los profesionales cualificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades.*
- *Falta de apoyo y supervisión adecuados.*
- *La formación universitaria y de postgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de APS.*
- *Migración internacional de los trabajadores de la salud.”<sup>31</sup>*

En cuanto a nuevas líneas de acción estratégica en los Recursos Humanos, propone:

*“Garantizar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para la implementación exitosa de la APS, incorporando el enfoque de equipos multidisciplinarios.”<sup>32</sup>*

---

<sup>31</sup> OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Op. Cit. Pág. 19.

<sup>32</sup> OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Op. Cit. Pág. 21.

### 5.1 Conferencia internacional de Salud para el Desarrollo: “Derechos, Hechos y Realidades”. Declaración Buenos Aires 30-15. De Alma-Ata a la Declaración del Milenio (2007)

La propuesta orientada a cada país de la Región, retomada durante la conferencia internacional de Salud para el Desarrollo: “Derechos, Hechos y Realidades” (2007), el Ministro de Salud de Argentina expresa:

*“En el desarrollo y en el resurgimiento de la Argentina las políticas de salud son sustanciales. Y lo son a partir de un enfoque que interpreta a la atención primaria de la salud, como base de nuestra política sanitaria, tomada no sólo como un enorme distribuidor social –que lo es-. Todos los países tienen problemas de distribución, y los mecanismos de distribución de salud son formidables elementos para buscar la equidad social. Pero además de eso, actúa como una poderosa estrategia para trabajar también tanto las consecuencias de las enfermedades, como también las causas y determinantes sociales.*

*De hecho estamos intentando, con muchísimo camino por recorrer, que esta concepción atraviese a toda la política y también la sociedad”<sup>33</sup>*

Respecto de los Recursos Humanos, en el transcurso de la misma conferencia citada, al desarrollar la temática de los Recursos Humanos, en la estrategia de Atención Primaria de la Salud como instrumento para la inclusión Social, González García (2007), focaliza en su exposición la importancia de trabajar en conjunto con las entidades formadoras de los trabajadores de la Salud, en concordancia con el planteo realizado por OPS respecto de las debilidades a revertir en el proyecto de renovación para las Américas.

---

<sup>33</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad. Buenos Aires -30-15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Dr. Ginés González García. Pág. 26-27.

*“El conocimiento disponible está muy distribuido en las universidades, pero solo en función de la innovación tecnológica.*

*Y este camino que hemos iniciado, y creo que ya es irreversible más allá de las autoridades que pueda haber en cada una de las instituciones, tiene que ver con trabajar modelando el recurso humano, que siempre es lo más difícil de cualquier sistema de salud por varios motivos; porque aunque no lo crean cuando uno tiene innovaciones tecnológicas fabulosas, también se produce otro cambio brutal, que son las innovaciones y los cambios sociales. Y estos cambios muchas veces no tienen en cuenta los servicios, los sistemas y las políticas de salud.*

*(...)Este enfoque integral que promueve la atención primaria, esta concepción, necesita recursos humanos de otro calibre. Es muy difícil formar el recurso humano. Es muy difícil ser médico, y ser trabajador de la salud tampoco es fácil. Pensemos lo que cambia la sociedad, cómo se transforma la tecnología disponible en el enorme período que lleva la formación elemental de un médico, diez años más o menos.*

*Si no consideramos esos cambios para adecuar los programas de grado y de posgrado, realmente no seremos capaces de interpretar, conducir, cambiar y ayudar a modelar un mundo distinto, un mundo mejor.*

*Estamos enfrentando este desafío trabajando con las universidades porque sabemos que el 70% de los recursos humanos que trabajan en salud provienen de las universidades.”<sup>34</sup>*

En el curso de la conferencia internacional de Salud para el desarrollo: “Derechos, Hechos y Realidades” (2007) oportunamente citada, en la cual participaron 58 países, se elaboró una propuesta de discusión que se denominó “Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad”, que tuvo como ejes temáticos:

<sup>34</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad. Buenos Aires -30-15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Dr. Ginés González García. Pág. 124

- APS y sistemas de Salud en el actual contexto global,
- Recursos Humanos en Salud para el nuevo milenio y
- equidad en Salud y financiamiento.

En cuanto al eje Recursos Humanos en Salud para el nuevo milenio, se reiteran aspectos desarrollados en documentos citados y reseñas, estrategias elaboradas con posterioridad.

Las conclusiones y recomendaciones de los grupos de trabajo han sido:

- *“Se considera como Recurso Humano en Salud, no solo a los trabajadores del área, sino a toda la población.*
- *La actual formación de los profesionales de la salud resulta un obstáculo para la implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.*
- *Debido a que la distancia entre las entidades formadoras y los sistemas de salud es un obstáculo para lograr un adecuado perfil del recurso humano, acorde a la necesidad de cada país y región, es esencial un fuerte rol de rectoría del Estado para lograr la articulación entre estas áreas, y también establecer prioridades e incentivos.*
- *El liderazgo de los Ministerios de Salud para la construcción de consensos con las entidades formadoras y las jurisdicciones es clave para lograr la transformación de los perfiles del recurso humano en salud.*
- *La formación del Recurso Humano no es solo una cuestión técnica sino también política. Es un desafío poder resolver los problemas que origina la migración de los recursos humanos calificados, así como la importante influencia del mercado en las tendencias de formación de los recursos, perfiles y distribución geográfica.*

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.



- *Es importante que la formación del recurso humano en salud se oriente hacia la adquisición de capacidades para abordar la heterogeneidad social y las dimensiones culturales de las realidades locales, ubicando a los valores de la atención primaria de la salud como centrales, para ello muchas curriculas deberán ser reformuladas en un trabajo conjunto entre las áreas y entidades de Salud y Educación.*
- *Hay que priorizar la formación de grado para la adquisición de competencias, y fomentar acciones destinadas a la capacitación en servicio y educación continua.*
- *Es esencial poner énfasis en los principios y valores de la formación del recurso humano en salud, la transformación de la formación de los formadores y docentes, el ámbito en el cual desarrollan dichas formación y la metodología de enseñanza-aprendizaje.*
- *La formación del recurso humano en salud y el ejercicio de su práctica deberán darse en estructuras vinculadas con la comunidad y no sólo en las aulas. Además de estimular en la formación la participación comunitaria y el trabajo en equipo.*
- *Es importante abordar las condiciones laborales actuales de los recursos humanos en salud.”<sup>35</sup>*

Las recomendaciones en el área de los Recursos Humanos, formuladas por el equipo de trabajo, concentran en la formación, entidades formadoras y participación comunitaria, la posibilidad de implementar la APS.

En la Declaración Buenos Aires 30-15 “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria” (2007), los ministros y ministras de Salud de los países participantes, luego del análisis de los ejes propuestos en discusión, han planteado la

---

<sup>35</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad. Buenos Aires -30-15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Dr. Ginés González García. Págs. 164-167.

necesidad de afrontar nuevos desafíos en Salud, que posibiliten la implementación de la estrategia de APS en los sistemas de Salud, fortalecer consensos preestablecidos y generar nuevas propuestas, reconociendo que SPT-2000 no ha sido alcanzado y que lejos se encuentran las MDM de ser alcanzadas si no se desarrollan acciones acordes con los principios que sustentan la APS. En ésta declaración se resalta nuevamente la importancia en la implementación de las propuestas de Salud de todos los sectores: públicos, privado, organizaciones de la comunidad e internacionales. En cuanto a los sistemas de formación del Recurso Humanos en Salud, afirman:

*“No responden a las actuales necesidades sanitarias que reflejan la complejidad social ni están preparados para implementar acciones de prevención y promoción, en un trabajo en equipo, intersectorial y con participación comunitaria.*

*(...) Por lo tanto nos comprometemos a desarrollar procesos que:*

*Tengan en cuenta los valores y principios de la estrategia de Atención Primaria, para orientar las políticas, la estructura y funciones de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todas las personas.*

*(...) Favorezcan la articulación entre las autoridades sanitarias y las entidades formadoras de recursos humanos en salud, para que dichos recursos se adecuen a las necesidades de la población, desarrollen nuevas capacidades para abordar las nuevas problemáticas sociales, ambientales y sanitarias con un enfoque interdisciplinario<sup>36</sup>*

## **5.2 Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007 (2004)**

---

<sup>36</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 30-15. Declaración “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria”. 2007

Los documentos desarrollados en la conferencia internacional de Salud para el desarrollo: “Derechos, Hechos y Realidades” (2007), cuentan a nivel nacional con el antecedente elaborado por Ministerio de Salud (2004), en Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007; en el cual se reitera la importancia de establecerse un Proceso de descentralización, en el campo sanitario, destacando:

*“Falta de planificación de recursos humanos. La falta de metas y la indefensión de necesidades en la formación de grado y especialización de postgrado en el área de la salud, determinan saturación de oferta y oferta innecesaria desde la perspectiva sanitaria. La innecesaria desde la perspectiva sanitaria. La concentración de los recursos en torno a los centros de alto desarrollo tecnológico, el exceso de especialidades y subespecialidades, no consensuadas a nivel nacional, genera falta de recursos humanos en atención primaria con las consecuentes ineficiencias e incrementos del gasto por la demanda inducida”*

En el Plan Federal se presenta el desafío de realizar un diseño de nuevo modelo sanitario, basado en las redes de atención, reconociendo la base primordial la APS; en una nación afectada profundamente en la crisis política, institucional y socio económica en el ciclo 2001-2002, declarándose la emergencia sanitaria.

En cuanto a la regulación en Recursos Humanos, el Ministerio de Salud a través del Plan Federal, propone intervenir en 3 ejes:

- Formación del Recurso Humano: delimitar prioridades de formación, promover equipos de intervención en las prioridades sanitarias, implementar proceso de evaluación en la formación de residentes, promover la formación y perfeccionamiento profesional en áreas críticas.
- Ejercicio profesional: establecer un Nomenclador Nacional de puestos sanitarios, promover incentivos, a través de acreditaciones.

- Gestión del Recurso Humano: establecer incentivos para promover la distribución más equitativa de los Recursos Humanos, promover el intercambio entre Nación y las jurisdicciones provinciales, promover la calidad de atención, sin alentar la sobre prestación ni inducir la sub prestación.

El Plan Federal de Salud (PFS) planifica en 2004 hasta 2007, metas y objetivos hasta el año 2015, diferenciándose de las MDM y el Llamado a la Acción de Toronto (2005), por presentar un final abierto:

*“Cada construcción teórica, conceptual, aunque lleve la experiencia de muchos profesionales, en este caso de la salud y de todos los responsables de su actual conducción político-técnica, tiene un punto final.*

*(...)Estas Bases del Plan Federal de Salud inician, de hecho ya iniciaron, un proceso largo, y sin dudas complejo que podrán tener aciertos y errores.*

*Esta visión que, sin decirlo, hemos situado en el 2015, junto a los compromisos de las Metas de Milenio, esta utopía que hoy nos planteamos, indudablemente se irá corriendo en el horizonte”.*<sup>37</sup>

### **5.3. Proyecto FESP. Reglamento Operativo. Ministerio de Salud de la Nación (2007).**

Dentro de los desafíos de gestión formulados por el PFS y en Buenos Aires 30-15, queda planteada la necesidad de establecer nuevas estrategias y reformular la política de Recursos Humanos, capacitados acorde con los lineamientos nacionales y que cuenten con la tecnología adecuada. El Estado ha de cumplir de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (OPS, 2000):

---

<sup>37</sup> Ministerio de Salud de la Nación. COFESA. Bases del Plan Federal de Salud. 2004-2007. Mayo 2004. Pág. 43.

