

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Mariana Natalia Rolla

Evaluación de una metodología de medición provincial de funciones especiales de salud pública en el marco del Plan Federal de Salud

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de la tesis

Luis Orlando Pérez

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Rolla, Mariana Natalia. (2013). Evaluación de una metodología de medición provincial de funciones especiales de salud pública en el marco del Plan Federal de Salud [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034749_Rolla.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



Universidad Nacional de Lanús

DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

9ª Cohorte (2006-2008)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

Título

Evaluación de una metodología de medición provincial de Funciones Esenciales de
Salud Pública en el marco del Plan Federal de Salud.

Autora

Lic. Mariana Natalia Rolla

Director

Mgr. Luis Orlando Pérez

Fecha de entrega: 19 de octubre de 2013

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento De Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
9ª Cohorte (2006-2008)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Evaluación de una metodología de medición provincial de Funciones Esenciales de Salud Pública en el marco del Plan Federal de Salud.

MAESTRANDA

Lic. Mariana Natalia Rolla

DIRECTOR

Mgr. Luis Orlando Pérez

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Leonardo Federico

Lic. Martín J. Moreno

Mgr. Marcela Bottinelli

FECHA DE APROBACIÓN

15 / 12 / 2013

CALIFICACIÓN

9 (nueve)

A mi papá, que se pondría muy feliz
si me viera cerrar esta etapa

AGRADECIMIENTOS

A Gonzalo y Francisca por su amor, su luz y apoyo constante, y por el tiempo que me prestaron para hacer este trabajo; a mi familia, especialmente mi mamá, por ser el soporte en momentos de dudas y tensión. A mis compañeros del Proyecto FESP, especialmente a Alejandro Yacobitti, Sandra Rosa, Mariana Specogna y Antonela Seveso, por todo lo que aprendí con ellos, por sus ideas y sus colaboraciones en este trabajo, y a Carolina Jausken, Gabriela Blejer y Daniela Castagneto por su ayuda en el tramo final. A Carlos Cairo, por su confianza y enorme apoyo para terminar este trabajo. A Silvia Bollettieri, Martín Madero y María Laura Russo, por escuchar mis inseguridades y tenerme paciencia. A mis compañeros de la Novena Cohorte, porque hicieron de la cursada un espacio de reflexión, aprendizaje y afecto, y porque con su empuje lograron que me anime a hacer la tesis. A los profesores de la maestría que me marcaron desde lo académico y lo humano: Juan Samaja, Mario Testa, Naomar de Almeida Filho, Emerson Mehry, Eduardo Menéndez. A los jurados del Proyecto que hicieron aportes fundamentales para este trabajo, especialmente a Carlos Guevel y María Eugenia Brissón. Y a todos los referentes provinciales que participaron de la medición y colaboraron con la realización de las encuestas.

RESUMEN

En 2011, 22 provincias participaron de una autoevaluación de funciones esenciales de salud pública (FESP), con un instrumento desarrollado por el Ministerio de Salud de la Nación basado en políticas sanitarias priorizadas. El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la metodología aplicada para, eventualmente, mejorar la validez y fiabilidad de la herramienta de medición, la pertinencia y relevancia de los indicadores, y el uso de resultados. **Metodología:** Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas, como cuestionarios semiestructurados a funcionarios provinciales, Test exacto de Fisher para medir asociación entre variables, Alpha de Cronbach para consistencia interna, recopilación de bibliografía mediante búsquedas en PubMed y Scielo, análisis documental, y de validez de contenido, ponderaciones y capacidad adaptativa. **Resultados:** El proceso de implementación, que incluyó talleres, una guía y mesas de ayuda, fue útil para aumentar el conocimiento de las FESP y aplicar la herramienta; el uso de los resultados fue dispar y podría mejorarse con apoyo del Ministerio. La herramienta de medición presenta validez de contenido respecto de ocho FESP, pero no en las referidas a Promoción de la Salud, Garantía de Calidad y Gestión de Políticas. Asimismo, cumple parcialmente con el atributo de validez de contenido relacionada con el Plan Federal de Salud 2004-2007, y cuenta con indicadores relevantes, referidos a estrategias consideradas costo-efectivas internacionalmente y a aspectos claves de los sistemas de salud. Las ponderaciones de los indicadores que forman cada FESP son adecuadas y relacionadas con las políticas priorizadas, salvo en la FESP de Participación social. Existen dudas acerca de la pertinencia de los análisis de fiabilidad en esta herramienta, con muy pocos casos y diseñada como instrumento de gestión. Se analiza, finalmente, la importancia de desarrollar procesos de medición con participación activa de los equipos provinciales, para avanzar hacia la producción de salud, y fortalecer la planificación estratégica y la rendición de cuentas.