*“El compromiso de la autoridad sanitaria con la sociedad implica la búsqueda de mejores resultados en la ejecución directa de las acciones que se encuentran bajo su responsabilidad específica y la máxima eficacia en la movilización de los diversos actores sociales a favor de la salud pública.*

*(...)Las FESP constituyen el instrumental de la autoridad sanitaria y contribuyen al logro de sus funciones específicas como lo son la conducción, el ordenamiento de la prestación de servicios de atención, la modulación de la financiación y la garantía y regulación de la protección social de la salud, etc. Funcionan también como criterio de orientación de las otras funciones globales del sistema de salud.”<sup>38</sup>*

En el Reglamento Operativo la FESP 8, especifica respecto de los Recursos Humanos:

- Mantener un perfil adecuado con la asignación de los servicios de la Salud pública.
- Deben estar capacitados y evaluados para identificar y enfrentar las necesidades de la Salud pública.
- Definir los requisitos y programas para la acreditación de los profesionales de la Salud, incentivar la formación continua y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollar capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural.
- Formación ética del profesional acorde con los valores de solidaridad, igualdad y respeto a la dignidad humana.

En cuanto a la responsabilidad de ejecución del proyecto, la misma es ejercida por una unidad coordinadora (UC), ubicada en el Ministerio de Salud de la Nación(MSN), en la Secretaria de Programas Sanitarios, que es responsable de la implementación, supervisión y control de los cuatro componentes del proyecto, que se agrupan en:

---

<sup>38</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP). Reglamento Operativo. 2007. Pág. 8

- Áreas técnicas involucradas: tienen la responsabilidad primaria del diseño y ejecución del proyecto.
- Banco internacional de reconstrucción y fomento (BIRF), organismo que financia junto con el gobierno nacional el proyecto.
- Unidad de financiamiento internacional Salud (UFI-S): tiene a cargo la coordinación del portafolio de proyectos con financiamiento externo del sector salud y lograr su mayor eficiencia administrativa, financiera y legal. Debe brindar apoyo a la UC.

Los Ministerios de Salud provinciales (MSP) son los ejecutores de las FESP, tienen la responsabilidad legal por la implementación y gerenciamiento de los programas provinciales de Salud Pública.

Los periodos (4) de implementación son: inicio del proyecto a diciembre 2007, de enero a diciembre 2008, de enero a diciembre 2009, de enero 2010 a finalización del convenio de préstamo aprobado.

Se realizarán auditorías externas de los reembolsos correspondientes a las actividades de Salud pública (ASP) provinciales acorde con los protocolos establecidos para la modalidad de registro de datos: informes de avance mensual, declaración jurada trimestral, acta de registro de actividades de las ASP.

Son 6 responsables de articulación programa y provincias, divididos por zonas:

- Patagonia: Tierra del Fuego, Sta. Cruz, Neuquén, Chubut, Rio Negro y La Pampa.
- Cuyo: San Juan, La Rioja, San Luis y Mendoza.
- NOA: Jujuy, Salta, Catamarca, Tucumán y Sgo. Del Estero.
- NEA: Misiones, Formosa, Corrientes y Chaco.
- Centro: Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos.

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

- Buenos Aires: Provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires.

La evaluación del programa se realizará en 3 momentos acordados, con la finalidad de medir y analizar los resultados producidos.

- Momento 0: corresponde al momento inicial, parte de la situación diagnóstica inicial de los programas provinciales de salud pública a relevar durante el prime año del proyecto.
- Momento 1: desde el 1er semestre del 3er año de ejecución del proyecto, acorde con indicadores seleccionados (semejanza con las MDM).
- Momento 2: tres meses antes del término del proyecto, es una evaluación externa final.

Los indicadores se encuentran divididos en tres niveles:

- De desarrollo Final: evaluados al finalizar la ejecución del proyecto. Acorde con mediciones realizadas al inicio, anualmente y final del proyecto.
- De medio término: son mediciones inicialmente bianuales, que en caso de no alcanzar las metas previstas serán anuales.
- De monitoreo: son indicadores que evalúan la implementación del proyecto, se realizan anualmente y no están sujetos a restricciones en caso de no cumplimiento de las metas estipuladas para los indicadores de desarrollo final del proyecto.

#### **5.4. Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud (2007).**

El Plan Federal de Salud (PFS) en 2004 presentó la necesidad de información gerencial para avanzar la meta de planificación, gestión y formación del Recurso Humano en Salud de Argentina. Estas metas han de desplegarse por el Ministerio de Salud de la Nación en el marco del PFS y la meta 8 FESP (ref. 22)

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Los problemas actuales desde los cuales parte el Plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud (2007), son: falta de planificación en la formación, mala distribución y deficiente coordinación intersectorial e interinstitucional, escasa información gerencial, fragmentación normativa, planteos realizados con anterioridad para los países de la región a través del documento OPS (2007) La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (ref. 31).

Este plan, cuenta con indicadores de demanda y patrones nacionales de referencia, junto con indicadores de oferta para evaluar la viabilidad de la propuesta, que cuenta con el consenso de CONEAU, organizaciones de la sociedad civil, consejos profesionales, sociedades científicas, comisión interministerial Salud y educación entre otras.

En cuanto a los instrumentos de regulación de la oferta de los Recursos Humanos en Salud, se tomaron los incentivos a través de becas, planificación estratégica de residencias, control de matrículas y certificaciones.

En el análisis de la información relevada en la relación profesión/habitantes, a través del relevamiento de matriculas por jurisdicción, ha sido evidente la desigualdad en la distribución geográfica de los profesionales, problema histórico en el campo de los Recursos Humanos en Salud: alta concentración en grandes centros urbanos, por reconocerse la mayor posibilidad de inserción ocupacional, desarrollo profesional, oferta de capacitación y especialización.

El Ministerio de Salud de la Nación abrió como líneas de capacitación del Recurso Humano en Salud:

1. Residencias del Equipo acorde con la APS y especialidades prioritarias, como lo es anestesista.
2. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, que presenta como lineamientos de acción:
  - Articular las necesidades de formación con la demanda del Recurso Humano en Salud, alineado con la promoción y cuidado de la Salud de la comunidad.

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.



- Desarrollar modelos educativos supervisados, que incentiven la interdisciplina, la acción en escenarios emergentes o no tradicionales, enmarcados en la estrategia APS.

3. Becas de capacitación y perfeccionamiento ejecutadas por la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud, fijando como prioridad el estímulo de la profesionalización del área de enfermería: reconversión de auxiliares a enfermeras profesionales o de formación de enfermeras profesionales y/o universitarias.

4. Formación de Recursos Humanos en Salud, a través del Programa de Salud Social y Comunitaria, vigente desde 2005, que busca fortalecer la formación de equipos de salud de primer nivel, acorde con la APS, mejorar la accesibilidad-cobertura en la atención y seguimiento de las familias vulnerables, acorde con la prevención y promoción de la Salud comunitaria. Se otorgan las becas rentadas de perfeccionamiento a profesionales médicos, trabajadores sociales, obstétricas, psicólogos, enfermeros que son incorporados a las actividades del 1er nivel de atención.

4. Programa Federal de Capacitación Continua para Recursos Humanos de Salud, dirigido a todo el personal de establecimientos de Salud, involucrado en la política sanitaria federal, con la finalidad de integrar al equipo de Salud, a través de estrategias de sensibilización a directivos de las instituciones participantes, formación de formadores, desarrollos de actividades en el ámbito laboral y a distancia.

Este plan de desarrollo de Recursos Humanos surge luego de la crisis económica y Social desencadenada en diciembre de 2001. Deja abierta una serie de desafíos para una segunda etapa, que la agenda de Salud para las Américas (2007) ha retomado, aplicada en la estrategia de cooperación OPS/OMS con Argentina (2008). Promueve la formación de Recursos Humanos idóneos, de calidad y comprometidos con la realidad comunitaria a través de:

- *“Consolidar el fortalecimiento la capacidad de planificación y gestión de recursos humanos en todos los niveles de decisión sobre la base de parámetros comunes.*
- *Implementar la actualización continua de la capacitación de las instancias de planificación, regulación y gestión de Recursos humanos jurisdiccionales e institucionales.*
- *Delinear la matriz de demanda de recurso humano en salud, y su proyección decenal, según un modelo establecido.*
- *Para ello, definir al menos entre la jurisdicción del país y regionalmente con el equipo de salud esperado en el primer nivel de atención, tanto urbano, como rural y la población que debe cubrir.*
- *Definir las competencias y capacidades requeridas para el recurso humano demandado según dicha matriz, y muy especialmente atender aquel que sea definido como crítico o prioritario.*
- *Consensuar sectorialmente y con los formadores y autoridades educativas los contenidos curriculares, incluyendo competencias y capacidades que dicho recurso humano requerirá y una oferta adecuada y suficiente de dicho recurso y con distribución equitativa.*
- *Priorizar al recurso humano en la inversión pública en salud y especialmente en el primer nivel de atención, para que haya equipos de salud en cantidad y calidad suficiente.*
- *Incluir modelos de incentivos flexibles que favorezcan la localización y retención del recurso humano prioritario.*

- *Expandir la oferta de la capacitación continua sectorial y hacerlo en forma sistemática.*<sup>39</sup>

### **5.5 Agenda de Salud para las Américas. 2008-2017. OPS (2007)**

La agenda de Salud convoca a los gobiernos de la región a establecer acciones conjuntas en contribuir a mejorar la Salud de los pueblos, con la visión de una región más saludable y más equitativa, que se aborden los determinantes de Salud y se mejore el acceso a los servicios y bienes de Salud individual y colectiva.

Ésta agenda ha sido elaborada como respuesta a las necesidades de los pueblos de la región, exhortando al compromiso y solidaridad para el trabajo en conjunto, para la próxima década.

Éste documento orienta la elaboración de planes estratégicos de Salud, la evaluación se hará a través del cumplimiento de las metas establecidas. La agenda ha de facilitar la movilización de Recursos, orientando las acciones de los gobiernos de manera concisa, flexible, dinámica, respetando los enfoques socioculturales heterogéneos y necesidades diferentes, enmarcadas en los valores y principios de:

- Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusividad en los sistemas de Salud dispuestos para individuos, familias y comunidades.
- Solidaridad panamericana, condición indispensable para superar inequidades observadas en materia de Salud y fortalecer la seguridad sanitaria panamericana en situaciones de crisis, emergencias y desastres.
- Búsqueda de equidad en Salud y participación Social en la definición, ejecución y evaluación de las políticas públicas en Salud.

---

<sup>39</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Bs. As 2007. Pág.80

*“Es necesario que los países inviertan más en la promoción de salud y que cuenten con marcos políticos, que permitan su desarrollo y el logro de objetivos medibles. Los sistemas de provisión de servicios de salud deben tener un enfoque intercultural y de género, en que la participación social activa sea el factor determinante.*

*(...)La universalidad y mejora de la protección social es un tema que cobra importancia en el diálogo político y académico sobre el desarrollo humano sostenible en América Latina y el Caribe. Se intenta responder a la incertidumbre que genera el mercado laboral y su impacto en los ingresos familiares, la cobertura de la seguridad social y la atención de la salud. En este contexto, las políticas públicas deben ampliar progresivamente el acceso, el financiamiento y la solidaridad de protección social.*

*(...)Será crucial enfatizar la estrategia de la atención primaria de salud para progresar hacia el acceso universal y equitativo de la atención de salud”<sup>40</sup>*

En cuanto a la gestión y desarrollo de los trabajadores de la Salud, en direcciones específicas:

- *“Los Gobiernos deben enfrentar, en colaboración con otros socios, estos cinco desafíos críticos: a) La definición e implementación de políticas y planes de largo plazo para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, basados en evidencia; b) encontrar soluciones para resolver la inequidades en la distribución del personal de salud, asignando más personal a las poblaciones con más personal a las poblaciones con más necesidad; c) promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo retengan a sus trabajadores de la salud y eviten la escasez de personal; d) mejorar la capacidad de gestión de personal y las condiciones de trabajo para aumentar*

---

<sup>40</sup> OPS. Agenda de Salud para las Américas. 2008-2017. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Panamá, junio 2007. Págs. 14-15.

*el compromiso de los trabajadores de salud con la misión institucional; y e) acercar a las instituciones de formación y las de servicios de salud para una planificación conjunta de necesidades y perfiles de los profesionales del futuro.*

- *Las condiciones de trabajo y la propia salud del trabajador son factores relevantes para retener a las personas capacitadas y garantizar la calidad de los servicios a la población. Se debe enfatizar la formación de personal en el área de la salud pública con una perspectiva multidisciplinaria, buscando que los perfiles profesionales del equipo de salud respondan a la realidad de cada país.*
- *En aspectos de conocimiento y aprendizaje, se debe desarrollar marcos técnicos comunes, evaluar el desempeño con sistemas de medición comparables entre países, financiar investigaciones y compartir las prácticas adecuadas basadas en la evidencia. En aspectos de políticas, es necesario promover métodos éticos de contratación y protección a los trabajadores migrantes, monitorear los mayores flujos migratorios para velar por la equidad y la justicia, y apostar la sostenibilidad fiscal.*
- *La proliferación y diversificación de oferentes de servicios como de oferentes de recursos humanos calificados, obligan a enfatizar el desarrollo de sistemas de acreditación e instrumentos regulatorios orientados a garantizar la calidad. El trabajo coordinado entre la Autoridad Sanitaria Nacional, las entidades formadoras, las entidades prestadoras de servicios y las asociaciones gremiales deben reforzarse con el fin de adecuar los perfiles profesionales de pre y posgrado a las necesidades de los sistemas de salud.*<sup>41</sup>

La capacitación del Recurso Humano, de manera reiterada es considerada prioritaria en el desarrollo y resguardo de los profesionales, respaldada por mejoramiento de las condiciones laborales, cuidado de Salud, políticas de gestión e incentivos que fomenten el compromiso institucional y comunitario del Recurso Humano capacitado.

---

<sup>41</sup> OPS. Agenda de Salud para las Américas. 2008-2017. Op. Cit. Pág. 20

## **5.6 Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Argentina. (2008)**

Este documento presenta al inicio un análisis del contexto general y determinantes en Salud de Argentina, resaltando el período de la década de los ´90 y las crisis sucesivas que acrecentaron la desigualdad social, profundizándose a fines del 2001, manifiesta en una profunda crisis social y económica, mejorando progresivamente la situación desde 2003, considerando el 2007 año de consolidación del proceso de recuperación post crisis 2001, al mostrar en éste año datos positivos en la situación económica, social y política.

En cuanto a los principales problemas de Salud, la desigualdad producto de los niveles de pobreza e indigencia, inequidad en el acceso a los servicios de salud y en el desarrollo en general, en el ámbito de la Salud pública en Argentina, las agrupa en:

- Coexistencia de daños debidos a enfermedades transmisibles (dengue, fiebre amarilla, mal de chagas, hantavirus), no transmisibles (obesidad, colesterol, cáncer, cardiovasculares), violencia y otras causas externas (delitos contra la propiedad, en vía pública).
- Nuevas amenazas: Gripe A.
- En cuanto a los servicios de Salud pública, desde el Plan Federal (PFS), se dio respuesta a través del: programa nacional de lucha contra los retrovirus humanos e infecciones de transmisión sexual, programa nacional para el control de la tuberculosis, El programa nacional para el control del chagas, programa de desparasitación masiva, programa de control de tabaco, entre otras acciones.

Dentro de los desafíos para el sector Salud, OPS considera principales:

- Abordaje de las desigualdades e inequidad en las provincias, principalmente en los grupos vulnerables.
- Fortalecimiento de la acción intersectorial, de información y de la autoridad sanitaria nacional.
- Aumento de la protección social y acceso a los servicios de Salud, promoviendo la Atención Primaria de la Salud, promocionando estilos de vida y ambientes saludables,

controlando la transmisión de enfermedades y previniendo-controlando las no transmisibles.

- Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la Salud.

En cuanto a la cooperación internacional, Argentina recibe apoyo externo a través de créditos y donaciones, cooperación técnica no financiera (técnicos y consultores de organismos internacionales). La cooperación multilateral se concentra a través del Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Unión Europea y el Sistema Naciones Unidas: OPS/OMS, PNUD, Fondo de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria, Fondo para el Medio Ambiente Mundial. El Sistema Naciones Unidas (SNU), trabaja con Argentina en:

- Fortalecimiento en la formulación y gestión de políticas públicas en temáticas vinculadas con ODM a través de los programas: Apoyo al plan nacional de erradicación del trabajo infantil, estudio sobre análisis causa raíz de las muertes maternas ocurridas durante 2006, apoyo a la puesta en marcha de la oficina de violencia doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, plan nacional de DDHH y sistemas de información regional para la adaptación y logro de los ODM.
- Fortalecimiento de las capacidades del sector público a nivel nacional, provincial y municipal para la implementación de los ODM a través de: revisión de estrategias de desarrollo nacional con eje en los ODM, mediante asesoramiento de técnicos que establezcan vínculos y compromisos por parte de las autoridades nacionales, provinciales y municipales con los ODM.
- Promoción de los ODM en las esferas gubernamentales y de la sociedad civil, y programación conjunta inter agencias.

Específicamente en el campo de la Salud, el Ministerio de Salud, recibe y ofrece cooperación técnica para el desarrollo de programas y proyectos en el campo sanitario, cuenta con la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (Ítem 5.3. Proyecto FESP. UFI-S) que coordina y administra la ejecución de los programas financiados con fondos

externos, que provienen de empréstitos internacionales y se traducen en el futuro en deuda externa.

La cooperación en Salud se ejecuta a través de relaciones sanitarias:

- Bilaterales: tratados y convenios interinstitucionales con otros ministerios de Salud.
- Regionales: marco del MERCOSUR-subgrupo de trabajo Nro.11. Salud. OPS/OMS acompaña las decisiones que se toman en éste ámbito, al igual que en el espacio de relaciones económicas, políticas y sociales que se desarrollan en la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR).
- Organismos internacionales: OPS/OMS.

La cooperación internacional responde a las prioridades nacionales y con el logro de los ODM, que luego de la crisis del 2001 han debido ser re direccionados. Según los objetivos (5,7 y transversales a los objetivos 5,6 y 7), tomando los ODM y las agencias de Cooperación internacional, se detallan los programas y proyectos, que reciben el financiamiento:

- Objetivo 5. Reducir la mortalidad infantil: a. Proyecto de inversión en Salud infantil provincial. plan nacer Argentina (Banco Mundial.BM), b. Políticas públicas para la inclusión y la equidad. proyecto Salud materno infantil (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF), c. Asistencia preparatoria al proyecto de apoyo a la implementación del programa de Salud sexual y procreación responsable de la Argentina (Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA).
- Objetivo 7. Combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y el chagas: a. Intervenciones en asistencia y prevención del VIH/SIDA en las unidades penitenciarias del servicio penitenciario de la provincia de Mendoza (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA), b. Reducción de daños en el cono sur (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito- ONUDD), c. Fortalecimiento de los derechos Humanos en relación con la Salud, educación y la prevención del VIH/SIDA en las escuelas



(ONUSIDA), d. Proyecto de vigilancia de la Salud y control de las enfermedades VIGIA (BM)

- Transversales a los objetivos 5, 6 y 7: a. Programa de reforma de la APS. REMEDIAR (BID), b. Programa de cooperación económica y financiera Hispano Argentino-PROCEFHA (Cooperación España), c. Programa de apoyo al sector sanitario Italo Argentino- PROSEPU, proyecto de fortalecimiento de la estrategia de APS, programa de funciones esenciales de Salud pública. FESP (Cooperación Italia, Unión Europea, BM y BID).

En cuanto a la cooperación OPS/OMS, cuenta con 12 centros colaboradores de la OMS/OPS en Argentina, que movilizan los programas de cooperación a nivel global, regional, subregional y del país, a través del Programa de Trabajo bienal (PTB), que es establecido con el Ministerio de Salud, acorde con las prioridades y necesidades nacionales, siendo realizadas las evaluaciones, seguimiento y monitoreo en conjunto, en vistas de alcanzar los objetivos del plan de trabajo.

Para el Bienio 2008-2009, el programa de cooperación de OPS/OMS incluye dentro de los proyectos:

- Prevención y control de enfermedades (transmisibles, no transmisibles, Salud mental, prevención de la violencia, lucha antitabáquica, vigilancia de los factores de riesgo, entre otros)
- Desarrollo de políticas, sistemas y servicios de Salud:

*“Organización, gestión y prestación de los servicios de salud, fortalecimiento de la autoridad sanitaria, financiamiento del sistema, gestión de la información y el conocimiento científico e investigación en salud. Incluye asimismo recursos humanos en salud y atención primaria de salud, sistemas de información en*

*salud, emergencias y desastres, uso racional de medicamentos, propiedad intelectual y red de servicios hospitalarios”<sup>42</sup>*

- Salud familiar y comunitaria (inmunizaciones, VIH/SIDA, Salud materna y perinatal, Salud de los adolescentes, promoción de la Salud sexual responsable y políticas, programas en Salud reproductiva, seguridad vial, pueblos indígenas, determinantes en Salud, entre otros).
- Desarrollo del programa de cooperación técnica en el contexto de la Salud internacional y acuerdo tripartito Italia-Argentina-OPS para el desarrollo del sistema de servicios de Salud. Promover la participación de OPS/OMS en el marco de los ODM
- Promover la relación y cooperación entre instituciones de los diferentes poderes del Estado nacional: Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Justicia, Secretaria de DDHH y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en Salud.
- Promover la participación de Argentina en iniciativas regionales y subregionales de integración, con los otros países de la región, en el contexto de las políticas, programas y mandatos de los cuerpos directivos de OPS/OMS.

*“Dar prioridad a las actividades de capacitación de recursos humanos como una de las modalidades estratégicas clave para el logro de los resultados esperados en el marco del programa nacional de cooperación técnica de la OPS/OMS”<sup>43</sup>*

La estrategia de cooperación OPS con Argentina, se encuentra basada y orientada en tres (3) documentos:

1. Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2006-2015:

*“Destaca la necesidad de invertir en salud para reducir la pobreza. Hace un fuerte llamado a la acción para crear seguridad sanitaria individual, mundial y*

<sup>42</sup> OPS. Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Argentina. 2008-2012. Julio 2008. Sección 4. Cooperación de la OPS/OMS con el país. Pág.38.

<sup>43</sup> OPS. Estrategia de cooperación de OPS/OMS. Op. Cit. Pág. 40

*promueve la cobertura universal de atención de salud y la igualdad entre hombres y mujeres. Asimismo, apoya el trabajo de la organización y sus Estados Miembros a favor de los derechos humanos relacionados con la salud y el abordaje de las determinantes de la salud. Este programa también orienta trabajar para el reforzamiento de los sistemas de salud y promueve su acceso equitativo; plantea aprovechar al máximo la disponibilidad del conocimiento científico disponible y los adelantos de las ciencias y las tecnologías, y por último, considera imprescindible reforzar la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas de salud.*<sup>44</sup>

2. Plan Estratégico de la OPS (2008-2012): Contiene 16 objetivos estratégicos, que convergen con el programa general de trabajo de la OMS (2006-2015), son objetivos comunes para los estados miembros de la OPS/OMS y la oficina del país. Los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional son una respuesta a las prioridades de Salud pública de la región, si bien son flexibles a las situaciones particulares de cada país.

3. Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 (Ítem 5.5): acordada por los gobiernos de la región bajo la coordinación de la OPS/OMS, con la finalidad de orientar la acción colectiva y contribuir a mejorar la Salud de los pueblos de la Región. La agenda responde a las necesidades de Salud de las poblaciones de la región y refleja el compromiso de cada uno de los países con relación a los principios y valores de los derechos Humanos, universalidad, solidaridad panamericana, equidad en Salud, participación Social en la definición y ejecución de políticas públicas que permitan fortalecer la autoridad sanitaria nacional y el desarrollo de los trabajadores de la Salud, aprovechar los conocimientos de ciencia y tecnología, abordar los determinantes de la Salud, que se ajustan a la realidad del país a través de la agenda estratégica.

La estrategia de cooperación OPS con Argentina, tiene como prioridades de cooperación: avanzar hacia el logro de los ODM, integrar el sistema de Salud Argentino hacia la estrategia de APS, fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), de

<sup>44</sup> OPS. Estrategia de cooperación de OPS/OMS. Op. Cit. Sección 5. El marco político de la OPS/OMS. Directrices mundiales y regionales. Pág. 46

los ministerios provinciales y optimizar el rol del consejo federal de Salud (COFESA), implementar el abordaje internacional con la participación social de los determinantes de la salud (DS) en los tres niveles (nación, provincias y municipios).

*“En el caso del tema de recursos humanos para la salud, el cual también es un tema prioritario para la Argentina, la Oficina de País identificará funcionarios nacionales (adscriptos) que puedan desarrollar estas funciones (como gestión de recursos humanos, fortalecimiento de la APS y enfermería, entre otros). Estos funcionarios complementarán el trabajo del asesor subregional que atiende a los países del Cono Sur en otros temas”<sup>45</sup>*

La estrategia de cooperación con Argentina se ha elaborado para el período 2008-2012, con la finalidad de precisar los principales problemas de la Salud del país, actuales y previsibles para el mediano plazo, en cuanto a la prioridad de integración del sistema de Salud argentino hacia un sistema basado en la APS, especifica la importancia de:

*“Políticas y planes de fortalecimiento de la red de servicios de salud y la extensión de la protección social de la salud mediante el desarrollo de procesos tendientes a facilitar la articulación estatal/privada, evitando la superposición y competencia de recursos y articulando planes, programas y servicios de la seguridad social y de otros subsectores estatales y privados. Incluye la cooperación por una gestión más eficiente de los servicios, el desarrollo de capacidades de gestión productiva, la evaluación de satisfacción de usuarios y la articulación de la red de centros de salud a los establecimientos hospitalarios.*

*Políticas, planes y programas de formación, desarrollo y gestión de recursos humanos en salud, con la finalidad de contribuir con la dotación de la fuerza de trabajo que requiere el Sistema Nacional de Salud, tanto en número como*

---

<sup>45</sup> OPS. Estrategia de cooperación de OPS/OMS. Op. Cit. Sección 7. Implementación de la agenda estratégica: implicaciones para la Secretaría de la OPS/OMS. Pág. 56

*en calidad, dando prioridad al recurso de enfermería, y otro personal de áreas críticas para la gestión en salud pública, sin descuidar la abogacía por la situación de salud de los propios trabajadores y las condiciones de ambiente físico y social en que deben desempeñar su labor”<sup>46</sup>*

Como ha sido anticipado, la estrategia OPS/OMS con Argentina responde a los lineamientos desarrollados para la región en la agenda de Salud para las Américas(2007), y en los ODM(1999), los llamados a la acción desde Bangkok (2005) y Toronto (2005).

### **5.7 Nota Estratégica: Cooperación técnica de la OPS/OMS con Argentina 2009-2011. Memorandum de ajuste: 5/10 (2009).**

La nota estratégica de cooperación con Argentina, es revisada acorde con lo previsto a los ajustes que surgieron durante el año 2009 en el país: epidemia del dengue a principio de año y posteriormente de la gripe A (H1N1).

Dentro de los objetivos revisados respecto del plan de ajuste en los focos de acción de la cooperación técnica de OPS/OMS con Argentina, se ha distinguido cinco objetivos prioritarios y otros diez objetivos para lo que resta del año 2009 y el período 2010-2011.

En los objetivos prioritarios se identifican: fortalecer la respuesta antes la gripe A, pandemia que ha puesto en funcionamiento efectivos sistemas de alerta y respuesta, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y disminuir el impacto de los brotes epidémicos de enfermedades transmitidas por vectores: dengue y fiebre amarilla, también el fortalecimiento de las capacidades de rectoría, planificación, gestión y coordinación intersectorial del MSN, fortalecimiento de las FESP y coordinación del programa Remediar en cuanto acceso, calidad y uso racional de los medicamentos.

En el listado de los objetivos hasta 2011, se identifican dentro de los diez objetivos, acciones que han sido desarrollados en documentos analizados con anterioridad, que se

---

<sup>46</sup> OPS. Estrategia de cooperación de OPS/OMS. Anexo II. Pág. 68

presentados como líneas de acción, en la agenda de cooperación entre OPS/OMS y Argentina:

*“7. Introducción de la promoción de la salud en todos los programas pertinentes, y apoyo en el establecimiento de colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces para la promoción de la salud y la prevención o reducción de los principales factores de riesgo, con prioridad en reducción del consumo del tabaco, dietas malsanas, inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo. Así como fortalecer las alianzas de municipios y comunidades saludables, salud urbana, universidades saludables y redes de escuelas saludables.*

*8. Promoción del abordaje de las determinantes sociales de la salud en los planes y programas sanitarios, en el marco de los derechos a la salud, el desarrollo local integral, la salud de los pueblos originarios y la participación activa de los ciudadanos en cuestiones de salud.*

*9. Diseño e implementación de un sistema de información integrado de salud, el mejoramiento de las capacidades de investigación en salud, y el incremento del acceso de los recursos humanos de salud a las fuentes de información y el conocimiento científico, con el fin de disponer de las herramientas metodológicas y tecnológicas de gestión del conocimiento que posibiliten políticas de salud informadas y basadas en evidencias científicas.*

*10. Desarrollo de los recursos humanos en salud y mejoramiento de sus capacidades de gestión, dando prioridad al grupo de metas regionales acordadas en el marco de los cuerpos directivos de la OPS/OMS hasta el 2015. Así como, apoyo al fortalecimiento de las capacidades de participación y negociación en los procesos de integración subregional, cooperación triangulada (sur-sur) y otras iniciativas globales”*

## **5.8. Funciones Esenciales y Programas priorizados de Salud Pública. FESP. Informe Anual 2009.**

Este documento tiene el propósito de difundir las acciones que ha desarrollado el proyecto FESP en el año 2009, a través de un trabajo conjunto del MSN con los ministerios provinciales y los municipios, con el compromiso de reducir los factores de riesgo de exposición y los posibles daños en la población, fortaleciendo la inclusión y participación social, la promoción de la salud y contribuir en la implementación de políticas de salud como políticas de estado.

El FESP informa el MSN, introduce a nivel nacional una herramienta que permite planificar, coordinar estrategias nacionales y provinciales. Promover una visión conjunta de la promoción de la Salud, a través de las unidades de promoción provinciales, que podrán desarrollar sus propios planes estratégicos vinculados con el plan nacional, 16 provincias han conformado su equipo de trabajo multidisciplinario para la promoción y educación de la Salud, incentivando la formulación y desarrollo de programas locales en coordinación con MSN.

En cuanto a los Recursos Humanos informa que han desarrollado talleres regionales de intercambios de experiencias; Encuentros nacionales y regionales de capacitación, respecto a temáticas sanitarias relevantes al proyecto FESP, a fin de compartir estrategias y dificultades en la implementación; Regulación, sistematización de la legislación sanitaria de la República Argentina en un medio digital y la consolidación de la red federal de registros de profesionales y establecimientos de Salud.

Estas líneas de aplicación responden a la aplicación del financiamiento internacional, en las estrategias de cooperación de OPS/OMS con Argentina, descriptas en el documento OPS (2008).

## **6. Recursos Humanos en enfermería: personal crítico de la Atención Primaria de la Salud en Argentina.**

### **6.1. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina. 1990-2000 (2002).**

El programa de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina, se instaló en el proceso de consolidación del sistema democrático en el país y en un período de cambios y reformas del sector Salud, en el inicio del Proceso de globalización

En 1992, se plantea en Argentina el Proceso de mejora de los Recursos Humanos en enfermería a través del programa de profesionalización nacional, para revertir la relación del personal de enfermería no profesional, en personal profesional. Proceso de cambio a través de la educación como factor de cambio.

El perfil educativo del programa presentó como destinatario auxiliares de enfermería con inserción en servicios de Salud con una antigüedad mínima de 2 años en el trabajo, estudios secundarios completos, matriculados, y que los docentes de las escuelas de enfermería, las enfermeras de los servicios de Salud, las autoridades de las instituciones de Salud y educativas, las autoridades gubernamentales, gremios y asociaciones profesionales estuvieran involucradas como actores centrales, con funciones específicas, como también organizaciones comunitarias y no gubernamentales.

El cambio tuvo como inicio la reestructuración de la fuerza de trabajo en enfermería desde la formación, generando redistribución del poder, capacidad de movilización e intervención en decisiones profesionales, profesionalización que movilizó en el curso del Proceso a todo el equipo de Salud: iniciaron los estudios de licenciatura o maestría, niveles mayores a los alcanzados al momento de inicio de la experiencia.

El programa como meta propuso: “10.000 enfermeras para el 2000” (Resolución 1027 del Ministerio de Salud y Acción Social) no se pudo alcanzar, de las 12 jurisdicciones que participaron en la propuesta, al 2000 egresaron un total de 1796 enfermeros profesionales.

La aplicación del programa presentó como obstáculos: a. La capacitación docente y la descentralización del sistema de formación; b. El Proceso de planificación y coordinación de la distribución de personal de enfermería durante la formación, en el período de la profesionalización. En cuanto a los conflictos se centraron en: a. Socio-afectivos (auxiliares



incorporados al programa y los excluidos, estudiantes del programa y del plan convencional, entre otros), b. De poder (entre autoridades, autoridades y docentes, estudiantes y profesionales de los servicios, entre docentes), manifestándose la tensión en: escases de Recursos, jerarquización, escases y distribución del personal de enfermería, situaciones de envidia y celos, diferencias de criterios técnicos en la Atención, resistencia a los cambios.

El análisis realizado de la experiencia, informa que se han alcanzado los objetivos de: elevar la calidad de la Atención, formar el Recurso Humano de manera integral y humanizada, fortalecer las jefaturas de los servicios de enfermería y promover la articulación educación- asistencia.

El apoyo de los ministerios de Salud de Nación y provinciales, la asesoría de la OPS, posibilitaron el desarrollo del programa desde 1990 a 2000, con coincidencias y divergencias según la particularidad del lugar donde se ha aplicado, iniciando el Proceso de cambio propuesto a través de SPT-2000 y sostenido en la carta de Ottawa (1986), bases del Proceso de cambio en la APS y en los Recursos Humanos en Salud, en los países de la región.