PALABRAS CLAVES / DESCRIPTORES

Evaluación en salud; metodología; salud pública; indicadores de gestión; indicadores de salud; Políticas, Planificación y Administración en Salud.

ABSTRACT

In 2011, 22 Argentine provinces participated in a self-assessment project of essential public health functions (EPHF), using an instrument developed by the Ministry of Health, that included health policy priorities. This study aimed to evaluate the methodology used to improve the validity and reliability of the assessment instrument, the relevance and significance of the indicators, and the implementation strategy and use of results. **Methodology:** It was used quantitative and qualitative techniques, such as semi-structured questionnaires to provincial staff members, Fisher exact test to measure association between variables, Cronbach's alpha for internal consistency, analysis of documents from various sources, literature search using PubMed and SciELO, and analysis of content validity, and adaptive capacity. **Results:** the assessment process, which included workshops and help desks, it was useful to raise awareness of EPHF and easily apply the tool, but the use of the results was heterogeneous and could be improved with support from the Ministry of Health. The measurement instrument have validity for measuring Federal Health Plan and EPHF, except for those related to Health Promotion, Quality Assurance, Policy and Management. The indicators were considered relevant for measuring health systems performance, contributing to sustainability and utility of the assessment. The weights are proper and related to prioritized policies except for EPHF related to social participation. There are doubts about the relevance of the reliability analysis regarding to this instrument, with very few cases and heterogeneous indicators designed to identify strengths and weaknesses of the provincial ministries. Finally, is analyzed the importance of developing evaluation process with active participation of the provincial teams, to move towards the production of health, and strengthen strategic planning and accountability.

KEY WORDS

evaluation research; methodology; public health

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: Esquema de la herramienta de medición de FESP.....	11
Figura 2: Cantidad de respuestas por cada categoría, para el grupo de preguntas referidas a talleres, herramienta, indicadores y mesa de ayuda.....	47

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Atributos fundamentales de los indicadores.....	33
Tabla 2. Resumen de los métodos utilizados para las dimensiones de análisis.....	34
Tabla 3. Categorías, unidades de registro y codificación para las preguntas abiertas del cuestionario.....	39
Tabla 4. Análisis cuantitativo y cualitativo referido a la validez de contenido.....	41
Tabla 5. Indicadores del PFS 2004-2007 incluidos y no contemplados en la herramienta de medición.....	52
Tabla 6. Comparación entre cantidad de rasgos característicos de cada FESP, operaciones de la herramienta y rasgos sin operación asociada	54
Tabla 7. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.....	55
Tabla 8. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños.....	56
Tabla 9. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 3: Promoción de la salud.....	57
Tabla 10. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 4: Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud.....	58
Tabla 11. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 5: Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.....	58
Tabla 12. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 6: Regulación y fiscalización en salud pública.....	59
Tabla 13. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.....	60
Tabla 14. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.....	60
Tabla 15. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 9: Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.....	61
Tabla 16. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.....	62
Tabla 17. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.....	63
Tabla 18. Comparación entre indicadores comunes al PFS 2004-2007 y PFS 2010-2016, incluidos en la herramienta de medición.....	64
Tabla 19. Metas del PFS 2010-2016 con indicadores contemplados en la herramienta.....	65
Tabla 20. Asociaciones positivas entre indicadores, por cada FESP.....	69

Tabla 21. Medidas de consistencia interna para cada una de las FESP, mediante test Kuder Richardson 20 / Alpha de Cronbach.....	73
Tabla 22. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 1	74
Tabla 23. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 2	75
Tabla 24. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 3	77
Tabla 25. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 4	78
Tabla 26. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 5	79
Tabla 27. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 6	80
Tabla 28. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 7	81
Tabla 29. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 8	82
Tabla 30. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 9	83
Tabla 31. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 10.....	83
Tabla 32. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 11.....	85
Tabla 33. Indicadores que recibieron cuestionamientos por no ser pertinentes.....	88
Tabla 34. Indicadores cuestionados por las provincias debido a deficiencias en su formulación.....	90
Tabla 35. Síntesis de análisis de relevancia.....	98

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

BM	Banco Mundial
CDC	Centers for Disease Control
DCPP	Disease Control Priority Project
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
MSAL	Ministerio de Salud de la Nación
MSP	Ministerios de Salud Provinciales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PFS 2004-2007	Plan Federal de Salud 2004-2007
PFS 2010-2016	Plan Federal de Salud 2010-2016