## **6.2. Ley 24.004. Régimen legal del ejercicio de la enfermería. B.O. 28/10/1991. Decreto Reglamentario 2.497/93**

La ley 24.004, en sus arts. 2 y 3, describe las acciones de la enfermería desde las tareas propias, que eran incluidas dentro de las actividades de colaboración de la medicina y odontología en la ley 17.132, Decreto N°6216/67, título VII. De los colaboradores, capítulo I, artículos 42 a 48 inclusive<sup>47</sup>.

*“art.2. El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de*

---

<sup>47</sup> Art.43. “El Poder Ejecutivo Nacional podrá reconocer o incorporar nuevas actividades de colaboración cuando lo propicie la Secretaría de Estado de Salud Pública, previo informe favorable de las Universidades.”

*enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.*

*Art.3 Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:*

*a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;*

*b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de la enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.”<sup>48</sup>*

El ejercicio de la enfermería profesional, está reservado a los egresados de Universidades nacionales, provinciales o privadas, también al título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependiente de organismos nacionales, provinciales, municipales o privados reconocidos. El ejercicio en el nivel auxiliar, se aplica a quienes posea el certificado de auxiliar de enfermería otorgado por autoridad competente. Los derechos, obligaciones y prohibiciones están aplicados acorde con la idoneidad y capacitación recibida, de manera autónoma, dentro de la competencia que la ley del ejercicio de la enfermería determina, en capítulo 3, artículos 9 al 11, para los profesionales y auxiliares de la enfermería.

Esta ley responde al proceso de profesionalización de los auxiliares de enfermería, desde 1990 a 2000, con el reconocimiento del lugar del enfermero en la promoción, recuperación y rehabilitación de la Salud, agente de Salud comunitario, en respuesta al SPT2000 y los documentos que han profundizado el llamado a la acción desde la promoción de los

---

<sup>48</sup> Ley 24.004. Régimen legal del ejercicio de la enfermería. Boletín Oficial, 28 de octubre de 1991. Capítulo 1. Artículos 2 y 3.

Recursos Humanos en la Salud, convocando al compromiso comunitario de los diversos actores que intervienen en capacitación, orientada a la APS. Esta ley marca un reconocimiento del ejercicio de la enfermería en el Sistema de Salud, en Argentina, al tener ley de aplicación propia, distingue el ejercicio autónomo acorde con la idoneidad-profesionales y auxiliares-, del marco legal del ítem de enfermeras, en art. 42 de la ley 17132, dentro las actividades de colaboración de la medicina y odontología en el año 1967, previa a la declaración de Alma Ata.

### **6.3. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud (2001).**

La red del observatorio de los Recursos Humanos en Salud en Argentina, se formó en mayo de 2000, acorde con programa de desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la División de Servicios en Salud de OPS/OMS. Cuenta con la participación de las agencias de las Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con la finalidad de apoyar a los países de América Latina y Caribe en el desarrollo de adecuadas y efectivas políticas de desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, en el marco de la reforma del Sector Salud. La propuesta de un observatorio responde a generar conocimiento e información para generar toma de decisiones, en el Proceso de cambio del sector, acorde con las reformas de Salud.

*“Argentina requiere información actualizada, registros sobre bases de datos con alimentación permanente y estudios de profundidad acerca de la disponibilidad (oferta) de recursos humanos (profesionales, técnicos y auxiliares); flujos de la formación y capacitación de los recursos humanos; vínculos de trabajo, desempeño y productividad personal; remuneraciones, salarios e ingresos y sistemas de beneficios; regulación laboral y profesional; organización, conflictos y negociación colectiva, entre otros temas.*

*Tanto la situación de oferta de Recursos Humanos como la de empleo y ocupación en el sector ha cambiado sustancialmente en los últimos años,*

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

*debido a las transformaciones ocurridas con las reformas de los sectores salud y educación, caracterizadas por la descentralización, racionalización, ajuste y reducción del Estado, tercerización de determinados servicios y flexibilidad laboral. Por otra parte, la explosión de oferta de formación a través de nuevas instituciones educativas y de nuevas modalidades educaciones y la aparición de múltiples actores institucionales que ofertan nuevas modalidades de atención y prevención de la salud, llevan a pensar en un cambio sustantivo en la dinámica de la salud, llevan a pensar en un cambio sustantivo en la dinámica y composición de los Recursos Humanos en Salud".<sup>49</sup>*

Este texto se enmarca en el proceso de Reforma del Estado, en el cual las políticas de descentralización, racionalización y reducción del estado han sido aplicadas a nivel nacional, provincial y municipal (ref. citas 9 y 10. Almeida Filho (1999))

Sean evaluado los planes y establecimientos educativos, los tradicionales y las facultades privadas, localizadas principalmente en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la oferta universitaria incluye licenciaturas y títulos intermedios, carreras de diversa duración.

En cuanto a la formación en enfermería (a 1998), se realiza en el ámbito universitario, terciario universitario y fundamentalmente en entidades no universitarias, que dictan la carrera a distintos niveles e incluyen las escuelas de Cruz Roja y los establecimientos de comunidad.:

- Instituciones universitarias nacionales (21): de Buenos Aires (UBA), de Córdoba, de Catamarca, de Cuyo, de Entre Ríos, de Formosa, de Lanús, de la Patagonia San Juan Bosco, de La Rioja, de Lomas de Zamora, de Mar del Plata, de Misiones, del Nordeste, de Quilmes, de Rio Cuarto, de Rosario, de Salta, de San Luis, de Santiago del Estero, de Tucumán, Instituto Universitario de la Policía Federal Argentina.

---

<sup>49</sup> OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. OPS/OMS en Argentina, 2001. Introducción. Págs. 11-12.

- Instituciones universitarias privadas (4): Católica de Cuyo, Austral, Adventista del Plata, Instituto Universitario CEMIC.
- Instituciones formadoras terciarias no universitarias públicas (25) en: CABA (2), Buenos Aires (14), Catamarca (2), Córdoba (2), Corrientes (1), Entre Ríos (1), Jujuy (1), Mendoza (1), Santa Fe (1).
- Instituciones formadoras terciarias no universitarias privadas. Incluye Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Argentina (68) en: CABA (25), Buenos Aires (20), Córdoba (5), Corrientes (1), Entre Ríos (3), Formosa (1), Mendoza (1), Salta (4) Santa Fe (7), Santiago del Estero (1).

La cantidad de enfermeros universitarios y licenciados en enfermería se realizó acorde con los registros de egresados de las universidades, a 1998, se registran 21.100 profesionales de enfermería. El incremento de egresados será producido ante el registro de los profesionales que egresan de los programas de profesionalización y complementos curriculares del Programa Federal de Profesionalización de auxiliares de enfermería (ref. Ítem 6.1). Los registros de información oficiales son aun deficitarios, la Federación Argentina de Enfermería, consigna que en 1998 se desempeñaban 29.000 enfermeros profesionales y 57.000 auxiliares de enfermería y empíricos.

A partir de los datos registrados, éste informe arroja que en el país se desempeñaban 23.8 enfermeros por cada diez mil habitantes, de los cuales 8 eran licenciados, la relación médico por enfermero es 0,8.

En 1990 se estima un aumento de egresados en los registros, por los convenios curriculares con las escuelas de enfermería de los hospitales que componen la red de unidades docentes hospitalarias de la Facultad de Medicina de UBA, la carrera de enfermería universitaria se dictaba a la fecha en 14 unidades docente hospitalarias y la licenciatura en el Hospital de Clínicas.

Desde 1990 a 1999, informa UBA el total de enfermeros/as, enfermeros universitarios y licenciados en enfermería ha evolucionado desde 1989 (24), 1991 (37), 1993 (29), 1995

(31),1997 (96), 1999 (110), siendo el mayor el número de los egresados los enfermeros universitarios, respecto del total por año: 1989 (8/24), 1991 (10/37), 1993 (13/29), 1995 (15/31),1997 (71/96), 1999 (101/110).

#### **6.4. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004 (2005).**

El informe parte de los escenarios que han sido afectados por las reformas en el Sector Salud, en cuanto Reforma del Estado, y el contexto global en mutación.

Con relación a Argentina, las fuentes de información acerca de los Recursos Humanos en Salud al 2003, se las clasificaba en:

- Cuantitativas: censos demográficos, encuestas domiciliarias
- Dotación de profesionales: egresados de las escuelas de nivel superior, proporcionados por el Ministerio de Educación.
- Empleos y puestos de trabajo: catastros de los ministerios de Salud.
- Registros administrativos: planillas de sueldos y organigramas
- Formas de organización corporativa: sindicatos, asociaciones y colegios.

El informe de los Recursos Humanos en Salud al 2004, formulo objetivos en relación con: Identificar la oferta educativa, por categoría profesional, relevar los inscriptos y egresados de carreras de Salud, cantidad de profesionales por actividad y describir la situación de los Recursos Humanos en Salud para las diferentes categorías ocupacionales en Sector Salud.

El emprendimiento parte del sesgo debido por la falta histórica de fuentes válidas, sistemáticas y confiables, siendo las fuentes secundarias relevantes en el informe.

Este informe revela la importancia del reconocimiento de escasos de profesionales en enfermería, en el país y en ofertas atractivas de inserción laboral en otros países, también detalla el aumento de ingresantes a la carrera, tanto en universidades públicas como privadas.

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Respecto de los nuevos inscriptos (fuente: Secretaria de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, 2005) en universidades públicas de 1998 a 2003, evoluciona en totales de ingresantes al: ciclo lectivo 1998 (4392), 1999 (4554), 2000 (4226), 2001 (5119), 2002 (6207), 2003 (6239).

En cuanto a la oferta de universidades, en 1998 y 2003 se distingue el aumento de sedes e inscriptos:

- Universidades nacionales ciclo 1998: UBA (11), de Córdoba (685), de Cuyo (49), de Entre Ríos (397), de Formosa (57), de Lanús (326), de la Patagonia Austral (111), de Mar del Plata (140), de Rio Cuarto (98), de Rosario (962), de Salta(524), de Santiago del Estero(348), de Tres de Febrero (19), de Tucumán (375), del Nordeste (289). Total: 4392 nuevos inscriptos.
- Universidades nacionales ciclo 2003: UBA (117), de Catamarca (165), de Córdoba (646), de Cuyo (115), de Entre Ríos (502), de Formosa (277), de Lanús (172), de la Patagonia Austral (215), de la Patagonia San Juan Bosco (116), de La Rioja (274) de Mar del Plata (24), de Misiones (350), de Rio Cuarto (162), de Rosario (657), de Salta(528), de Santiago del Estero(119), de Tres de Febrero (132), de Tucumán (666), de Villa María (3), del Comahue (390), del Nordeste (416), Instituto Universitario de la Policía Federal Argentina (193). Total: 6239 nuevos inscriptos.

Con relación de los nuevos inscriptos (fuente: Secretaria de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, 2005) en universidades privadas de 1998 a 2003, evoluciona en totales de ingresantes: ciclo lectivo 1998 (10), 1999 (284), 2000 (570), 2001 (1103), 2002 (1228), 2003 (1502).

- Universidades privadas ciclo 1998: Universidad Austral (10). Total: 10 nuevos inscriptos.

- Universidades privadas ciclo 2003: Universidad Abierta Interamericana (112), Adventista del Plata (2), Austral (31), Maimónides (1320), Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano (37). Total: 1502 nuevos inscriptos.

Con relación a los egresados de enfermería si bien los nuevos ingresantes crecieron un 80% el número de egresados aumento un 30% en el mismo ciclo, se estima que el trabajar y estudiar, retarda el egreso o es motivo de abandono. En cuanto al aumento de egresados, el sector privado, a 1998 no tenía egresados, siendo el aumento de ingresantes notorio en 2003, previéndose el incremento de egresados de universidades privadas de enfermería.