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
CONSIDERACIONES ÉTICAS ACERCA DE ESTE TRABAJO	16
ESTADO DEL ARTE	17
MARCO TEÓRICO	24
MATERIALES Y MÉTODOS	34
Diseño de cuestionario, selección de encuestados y análisis de respuestas	36
Análisis de contenido directo de documentos oficiales y bibliografía	40
Pruebas de fiabilidad	43
Análisis de ponderaciones	45
Análisis de informes de talleres, mails a mesa de ayuda y respuestas a ecuestas.....	46
Análisis de contenido directo sobre documentos bibliográficos para identificar relevancia de los indicadores que conforman la herramienta	46
RESULTADOS	47
Utilidad de la estrategia para facilitar la implementación de la herramienta, mejorar el conocimiento de las FESP, y promover el uso de resultados	47
Utilidad de la capacitación y el soporte para facilitar la aplicación de la herramienta....	48
Atributos de la herramienta para facilitar la medición y mejorar el conocimiento de las FESP.....	49
Utilidad del proceso de medición para facilitar el uso de resultados	49
Validez de contenido respecto del Plan Federal de Salud 2004-2007.....	52
Validez de contenido relacionada con las dimensiones que conforman las FESP.....	54
Capacidad adaptativa.....	63
Asociación entre variables y consistencia interna	69
Análisis de ponderaciones.....	74
Pertinencia y relevancia de los indicadores.....	88
Reformulación de la herramienta	100
DISCUSIÓN	108
CONCLUSIONES	111
BIBLIOGRAFÍA	12020
APÉNDICE 1	125
APÉNDICE 2	160
APÉNDICE 3	173
APÉNDICE 4	182

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge a partir de una experiencia de evaluación inédita en el país, que se desarrolló en el año 2011 a instancias del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). En esa oportunidad, se implementó un proceso de autoevaluación de las provincias argentinas, mediante la aplicación de una herramienta de desempeño de las funciones esenciales de salud pública en los ministerios provinciales, desarrollada por la Unidad Coordinadora del Proyecto de Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (Proyecto FESP) del Ministerio de Salud de la Nación.

A diferencia de otros instrumentos de medición de FESP, esta herramienta hace hincapié en las políticas priorizadas en el Plan Federal de Salud 2004-2007¹, y considera las características del sistema de salud argentino y las capacidades de medición de los ministerios provinciales. Asimismo, consiste en la medición de datos objetivos sustentados por medios de verificación, lo que permite valorar las FESP por sus resultados concretos en una serie de programas y políticas definidas, así como identificar fortalezas y puntos críticos de la gestión de los ministerios.

El instrumento está conformado por 107 indicadores distribuidos en once planillas de Microsoft Excel, una por Función Esencial de Salud Pública. Cada una de ellas contiene operaciones -un conjunto de actividades relacionadas entre sí o una estructura considerada sustantiva a la constitución o existencia de la FESP-, representadas por uno o más indicadores con estándares y ponderaciones consensuadas con referentes de programas y autoridades sanitarias.

Los estándares -se define estándar como patrón de referencia que considera lo aceptable o adecuado en el marco de esa FESP- fueron fijados en función de alguna de las siguientes referencias: (i) normas internacionales; (ii) metas del Plan Federal de Salud o de los Programas específicos, (iii) situación de las provincias con respecto a ese tema; (iv) posibilidad de recorrido del indicador.

En general, los indicadores son de carácter dicotómico (SI / NO); la excepción la constituyen los relacionados con resultados sanitarios, que cuentan con 3 niveles de

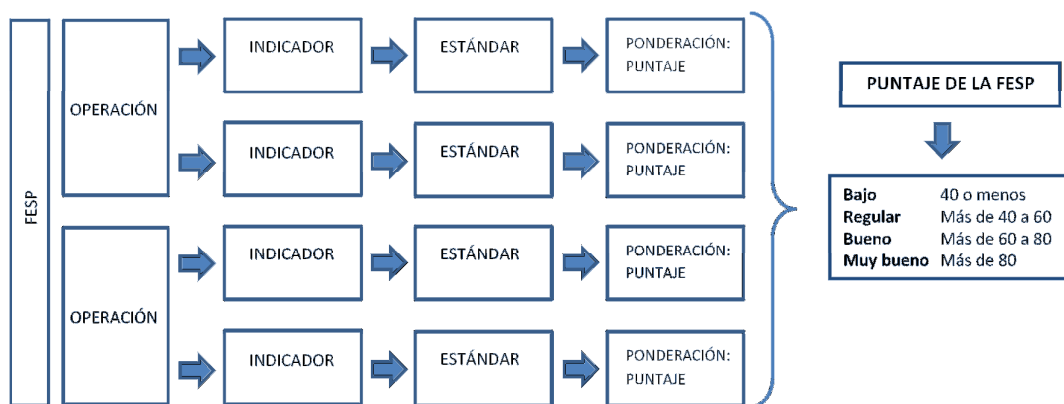
¹Las Bases para el Plan Federal de Salud 2004-2007 surgieron a partir de una de las mayores crisis que atravesó Argentina, en los años 2001-2002. Resume consensos acerca de las prioridades de políticas y metas sanitarias, alcanzados con diferentes actores del sector salud, entre ellos los ministros provinciales y equipos de programas. Una copia de ese documento puede encontrarse en: <http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/Plan%20Federal%20de%20Salud.pdf>

cumplimiento y que se encuentran seis en la FESP 2 y uno en la FESP 7. En la ponderación, se otorgó mayor valor a los indicadores relacionados con las políticas acordadas en el Plan Federal y consideradas prioritarias, de acuerdo también con su preponderancia para dar cuenta del desarrollo de la FESP correspondiente.

Desde la Unidad Coordinadora del Proyecto FESP se elaboró una guía para facilitar el uso de la herramienta en su fase de aplicación, donde se encuentra una descripción exhaustiva de la misma, una tabla con las operaciones, los indicadores y estándares correspondientes a cada FESP, así como las definiciones operativas.

En esa guía se expresa que para el desarrollo de la herramienta se tuvieron en cuenta los tres elementos del triángulo de gobierno desarrollado por Carlos Matus(1), para la selección de indicadores y estándares. De tal forma que en cada FESP se evalúan: (i) la aplicación de un proyecto de gobierno orientado a esa función o a programas específicos relacionados con esa función; (ii) la capacidad de gobierno, entendida en este caso como las capacidades, las estructuras y los recursos involucrados en la aplicación de las FESP, para llevar adelante determinada política de salud; (iii) las variables de la política de salud que el ministerio provincial se encuentra en condiciones de manejar (governabilidad). Los antecedentes de la medición de FESP y el instrumento en formato Excel se presentan en el Apéndice 1.

Figura 1: Esquema de la herramienta de medición de FESP



Antes de su aplicación, se realizó una prueba de la herramienta en una sola provincia. Las dificultades para desarrollar la prueba piloto y validar la herramienta

adecuadamente, generaron que se debieran reformular indicadores por cuestionamientos de las provincias, cuando ya estaba en curso el proceso de medición.

El proceso de aplicación de la herramienta abarcó a todas las jurisdicciones del país, menos Ciudad de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires. Consistió en la presentación del instrumento mediante jornadas participativas con referentes de programas sanitarios, en las que se repasaron los indicadores en forma conjunta y se discutieron aspectos claves de la medición. Luego, cada provincia contó con un mes para completar el instrumento, y la carga de datos se centralizó en uno o varios referentes designados por el ministro. Cada ministro envió luego la herramienta completa a la Unidad Coordinadora del proyecto FESP, que asumió el compromiso de no divulgar los datos. Los datos finales quedaron en manos de los ministerios provinciales, para ser utilizados de la forma que consideraran más adecuada.

Un aspecto clave de la medición realizada fue la enorme aceptación de las provincias involucradas, que completaron todo el proceso en un plazo breve, y que mostraron interés en el instrumento y los indicadores que la conforman. Eso reforzó la idea original de repetir la medición periódicamente.

Debido a las limitaciones de la prueba piloto y a la incorporación de cambios una vez que la herramienta ya se encontraba en proceso de aplicación, surgió la necesidad de llevar adelante esta tesis, para evaluar la metodología de medición de FESP e identificar aspectos claves a mejorar. Con esto se buscó contribuir a la elaboración de una versión final del instrumento con una validez y fiabilidad adecuadas, y cuyos resultados fueran de utilidad para la gestión de los ministerios provinciales.

Es por ello que el análisis abarcó por un lado, la herramienta, las técnicas y los recursos aplicados para su implementación (guía de la herramienta, talleres y mesa de ayuda). Y, por otro lado, se indagó acerca de las posibilidades de uso de los resultados como forma de identificar la utilidad práctica de la medición, referida al propósito de mejorar la efectividad de las acciones y propiciar la toma de decisiones relevantes (2).

La pregunta que orientó la investigación fue si la metodología de medición del comportamiento de las FESP en los ministerios provinciales: (i) incluyó una estrategia de medición adecuada para contribuir al conocimiento de las FESP y facilitar la aplicación de la herramienta; (ii) contempló las variables necesarias en función de los ejes de política priorizados en el Plan Federal de Salud; (iii) necesita adaptaciones en

función de los cambios de la política (expresados en un nuevo PFS); (iv) incluyó todas o las principales operaciones que definen cada una de las FESP, con indicadores pertinentes para esas operaciones; (v) abarcó indicadores relevantes para las políticas priorizadas, con ponderaciones adecuadas dentro de cada FESP. Para ello se utilizaron diferentes dimensiones y variables de análisis, que se encuentran descriptas en el apartado referido a la metodología.

El objetivo general fue evaluar la metodología aplicada por el Ministerio de Salud de la Nación para medir las FESP en las provincias argentinas, a los fines de realizar reformulaciones que permitieran mejorar la validez y fiabilidad de la herramienta de medición, y la pertinencia y relevancia de los indicadores que la componen, así como la estrategia de implementación y de promoción de uso de los resultados.