Del total de profesiones censadas refiere el informe (fuente INDEC 2001), los médicos son el 39.9% y los enfermeros el 4.2%, siendo la proporción enfermería/medicina: 0.1 (fuente INDEC 2001).

*“Las relaciones consignadas indican que es necesario encarar la implementación de estrategias que permitan promover las condiciones de formación y trabajo en enfermería”<sup>50</sup>*

*“para las autoridades de la Federación Argentina de Enfermeros no existen actualmente suficientes elementos que permitan determinar con precisión el número total de enfermeros que se desempeñan en el país ya que las estimaciones que maneja la institución son proyecciones de un dato histórico correspondiente al año 1980, al que se han ido agregando los egresados anuales de los distintos títulos universitarios más los técnicos y auxiliares. (...) La referida relación médico/enfermero universitario (título de grado) que para el total del país es de casi 10 y que alcanza según los datos censales a 19 médicos por cada enfermero en la Ciudad de Buenos Aires. (...)*

*Este fenómeno da cuenta de las dificultades existentes en el país para implementar programas que estimulen la formación y el trabajo en*

---

<sup>50</sup> Ambramzón, Mónica. Recursos Humanos en Salud en 2004. OPS en Argentina. 2005. Cuadro X. Pág. 35.



*determinados campos críticos como es el de Enfermería. Los intentos que con este fin se han implementado en los últimos 15 años en conjunto entre las organizaciones representativas del sector con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud sólo han logrado una baja proporción de los resultados buscados, debido a la falta de condiciones de contexto que estimularan desempeño en ese campo.”<sup>51</sup>*

Este informe, al 2004, formula la necesidad de implementar programas de formación del Recurso Humano en enfermería, considerado su acción crítica en el sistema de Salud, básico en la APS.

Dentro de los objetivos de éste informe (2004) se encontraba el relevamiento de los profesionales por actividad, se ha transcripto específicamente lo referente a la evolución de inscriptos, egresados en enfermería, en cuanto Recurso Humano crítico en la APS.

#### **6.5. Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud (2007)**

Las Bases para el Desarrollo de Recursos Humanos de la Salud, se desarrolla líneas propuestas en: La Renovación de la APS en las Américas (2007), el PFS (2004) del MSN y la meta 8 FESP (Desarrollo en Ítem 5.4)

Específicamente respecto del Recurso Humano en enfermería, éste documento realiza un relevamiento histórico respecto de las entidades formadoras, desarrollado a través del informe Recursos Humanos en Salud en 2004.

El MSN informa los registros de matriculación, que pueden tener al mismo profesional matriculado en varios registros provinciales o tener registrado un nivel menor (auxiliar) y superior (licenciado en enfermería) en el mismo ministerio o colegio profesional. Acorde con lo relevado, en el total del país se encuentran matriculados: 3.739 licenciados en

---

<sup>51</sup> <sup>51</sup> Ambramzón, Mónica. Recursos Humanos en Salud en 2004.Op. Cit. Págs. 43-45.

enfermería, 21.789 enfermeros, 55.722 auxiliares de enfermería (fuente MSN. Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos)

*“La situación de enfermería en el país constituye un problema crítico reconocido en todos los estudios realizados hasta la fecha. Los problemas relevados se refieren a los tres ejes analizados: la formación, la cantidad de recursos y el mercado de trabajo.*

*(...)Esta situación incide en el hecho de que el número de profesionales resulta escaso para cubrir la demanda de atención de la población y la conformación de los equipos de salud. La falta de información válida y confiable impide realizar una evaluación fidedigna de la situación laboral para esta categoría profesional.*

*Las asociaciones consultadas no cuentan con datos recientes, no se pueden establecer tendencias de la composición de las categorías fuera de las que registra el Ministerio de Educación.*

*(...) Por último, respecto de las condiciones y mercado laborales no se registran importantes cambios a pesar de las iniciativas que impulsaron distintos actores del sector: enfermería continúa siendo una profesión con baja visibilidad y reconocimiento social y sus niveles de remuneración son muy bajos”.*<sup>52</sup>

En cuanto a la inserción laboral, éste informe revela que la actividad de la enfermería es sostenida en su mayoría por personal no profesional: de un total de 81.250, 55.722 son auxiliares de enfermería, siendo 25.528 personal profesional, aproximadamente 45,8% del total (acorde con la clasificación en ref. 48. Ley 24.004)

---

<sup>52</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Bs. As 2007. Ítem 11.7. Pág.44

Con información relevada desde registros del MSN, al 2005 el total de enfermeros por cada 10.000 habitantes es de 22,40 y médicos por enfermero 1,49 en el país y en CABA 4,33. La desigualdad en la distribución del Recurso Humano, se sostiene si bien se han acrecentado geométricamente los establecimientos de formación públicos y privados en enfermería profesional universitarios y terciarios (ref. Recursos Humanos en Salud en 2004).

Las líneas de acción propuestas desde MSN son:

*“1. Promover el desarrollo de un estudio de la enfermería según distribución geográfica, nivel de formación, condiciones laborales y área de desempeño profesional, a través de la Dirección de Políticas de Recursos Humanos en Salud.*

*2. Promover la instalación de una base de datos en la Dirección de Políticas en Recursos Humanos en Salud, que permita instrumentar estrategias acorde a las necesidades, problemas y riesgos de cada región.*

*3. Promover desde el Ministerio de Salud una Reunión Nacional de Enfermería, con carácter de Interés Nacional y la necesaria difusión a través de los medios de comunicación masivos, para analizar y presentar “El Plan de Desarrollo Nacional de Enfermería” (...)*

*En este Encuentro Nacional deberían surgir propuestas para elaborar las “Políticas Argentinas de Enfermería para el próximo decenio, como Políticas de Estado””<sup>53</sup>*

En cuanto a la formación de enfermería el MSN propone que:

- Se incorpore la carrera de enfermería como “de interés público” (art.43. Ley de Educación Superior)

---

<sup>53</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Op. Cit. Ítem 12.2. Pág.46-47

- Promover un sistema de apoyo desde MSN a instituciones públicas y privadas, para garantizar la calidad de la enseñanza profesional.
- Promover la inclusión de la categoría profesional: licenciado en enfermería, en todas las jurisdicciones (distinguir en categoría profesional)
- Revisión de los programas de profesionalización de los auxiliares de enfermería. La comisión interministerial de tecnicaturas entre el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología y el MSN, creada por resolución ministerial 296/02, tiene a su cargo la evaluación de perfiles profesionales, las bases curriculares, requisitos mínimos para el funcionamiento de la carrera y actividades.
- El proyecto de la tecnicatura superior en enfermería aprobada por COFESA, considerada de prioridad en Argentina.

*“Superar la situación crítica en enfermería es importante para el desarrollo de la estrategia APS. Por ello, se ha diseñado la carrera articulada de Enfermería homogénea en todo el país, en la cual el primer paso fue la aprobación de la Tecnicatura Superior en Enfermería por el COFESA (marzo 2007) y por el Consejo Federal de Cultura y Educación (mayo 2007).*

*Se han establecido el Perfil Profesional, los Contenidos Básicos de Formación, los Requisitos Mínimos para el funcionamiento de la Carrera de Enfermería y las Actividades Reservadas. También que al Título de técnico-terciario de Enfermera/o le sigue el cursado de la Licenciatura en Enfermería. El Enfermero con título otorgado por la Universidad tiene acceso directo a la misma, en tanto el Enfermero con título obtenido en un Instituto Terciario tiene acceso al ciclo de la Licenciatura con un curso de nivelación.*

*A continuación de la Licenciatura en Enfermería-grado universitario- siguen las Especialidades, que están siendo definidas. Se propone también la formación en residencias de 1 año de duración*

*Esta carrera escalonada es en su esencia una propuesta de jerarquización de la formación. Se pretende en el mediano plazo la supresión de la formación de Auxiliares de Enfermería, con el fin de formar como nivel básico Enfermeras/os que tengan un amplio campo de acción en el área comunitaria y hospitalaria, hasta el nivel intermedio de atención”.*<sup>54</sup>

Esta comisión interministerial propone como nivel inicial en la formación: la tecnicatura en enfermería, con la posibilidad de licenciarse y especializarse. Mayor capacitación, idoneidad, autonomía, abre el escenario a mayor inserción laboral hospitalaria y comunitaria. Mismo nivel de formación, homogéneo plan de estudio en las tecnicaturas, suprimir la formación de auxiliares en enfermería.

Al 2007 se mantiene la meta: Superar la situación crítica del Recurso Humano en enfermería y su importancia en la estrategia APS. Meta que responde a las formulaciones realizadas en Buenos Aires 30-15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio, en el mismo año (Ítem 5.1)

#### **6.6. Proyecto de ley de emergencia de enfermería. Plan nacional de desarrollo de la enfermería (2008).**

Acorde con el desarrollo en las Bases para el Desarrollo de Recursos Humanos de la Salud, respecto al Recurso Humano de enfermería, desde MSN se establecen las líneas para el proyecto de ley de emergencia de enfermería.

- Enfermería como Recurso Humano crítico y prioritario
- Profesión de riesgo, acorde con art.43 de la Ley de Educación Superior N°24.521

---

<sup>54</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Op. Cit. Segunda parte. Ítem 2.7 Pág.74-75

- Modelo de formación, bajo un régimen educativo a tiempo completo y dedicación exclusiva.
- Curricula común que incorpore contenidos y práctica en al APS.
- Profesionalizar a personal auxiliar de enfermería.
- Formación a través de universidades públicas nacionales y provinciales, que podrán establecer convenios con entidades formadoras de nivel superior no universitario del sector público.
- Creación de un fondo fiduciario: becas para los estudiantes e incentivos para los centros de formación.
- Se propone modificación del art.3 de la ley 24004. Reconociéndose dos niveles para el ejercicio de la enfermería: licenciado en enfermería y enfermero. Al auxiliar en enfermería se lo dejará de considerar pasible de integrar equipos de Salud.
- Propuesta para ciclo 2009-2016: incorporación de 45.000 profesionales. Relación enfermero/auxiliar: 60/40.
- Requisitos para solicitar las becas: Argentino nativo, naturalizado o extranjero con residencia permanente en Argentina. Edad hasta 30 años para formación, hasta 45 años para profesionalización. Certificado de nivel medio completo. Certificado de aptitud psicofísica anual. Haber cumplido los requisitos de ingreso y regularidad establecidos por el establecimiento educativo. Buen desempeño académico, con aprobación mínima del 75% de las materias del ciclo lectivo.
- Las instituciones formadoras serán evaluadas periódicamente por el comité de seguimiento y calidad educativa del plan. Las instituciones se comprometerán a que los docentes participen de las actividades de capacitación organizadas por el MSN, para contenidos transversales.
- Los gobiernos provinciales firmarán un convenio de adhesión, comprometiéndose:
  - a. incorporar en forma progresiva a los auxiliares de enfermería que cumplan los

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

requisitos mínimos, al proceso de profesionalización, b. incorporar al sistema público de Salud a los profesionales egresados del plan, c. realizar acuerdos y modificaciones normativas necesarias para jerarquizar las tareas de enfermería, como profesión sanitaria, recategorizando en forma automática con la presentación de la matrícula, a los trabajadores que hayan completado los estudios de enfermería, d. suspender la incorporación de auxiliares de enfermería a los servicios, a partir de 2010.

- Creación del Comité Nacional de Seguimiento y Calidad Educativa en Enfermería, integrado por representantes del: MSN, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Consejo Interuniversitario Nacional, de los gobiernos provinciales, asociaciones formadoras y profesionales de la enfermería, gremios del sector.