Se definieron los siguientes objetivos específicos:

1. Establecer la utilidad de la metodología de medición para conocer las FESP y facilitar tanto la implementación de la herramienta como el posterior uso de los resultados.
2. Identificar la validez de la herramienta de medición de desempeño de las FESP con respecto a las políticas priorizadas en el Plan Federal de Salud y a las operaciones que definen las FESP.
3. Indagar acerca de la fiabilidad de los resultados de la herramienta
4. Determinar si los indicadores que componen la herramienta son pertinentes y relevantes con respecto a las operaciones de las que forman parte.

En este sentido, la hipótesis sobre la que se basó el trabajo fue que la metodología de medición contribuyó a mejorar el entendimiento acerca de las FESP y facilitó la implementación de la herramienta, pero no el uso de resultados. Además, que la herramienta no incluyó todas las variables de las políticas priorizadas en el PFS ni las operaciones que conforman las FESP, así como tampoco resultaron adecuadas las ponderaciones atribuidas a los indicadores que conforman cada FESP.

Las FESP describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública; es decir, mejorar la salud de las poblaciones.

En el año 1997, el Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las funciones esenciales de salud pública, como forma de contar con una herramienta para implementar la renovación de la política de “salud para todos en el año 2000”. Con ese fin se llevó a cabo un estudio internacional con la técnica Delphi, del que participaron 145 expertos, y que definió nueve FESP(3).

Posteriormente, en el año 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló la iniciativa continental “La salud pública en las Américas”(4), a partir de la cual surgieron las once funciones esenciales de salud pública que se utilizan actualmente para la medición del desempeño de los sistemas de salud. En la sección de Marco Teórico se desarrolla de forma más extensa el marco conceptual de las FESP.

Las once FESP que se definieron para la práctica en los países de la región son las siguientes:

1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud.
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación social en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública.
9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

Estas FESP han sido impulsadas por OPS como instrumentos de medición de capacidades nacionales en salud pública, y otras agencias las han incorporado en el mismo sentido, como es el caso de Public Health Accreditation Board de Estados Unidos. También existen otros instrumentos que miden el desempeño de los sistemas de

salud, como es el caso de las experiencias desarrolladas en Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Estados Unidos.

El presente documento está separado en capítulos referidos a aspectos centrales de la tesis. El capítulo 1 está referido a algunas consideraciones éticas respecto de este trabajo, en cuanto la autora de la tesis es integrante del equipo del Ministerio de Salud la Nación que desarrolló la metodología de medición de FESP que aquí se evalúa.

El capítulo 2 describe el estado del arte, donde se realiza un recorrido por las estrategias de medición de desempeño de sistemas de salud más importantes en la actualidad y se describen los antecedentes de medición de funciones esenciales de salud pública.

El capítulo 3 presenta el marco teórico, que define especialmente conceptos claves en el marco de este trabajo, como las funciones esenciales de salud pública, salud pública, gestión, planificación, teoría del juego social, evaluación, validez y fiabilidad e indicadores.

El capítulo 4, conformado por los materiales y métodos, explica el recorrido metodológico llevado adelante en este trabajo para cada una de las dimensiones y variables definidas.

El capítulo 5, de resultados, describe los principales hallazgos de cada una de las actividades realizadas, con un análisis que se constituye en punto de partida para la discusión y elaboración de conclusiones.

El capítulo 6, relativo a las discusiones, problematiza algunos hallazgos, presenta algunas limitaciones de este estudio y deja asentados algunos puntos de interés.

Finalmente, en el capítulo 7 se contrastan los resultados obtenidos con la hipótesis planteada y se analizan las principales conclusiones del trabajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS ACERCA DE ESTE TRABAJO

Este trabajo se centra en la evaluación de una metodología de medición de FESP desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación. Como integrante del Área de Monitoreo y Evaluación de Resultados de la Unidad Coordinadora del Proyecto FESP, la tesista forma parte del equipo técnico multidisciplinario que diseñó el instrumento, desarrolló la metodología de aplicación, y llevó a cabo el proceso de implementación de la medición y el análisis de resultados.

Eso implica la difícil tarea de tomar distancia para observar y analizar críticamente lo realizado, en un proceso de reflexividad sobre la propia acción y sobre el objeto de estudio. En este sentido, resulta necesario aclarar y hacer explícitas las distintas mediaciones que intervienen en el proceso de desarrollo de esta tesis.

En primer lugar, la mediaciones relacionadas con la formación profesional, como comunicadora social, especialista en comunicación y salud, y luego estudiante de la maestría en epidemiología, gestión y políticas de salud. Luego, las relacionadas con el recorrido profesional de más de doce años en el Ministerio de Salud de la Nación, que se inició con tareas de seguimiento administrativo de proyectos de investigación, para pasar luego al desarrollo de campañas de comunicación, de procesos de capacitación que implicaron contacto cotidiano con equipos técnicos de todo el país y, finalmente, el trabajo en áreas de monitoreo y evaluación.