Este Proyecto de ley de emergencia de enfermería y el plan nacional de desarrollo de la enfermería, impulsado desde MSN, fue presentado en la III Reunión Ordinaria del COFESA, los días 11 y 12 de setiembre de de 2008, en agenda y anexo 13 el texto de proyecto de ley de emergencia de enfermería y plan nacional de desarrollo de la enfermería. En acta 03-08 del COFESA consta que la reunión fue realizada con la presencia de la ministra de Salud, Lic. María Graciela Ocaña, miembros de su gabinete, directores, jefes de programa y autoridades sanitarias de las 24 jurisdicciones de la República Argentina.

**6.7. Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de ley de emergencia de enfermería. Plan nacional de desarrollo de la enfermería. Programa nacional destinado a fomentar la formación de enfermeros y enfermeras profesionales. Período parlamentario 2008.**

El proyecto de ley, elevado al Congreso de la Nación, acorde con texto desarrollado en el ámbito del MSN-COFESA, en setiembre de 2008, con fecha 16 de diciembre de 2008, las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Educación y de Presupuesto y Hacienda consideraron el proyecto de ley del Poder Ejecutivo y elevan el dictamen aconsejando la sanción del proyecto de ley de emergencia de enfermería, con disidencia parcial de

diputados, que han señalado la disconformidad, en: la creación de un fondo fiduciario para la financiación, la denominación “recursos humanos” dado que evoca las políticas neoliberales, modificación del art. 3 de la ley 24.004, respetándose y valorándose al auxiliar de enfermería por su labor específica, la profesionalización de los/las actuales auxiliares de enfermería dirigida exclusivamente al sector público, creación de nuevos puestos de trabajo para la incorporación de los profesionales al sistema público de Salud.

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Educación y de Presupuesto y Hacienda elevan informe a la Honorable Cámara de Diputados , en el cual resuelven despachar favorablemente el proyecto de Ley, si bien han modificado alguno de sus aspectos (señalados posteriormente) del proyecto de Ley, presentado el 29 de octubre de 2008 por el Poder Ejecutivo.

Con referencia a los antecedentes, en el mensaje del Poder Ejecutivo al Honorable Congreso de la Nación, el 29 de octubre de 2008, fundamenta la evaluación del proyecto de ley, en el cual detalla:

*“(...) Corresponde declarar la emergencia del recurso humano en enfermería y establecer por lo tanto la priorización de su formación profesional de manera eficaz, intensiva y conducente a través de un modelo formativo de régimen a tiempo completo y con dedicación exclusiva para evitar las desproporciones e inequidades establecidas históricamente entre los trabajadores del sistema sanitario público y privado.*

*(...) Dentro del equipo de salud, los recursos humanos de enfermería constituyen un importante capital humano, como factor decisivo en la producción de transformaciones hacia mejores servicios que respondan a las necesidades de la población.*

*(...) Si bien se sabe que los recursos humanos capacitados son imprescindibles para garantizar la calidad del cuidado, prevención, promoción y atención de la salud, se puede afirmar que las reformas socioeconómicas, políticas y*

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.



*sanitarias propiciadas por el neoliberalismo en décadas pasadas no han sido favorables para los ambientes de trabajo, ni para las prácticas de salud.*

*(...)Numerosos son los condicionantes y determinantes que estructuran la atención de enfermería: la organización del sistema sanitario; el modelo de atención predominante, la situación económico-política, social y cultural; la diversidad de niveles de formación; la valoración social del trabajo de la mujer, y la construcción histórica de la profesión. Todos estos aspectos se encuentran interconectados por relaciones internas, en continuo movimiento, por momentos contradictorios, generando avances y retrocesos permanentes.*

*(...)Aún hacen falta más enfermeras con mayor capacitación, orientada a la estrategia de atención primaria de la salud, con una visión de la complejidad del fenómeno de la salud que dirija la mirada de los problemas sanitarios hacia la interacción de la situación económica, social, política, cultural, ideológica, de las relaciones de poder, de la formación de los profesionales de salud y del modo en que se organizan los servicios y se distribuyen los recursos*<sup>55</sup>

Desde este mensaje se fundamenta el espíritu de la ley de emergencia de enfermería: formar Recursos Humanos en enfermería, capacitados en la estrategia de la APS, con una formación de tiempo completo, becada, orientada a la prevención, promoción y en el análisis crítico de las variables que inciden en la Salud individual y comunitaria.

Estos fundamentos responden a la estrategia OPS/OMS para los países de la región y para Argentina, en cuanto a la desigualdad en la distribución de los Recursos Humanos en enfermería en el país y cada 10.000 habitantes.

---

<sup>55</sup> Cámara de Diputados de la Nación. Orden del día N°1632. Proyecto de Ley de emergencia de enfermería. Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería y Programa Nacional destinado a fomentar la formación de enfermeros y enfermeras profesionales. Antecedentes. Mensaje del Poder Ejecutivo al Honorable Congreso de la Nación.

La formación y profesionalización de los auxiliares en enfermería, posibilitaría alcanzar mejoras en la calidad del sistema de Salud y en la comunidad, manifestación del Proceso de Cambio Social propuesto por la estrategia de APS y el llamado a la acción de Toronto (ref. 2), a través de acciones comprometidas de los actores partícipes en las decisiones de los estados parte. En el caso de la ley de emergencia de enfermería y plan nacional de desarrollo de la enfermería, es en el ámbito del MSN el Organismo en el cual se delega la reglamentación del plan y autoridad de aplicación.

En cuanto a la reforma del Art. 3 de la Ley 24.004, se han contemplado las disconformidades y modificado del proyecto de ley propuesto por el Poder Ejecutivo.

*“Art18. En el ámbito territorial de la ciudad de Buenos Aires y en las jurisdicciones que hubieren adherido a los términos impuestos por la ley 24.004, se modificarán las condiciones del ejercicio profesional previsto en el artículo 3° de la misma, el que a los fines de su adecuación quedará redactado con el siguiente texto:*

*Art. 3° Reconócese tres niveles para el ejercicio de la enfermería:*

*a) Licenciada/o en enfermería;*

*b) Enfermera/o;*

*c) Auxiliares de enfermería.*

*Estos niveles con incumbencias consistentes en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia serán los que se defina por la vía reglamentaria.”<sup>56</sup>*

El régimen legal del ejercicio de la enfermería distingue dos niveles en la ley 24.004 (ref. Ítem 6.2): enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería, la ley de emergencia de

---

<sup>56</sup> Cámara de Diputados de la Nación. Orden del día N°1632. Proyecto de Ley de emergencia de enfermería. Op. Cit. Capítulo VIII. Art. 18.

enfermería en el proyecto de ley propone dos niveles: licenciado en enfermería y enfermero, siendo finalmente propuesta la modificación del art. 3, con el reconocimiento de tres niveles de enfermería, auxiliar de enfermería ubicado dentro de los niveles del ejercicio de la enfermería y se ha diferenciado el nivel enfermero profesional o enfermero universitario, del licenciado en enfermería.

## **7. Análisis comparado de los ejes de cada etapa presentada.**

### **7.1. Con relación a la evolución de los Recursos Humanos, en la estrategia APS.**

Este trabajo ha formulado como ejes de análisis los siguientes ejes temáticos, analizados con los correspondientes referentes documentales y acorde con un orden cronológico:

- I. Fundamentos generales de los Recursos Humanos en Salud.**
- II. De Alma-Ata (1978) a la Declaración del Milenio (1999).**
- III. De los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM- (1999 -2008) a La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas (2007).**
- IV. Proyección y análisis de la situación actual.**
- V. Recursos Humanos en enfermería: personal crítico de la Atención Primaria de la Salud en Argentina.**

En cuanto al *eje I. Fundamentos generales de los Recursos Humanos*, ha sido desarrollado como eje transversal, con el análisis de los documentos desde la perspectiva de los Recursos Humanos, Protagonistas del Proceso de Social; Recursos Humanos en Salud, comprometidos con la estrategia de Atención Primaria de la Salud. La progresión cronológica, desde Alma Ata (1978) al análisis de la situación actual en Argentina (2009), permite a través del *eje V. Recursos Humanos en enfermería: personal crítico de la Atención Primaria de la Salud en Argentina*, aplicar las nociones analizadas desde la perspectiva de la Salud, en el Proceso Social: histórico, dinámico, complejo, multidimensional y globalizado, desde una posición transversal, del proceso cronológico

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

desde 1990 a 2009 inclusive, respecto al ejercicio de la enfermería, desde la promoción del Recurso Humano capacitado, comprometido con la estrategia APS.

Los *ejes II, III y IV*, a través de los documentos representativos, establecen ciclos de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, *desde Alma Ata (1978) a la situación actual a través de la estrategia de colaboración OPS/OMS con Argentina (2009)*, ésta evolución ha sido desarrollada durante tres décadas, durante las cuales reformas políticas y crisis económicas nacionales y regionales, han afectado el desarrollo de las políticas y programas diseñados por los actores representativos del sector Salud.

## 7.2. Comparación desde Alma Ata (1978) a Situación actual en Argentina (2009)

<b>De Alma Ata (1978) a ODM (1999).</b>	<b>De ODM a La Renovación de APS en América (2007)</b>	<b>De Renovación de APS en América a Situación Actual</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Fundamentos.</b>
<p>Derecho Humano a la Salud. Convocatoria a los actores políticos, sociales, económicos, a todos los sectores y niveles. Atención sanitaria parte del desarrollo social y comunitario. Equidad sanitaria, Igualdad de oportunidades. Apoyo a SPT2000 es posible.</p>	<p>Convocatoria compromiso político en período de crisis económica mundial y nacional. Modalidad programas con metas, evaluaciones a través de indicadores, análisis situacional, control de riesgos y daños. Fortalezas y debilidades. Promoción y participación</p>	<p>Desde las propuestas realizadas en ODM ante crisis económica mundial: Promoción de equipos de trabajo multidisciplinarios, programas con metas, prioridades pre establecidas, seguimiento y evaluaciones periódicas. Gerenciamiento y monitoreo. Estimular la participación comunitaria. Aplicación de los avances</p>

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

	comunitaria desde los agentes de la Salud, incorporación de las tecnologías ante la globalización.	tecnológicos.
<b>Estrategias</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Estrategias</b>
<p>Programa SILOS: Descentralización.</p> <p>Participación social estrategia APS, con perspectiva local, multisectorial, promoción de la participación comunitaria.</p> <p>Propuesta adaptada a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada religión.</p> <p>Propuesta ODM-MDM</p>	<p>ODM-MDM2015. OPS-FESP. Objetivos, metas, evaluaciones por etapas, informes y auditorías externas.</p> <p>Revisión a 30 años de SPT-2000: Buenos Aires 30-15</p>	<p>FESP. ODM-MDM.</p> <p>Estrategia FESP en Argentina. Estrategia de cooperación OPS internacional, multilateral: técnica y económica, desarrollo de programas.</p> <p>Talleres y encuentros regionales de capacitación e intercambio de experiencias.</p> <p>Sistematización de legislación, registros profesionales, establecimientos.</p>
<b>Acciones para Recursos Humanos en Salud.</b>	<b>Acciones para Recursos Humanos en Salud.</b>	<b>Acciones para Recursos Humanos en Salud.</b>
<p>Capacitación en APS con Inserción comunitaria, derechos sociales. (SILOS).</p> <p>Alcanzar la participación de la comunidad en la gestión y</p>	<p>Desarrollo y capacitación en Salud pública. Promoción de ambientes de trabajo saludables, trabajo estable, proteger el derecho a la salud de los trabajadores, política</p>	<p>Plan de desarrollo de Recursos Humanos en Salud: regulación de ofertas, capacitación, becas, residencias, estímulos, inserción laboral estable.</p>

Los Recursos Humanos de la Salud, en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

planificación de los servicios de Atención de la Salud.	de incentivos, educación permanente. En Argentina: plan de desarrollo de Recursos Humanos en relación con las entidades formadoras, becas, residencias, inserción equitativa de los Recursos Humanos en todo el país.	Capacitación acorde con las necesidades locales, educación continua, desarrollo de liderazgo, capacidad de planificación y gestión, interdisciplina, acorde con los valores de solidaridad, igualdad y respeto a la dignidad humana.
<b>Enfermería en Argentina.</b>	<b>Enfermería en Argentina.</b>	<b>Enfermería en Argentina.</b>
1991. Ley 24004. Ejercicio de la enfermería. Programa profesionalización de auxiliares en 12 jurisdicciones. (1990-2000). Meta: 10.000 enfermeros para el año 2000. Egresaron un total de 1796.	Observatorio de Recursos Humanos en Salud (2001), Relevamiento de licenciados, profesionales y auxiliares de enfermería, ingresantes y egresados en enfermería, apertura de establecimientos públicos y privados (2004). proyecto de tecnicatura superior en enfermería (2007)	Proyecto de ley de emergencia de enfermería y plan nacional de desarrollo de la enfermería (2008). Educación becada, a tiempo completo y currícula en común. Propuesta 2009-2016: 45.000 enfermeros profesionales.