Otras mediaciones están dadas por la implicación con el objeto de estudio y con el equipo que lo desarrolló, y con el interés específico de transformar un instrumento que era obligatorio implementar –debido a acuerdos previos del que el equipo no formó parte- en una herramienta útil de evaluación y de gestión para los equipos provinciales y nacionales.

Este interés motivó la realización de esta tesis, que para la tesista se constituyó en la posibilidad de realizar un análisis en profundidad de la metodología de medición, que excede los tiempos y las posibilidades de la gestión en la organización en que trabaja. La comprensión de importancia de esta tarea por parte de las autoridades del Proyecto FESP, implicó la posibilidad de contar con un enorme apoyo para la realización de la tesis, especialmente en el último tramo del trabajo de campo.

En este sentido, se trata de una tesis que surgió y se desarrolló en el marco del área de trabajo de la tesista, buscando que el diálogo con lo académico permitiera

fortalecer la gestión, pero en un contexto en que la disponibilidad de tiempo no es la ideal, ya que muchas veces la gestión necesita de acciones y respuestas más inmediatas.

Con este relato se intenta objetivar la posición particular de la tesista, en el sentido de tomar conciencia y alertar acerca de las probabilidades de error inherentes a esa posición. Se trata, de una manera sucinta y ojalá no narcisista, de “objetivar el sujeto objetivante, objetivar el punto de vista objetivante” (5, p.98), mediante la realización de una vigilancia epistemológica constante sobre la labor como tesista, controlando especialmente el inconsciente colectivo inscrito en las categorías del trabajo científico.

En este sentido, se trata de una reflexividad entendida como la necesidad de un retorno y una mirada crítica acerca de la propia tesista, de las condiciones sociales de producción de este trabajo y del trabajo mismo, como un proceso clave para la creación de conocimiento(6).

ESTADO DEL ARTE

El desarrollo conceptual de las FESP surge en el marco de una propuesta de OPS para medir el desempeño de los sistemas de salud, a partir del impulso que se estaba dando al tema desde la Organización Mundial de la Salud (3) y de una serie de experiencias que se venían desarrollando en Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda.

La importancia de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud radica en que permite proveer a los gobiernos y a los usuarios de información apropiada acerca del estado de los sistemas sanitarios, para desarrollar mejores políticas y estrategias hacia el logro de mayor eficacia, eficiencia y equidad en el cumplimiento de los objetivos de salud. Se basa en general, en medidas cuantitativas de capacidades, procesos y resultados con el objetivo de obtener información acerca de los aspectos fundamentales de las acciones en salud; implica además rastrear el trabajo realizado y dar cuenta de los resultados alcanzados.

Más allá de esta definición casi aséptica de la evaluación del desempeño, es importante considerar los diferentes intereses que se encuentran detrás de propuestas de este tipo, y las críticas que han recibido. El debate acerca del desempeño de los sistemas de salud y cómo medirlo es de larga data.

El Informe sobre la salud en el mundo de la OMS, publicado en el año 2000, tuvo como objetivo determinar si un particular sistema de salud estaba desempeñándose tan bien como podría hacerlo. Para ello, el informe presenta el Índice de Desempeño Global de los Sistemas de Salud, compuesto por cinco indicadores ponderados: a) nivel de salud, medido a través de la esperanza de vida ajustada por discapacidad; b) distribución de la salud entre la población, a través de un índice basado en la mortalidad infantil; c) capacidad de respuesta y acceso al sistema de salud; d) orientación hacia el cliente; e) justicia distributiva de las contribuciones financieras (7).

Esta perspectiva del desempeño ha recibido numerosas críticas, especialmente referidas a que este reporte de OMS asume un posicionamiento político e ideológico inducido por los modelos de reforma de los sistemas de salud desde perspectivas neoliberales, y a que el Índice de Desempeño propuesto no expresa el desempeño de los sistemas de salud. Almeida (8), por ejemplo, plantea que la insuficiencia de datos en los países sólo permite trabajar sobre estimaciones, y cuestiona que el índice mencionado no incluye ningún indicador de uso de los servicios, no evalúa equidad, no permite identificar problemas de los servicios de salud, y considera al ciudadano como cliente/consumidor, no como portador de derechos.

Es claro que el análisis de las características de un sistema de salud y su desempeño no admiten respuestas simples, no sólo porque son difíciles de medir, sino también porque resulta dificultoso desligar la interacción del sistema de salud de los otros sectores y factores que lo determinan (9).

Los primeros antecedentes relacionados con las funciones esenciales de salud pública pueden encontrarse en el año 1994, cuando el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) mediante el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (NPHPSP, por sus siglas en inglés), lideró el consenso sobre diez “servicios esenciales de salud pública”, que se plasmó en el documento “Salud pública en los Estados Unidos de América” (10).

En el año 2001, durante la Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (11), que convocó a 70 expertos y tomadores de decisión de 19 países, se abordó un marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud a través de la medición de Funciones Esenciales de Salud Pública.

En esa oportunidad, se consideró que era muy limitado equiparar desempeño con eficiencia, como se planteaba en el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000. Según se plasmó en el documento, el mismo comprende “toda una gama de actividades en torno al uso de pruebas científicas para lograr los mejores resultados posibles o el mayor número de metas”(11, p.64)

En ese marco, se concluyó que una parte importante consistía en ejercer las funciones esenciales que corresponden al Estado en el nivel central, intermedio y local. Por tanto, en el 42º Consejo Directivo de OPS/OMS (25 al 29 de septiembre de 2000) se consideró que en las Américas debería concentrarse la atención en medir el desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP), como base para mejorar la práctica en la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado.

Mediante la iniciativa "La Salud Pública en las Américas"(4), OPS definió las once FESP, que describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública; es decir, mejorar la salud de las poblaciones. Desde esta perspectiva, las FESP son las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública(4).

En colaboración con el CDC y del Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud, OPS desarrolló un instrumento de medición del desempeño de las FESP propias de los gobiernos nacionales. Ese instrumento tiene como características principales la de constituir un proceso de autoevaluación y de revisión interna, por parte de funcionarios y expertos en distintos temas, que reunidos en grupos analizan diferentes FESP cada uno. Entre 2001 y 2012 se desarrollaron en Argentina varias experiencias de medición de FESP con el instrumento desarrollado por la OPS, pero no han tenido el alcance que tuvo la medición con la herramienta del MSAL.

El instrumento de medición de las FESP desarrollado por OPS se inscribe en un intento por medir el desempeño de los sistemas de salud, bajo la premisa siguiente:

Si las funciones son bien definidas para incluir todas las capacidades requeridas para una buena práctica de la salud pública, estará asegurado el buen funcionamiento en cada uno de los campos de acción o áreas de trabajo de la salud pública (12, p.127)

Sin embargo, desde OPS (4) se reconoce la necesidad de una herramienta que permita a los países evaluar sus capacidades de salud pública con mayor nivel de detalle, y que cuente con la especificidad suficiente como para identificar los pasos que deben ejecutarse una vez que se determinen las áreas que necesitan fortalecerse.

A nivel mundial, existen diversas experiencias de evaluación del desempeño de los sistemas de salud, entre las que se destacan las de Australia, Nueva Zelanda, el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos.

En Australia, se ha desarrollado en los niveles nacional y local, así como en el sector público y privado. En 1999, el Ministerio de Salud de Australia creó el Comité Nacional de Desempeño en Salud (NHPC, por sus siglas en inglés), con el objetivo de desarrollar y mantener un marco de medición del desempeño para el sistema nacional de salud y promover la evaluación comparativa para ayudar a mejorar el sistema de salud.

El marco conceptual de evaluación del desempeño de Australia, que fue revisado en 2007-2008 y acordado por los Ministros de Salud en septiembre de 2009, está organizado en 3 dimensiones, cada uno con diferentes categorías:

“Dimensión 1 - El estado de salud

- Muertes
- Condiciones de salud
- Funciones humanas.
- Bienestar.

• Dimensión 2 - Determinantes de la salud

- Factores bio-médicos
- Socio-económicos y comunitarios
- Ambientales
- Conductas de salud

• Dimensión 3 - Desempeño del sistema de salud

- Accesibilidad
- Continuidad de la atención
- Eficacia
- Eficiencia y Sostenibilidad
- Capacidad de respuesta
- Seguridad.”(13)

En ese país también se dieron otras iniciativas interesantes que utilizan indicadores de desempeño, como el Acuerdo de Atención en Salud de Australia², o acuerdos entre la Nación y los estados para mejorar la calidad de las prestaciones.

Otro ejemplo relevante es el de Canadá, que desde hace décadas mide el desempeño de su sistema de salud, con diferentes estrategias. Si bien en un principio esas mediciones estaban motivadas por el control de costos, la capacidad de compra de los servicios de salud y las necesidades de acreditación, se focalizaban en la eficiencia y en los procesos. Hacia la década de 1980 se ven modificados por la noción más amplia de “sistema de salud” –que incluye acciones de promoción de salud e intersectorialidad y afirma la importancia de los grandes determinantes de la salud y de las características de las comunidades donde viven las personas-.