## 8. Conclusiones.

*“Fortalecer la formación de los recursos humanos necesarios para el desempeño de los sistemas de salud basados en la atención primaria, de manera de alcanzar la necesaria cobertura universal, disminuyendo de esta forma las brechas sociales existentes y logrando la justicia social en salud”*

*XII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, junio 2010*

Este trabajo analizó el rol de los Recursos Humanos en Salud, en el desarrollo de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud, desde una perspectiva cronológica, acorde con los lineamientos de los organismos representativos desde la Declaración de Alma Ata (1978) a las estrategias de colaboración OPS/OMS con Argentina (2009).

Se han detallado características de los 3 ejes que componen este período histórico, que se encuentra enmarcado en reformas políticas, económicas que inciden de manera directa en la Salud Comunitaria, por lo tanto en las políticas de Recursos Humanos en Salud.

Este trabajo desarrolló el principio “los trabajadores de la Salud, Protagonistas del Proceso Social”, partiendo del aspecto dinámico de la intervención del Recurso Humano comprometido con la APS, promoviendo la Salud comunitaria. La estrategia APS es en sí misma Proceso de cambio, atravesada por variables económicas, políticas y emergentes que inciden en un mundo globalizada, a través de los avances tecnológicos.

En cuanto las tres décadas que han transcurrido desde la Declaración de Alma Ata (1978) a la actualidad, Naciones Unidas se ha planteado la imposibilidad de alcanzar las MDM, y por ende la SPT2000 marca el inicio de un Proceso comprometido de los diversos actores que han participado en la evolución de la estrategia de APS, ajustándose la misma a los procesos históricos, políticos y económicos en la región de las Américas: políticas neoliberales de descentralización, reconocimiento de programas locales y regionales, aplicadas a la política de Recursos Humanos en Salud, afectaron en la capacitación e inserción laboral estable, dado que ante la Reforma del Estado en Argentina, Recursos Humanos altamente capacitados han sido emigrado a otros países que han requerido los servicios profesionales con mayor reconocimiento económico y propuestas de beneficios e incentivos que en Argentina no encontraron. Esta situación OPS la ha planteado como debilidad para la Región de las Américas, consecuencias de la política neoliberal aplicada en diversos países del continente.

Respecto de la modalidad propuesta de gestión, análisis situacional, metas e indicadores en los programas de Salud, desde las MDM a FESP, permiten al igual que las evaluaciones ante los incentivos de becas de capacitación en Recursos Humanos en Salud, distribuir

acorde con las necesidades y compromisos asumidos por los actores que intervienen en el Proceso, promoviendo de éste modo la equidad.

El Recurso Humano en enfermería, en tanto personal crítico, se encuentra en desigualdad respecto de la demanda en los equipos de Salud en Argentina y otros países de la región, acorde con lo informado por OPS y experiencias compartidas por los ministros de Salud que han participado del encuentro internacional realizado en Buenos Aires, con motivo de los 30 años de la Declaración de Alma Ata, en 2007.

En Argentina la ley del ejercicio de la enfermería(1991), marco la diferenciación entre profesionales y auxiliares, fundada en la capacitación e idoneidad; El proyecto de ley de emergencia de enfermería (2008), ha sido observado en el Congreso Nacional, por excluir de los equipos de Salud a los auxiliares de enfermería, siendo reconocidos los tres niveles acorde con la formación, sin desmerecer al personal con menor nivel de capacitación; Respecto de la currícula común para todos los establecimientos formadores, el seguimiento y evaluación de cada estudiante becado, con una formación teórico práctica fundada en la APS, la evaluación compartida de Procesos y resultados de los establecimientos formadores con el comité de seguimiento y calidad educativa del plan, permitirá que la centralización de los contenidos no debilite la inserción y compromiso local, regional que los enfermeros profesionales han de requerir en su formación.

Para finalizar, es importante resaltar el lugar de Protagonistas de los Recursos Humanos en Salud, son: la base del sistema de Salud, tienen la responsabilidad Social de brindar el servicio público del derecho a la Salud, acorde con la estrategia de APS.

El ejercicio de enfermería en el sistema de Salud, en cuanto personal crítico, es un emergente de las políticas de Recursos Humanos en Argentina y en los países de la región, acrecentado por la falta de reconocimiento social que la profesión tiene en el sector Salud y en la comunidad. A la fecha, la ley de emergencia en enfermería no ha sido sancionada.

Se encuentra el desafío abierto, la década de los Recursos Humanos en Salud, iniciada con el llamado a la acción de Toronto, se inició en 2006, restan 5 años de proyectos, programas, MDM que presentan etapas a desarrollar hasta 2015.



Superar los desafíos y obstáculos que se presentan en el desarrollo de las políticas, implican acciones específicas, que han de ser evaluadas, redirigidas y apoyadas con voluntad política y compromiso de los actores intervinientes desde la formación, inserción, promoción de los Recursos Humanos en Salud, con una visión de conjunto que fomente la capacidad de afrontar los paradigmas emergentes, desde la estrategia de APS.

*“(...) este llamado a la Acción será un marco de referencia útil para la formulación e implementación de los planes de recursos humanos (a nivel de país, subregional y regional) durante la próxima década en las Américas.*

*(...) Que la activa cooperación entre todos los actores interesados en este tema es necesaria y que tanto los representantes de los países como los de las agencias participantes en la reunión expresaron el deseo de continuar realizando actividades conjuntas que promuevan, fortalezcan y desarrollen la fuerza de trabajo en salud;*

*Que la adaptación de la fuerza de trabajo para que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población es una actividad compleja, porque debe considerar los cambios epidemiológicos y socio-demográficos de los países y exige inversiones permanentes además de una planificación que prevea acciones de mediano y largo plazo;*

*(...)En la esperanza que este encuentro signifique un primer e importante paso colectivo para tomar decisiones y realizar acciones efectivas y sostenibles para el pleno desarrollo de los recursos humanos en salud en las Américas, alentamos a todos y todas a divulgar de la forma más amplia posible nuestro Llamado a la Acción, para que sirva como una referencia y una herramienta para todos los que intentan desarrollar políticas de recursos humanos como parte de sistemas de salud más equitativos y de calidad en los países de la Región”<sup>57</sup>*

---

<sup>57</sup> OPS. Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Op. Cit. Págs. 6 y 7.

## **Bibliografía.**

Almeida Filho, Naomar de. La Crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales 75. CESS, 1999.

Almeida Filho, Naomar de. La Ciencia Tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2000.

Almeida Filho, Naomar de. Introducción a la Epidemiología. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008.

Ambranzón, Mónica. Recursos Humanos en Salud en 2004. OPS en Argentina. 2005.

Beck, Ulrich. Qué es la Globalización. Falacias del Globalismo. Respuestas a la Globalización. Paidós. Buenos Aires. 2004.

Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2003.

Cámara de Diputados de la Nación. Orden del día N°1632. Proyecto de Ley de emergencia de enfermería. Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería y Programa Nacional destinado a fomentar la formación de enfermeros y enfermeras profesionales. Período Parlamentario 2008. Comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Educación y de Presupuesto y Hacienda. Impreso 12 de febrero de 2009.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá, 1986.

Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia, 2005.

Celedón, Carmen y Noe, Marcela. Reformas del sector de la salud y participación social. Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Heath 8 (1/2), 2000.

Declaración Alma-ATA, Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. URSS, 1978.

Laurell, Asa C. El Estado y la Garantía del Derecho a la Salud. Presentación en XI Congreso Mundial de Salud Pública. VIII Congreso Brasileño de Salud Colectiva. Agosto 2006.

Ley 17.132. Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. Decreto Reglamentario 6216/67.

Ley 24.004. Régimen legal del ejercicio de la enfermería. BO, 28 de Octubre de 1991. Decreto Reglamentario 2497/93.

Macinko, J. Montenegro, H. y Grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención primaria de salud en las Américas. Rev. Panam Salud Pública. 2007, 21(2/3)7-84.

Ministerio de Salud de la Nación. COFESA. Bases del Plan Federal de Salud. 2004-2007. Mayo 2004.

Ministerio de Salud de la Nación. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Bs. As 2007.

Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 30-15. Declaración “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria”. 2007.

Ministerio de Salud de la Nación. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad. Buenos Aires -30-15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. 2007.

Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP). Reglamento Operativo. 2007.

Ministerio de Salud de la Nación. COFESA. Proyecto de Ley de Emergencia de Enfermería. Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería. 2008.

Ministerio de Salud de la Nación. FESP. Funciones Esenciales y Programas priorizados de Salud Pública. Informe Anual 2009.

Ministerio de Salud de la Nación. Noticias.XII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. 11 de Junio 2010. [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2009. Nueva York, 2009.

OPS. CD37/20. Salud de los pueblos Indígenas. 1993.

OPS. HHS/ Silos 34. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Salud de los Pueblos Indígenas. 1993.

OPS. CD 42/15. Funciones Esenciales de la Salud Pública. 20 de julio 2000.

OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. OPS/OMS en Argentina, 2001.

OPS/ OMS. Forma para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina. 1990-2000. OPS/OMS en Argentina, 2002.

OPS. Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de la Salud a 25 años de Alma Ata. Bs As, OPS, 2003.

OPS. CD45/DIV/2 Celebración de la Declaración de Alma Ata. Renovar nuestro compromiso con la atención primaria de la salud. Setiembre 2004.

OPS. CD 46/29. Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. 2005.

OPS. Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015.Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. 4-7 de octubre 2005.

OPS. Agenda de Salud para las Américas. 2008-2017. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Panamá, junio 2007.

OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. 2007.

OPS. Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Argentina. 2008-2012. Julio 2008.

OPS. Nota Estratégica: Cooperación técnica de la OPS/OMS con Argentina. 2009-2011. Memorandum de ajuste 5/10. Octubre 2009.

OMS. Documentos Básicos. Constitución de Organización Mundial de la Salud. 1946. Modificaciones adoptadas por la 51 Asamblea Mundial de la Salud. Octubre 2006.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. ODM. 1999.

Tealdi, Juan Carlos. Silos y Bioética. Racionalidad Moral de las decisiones Comunitarias. En Bol of Sanit Panam. 109 (5-6), 1990.

Torres, C., Mujica, O. Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rev. Panamericana Salud Publica /Pan AM J Public Health 15(6), 2004 Pág. 430-439.

---