En 1998, el Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI, por sus siglas en inglés) y la Oficina de Estadísticas de Canadá impulsaron un proceso colaborativo para identificar, por un lado, qué medidas debían utilizarse para reportar la salud y el sistema de salud, y por otro, cómo compartir esta información con distintos actores. Un año después, se elaboró el “Mapa de ruta de la información en salud” - basado en la perspectiva de los determinantes de la salud - para definir la selección e interpretación de datos que reflejaran los elementos del sistema.

Las bases teóricas del modelo canadiense de evaluación del desempeño se encuentran en el informe Lalonde de 1974³ –que incorpora el concepto de estilos de vida-, además del reporte del Instituto Canadiense de Investigación Avanzada que presenta los cuadros teóricos de referencia sobre los determinantes de la salud, y el Programa de Salud Poblacional que enfatiza la necesidad de entender la salud de los individuos a lo largo de sus vidas.

En este sentido, el modelo incluye cuatro dimensiones y dieciséis categorías (14). La dimensión referida a estado de salud, está conformada por las categorías: (i) condiciones de salud; (ii) función humana; (iii) bienestar; (iv) muertes. La dimensión

²National Health Care Agreement. <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/435821>

³ El informe Lalonde tuvo repercusiones en el movimiento de la promoción de la salud y fue un insumo fundamental para la Carta de Ottawa del año 1986. Lalonde, ministro de salud de Canadá al momento de escribir ese informe, cuestionaba las políticas de salud de su país, porque los recursos se orientaban más a la organización y mantenimiento de los servicios asistenciales que a los factores de riesgo y a las enfermedades que representaban la mayor carga de morbilidad y mortalidad, que eran las crónicas no transmisibles. Puede accederse a una copia del informe en: <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/435821>

“determinantes no-médicos de la salud” incluye las categorías: (i) comportamientos de salud; (ii) condiciones de vida y de trabajo; (iii) recursos personales; (iv) factores ambientales. La dimensión “funcionamiento del sistema de salud” incluye las categorías: (i) aceptabilidad; (ii) accesibilidad; (iii) conveniencia; (iv) capacidad; (v) continuidad; (vi) eficacia; (vii) eficiencia; (viii) seguridad. La última dimensión es “Características de la comunidad y del sistema de salud”.

En este modelo, se destaca que la perspectiva de la equidad corta transversalmente todas las dimensiones y categorías, ya que cada una de ellas debe ser analizada desde esta perspectiva.

La estrategia de implementación está diseñada de modo que todos los tipos de datos coexistan de forma coherente e integrada, que sean de consenso a través de informes anuales, que los registros estén disponibles para acceso inmediato, que la información llegue a las partes interesadas, que brinden una visión de conjunto de la diversidad institucional de proveedores y gestores basada en patrones que permitan comunicación entre los distintos niveles, y que además sirvan para comparación internacional.(14; p.20)

Otra experiencia a destacar es la del Reino Unido, donde el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) tiene una historia de evaluación de desempeño que ha evolucionado en las últimas décadas. En los años ochenta, la misma se centraba en actividades y costos, con poca atención a los resultados o a la eficiencia, y con una gran cantidad de indicadores, lo que dificultaba su implementación y la capacidad de comparar datos entre regiones o con otros países (19).

En 1997 se adoptó un nuevo enfoque, centrado en 6 dimensiones: (i) mejora de la salud; (ii) acceso equitativo a los servicios de salud; (iii) oferta efectiva de un cuidado apropiado de la salud; (iv) eficiencia; (v) experiencia entre paciente/cuidador; (vi) resultados de Salud del NHS(15).

Además de actualizar los indicadores periódicamente, se han desarrollado otros para medir la respuesta a emergencias, salud mental, cuidados primarios y algunos programas específicos, a través de la “Comisión de Atención a la Salud”.

Nueva Zelanda también es referente en medición de desempeño de sistemas de salud, con una experiencia centrada en diferentes aspectos del sistema de atención de

salud, como el acceso a la atención, las desigualdades étnicas y la calidad de atención(15).

Con respecto a América Latina, se destaca la experiencia de medición de desempeño de México. En ese sistema se fusionan la dimensión de funciones/procesos con la de metas/resultados de los sistemas de salud, a los fines de vincular cada función o proceso con sus resultados. Las funciones son consideradas como “todas las acciones que lleva a cabo el sistema de salud para cumplir sus metas” (16; p.25).

En este sentido, se contemplan indicadores para: (i) Prestación de servicios / resultados en salud; (ii) Financiamiento / protección financiera en salud; (iii) rectoría (dentro de la que se incluyen generación de inteligencia, formulación de lineamientos estratégicos de política, asegurar herramientas para la implementación: poder, incentivos y sanciones, construcción de alianzas y rendición de cuentas).

A partir de la descripción precedente acerca de las diferentes experiencias internacionales, se identifican algunos puntos clave, como la preponderancia que algunas herramientas dan al financiamiento y al gasto, o la inclusión de los determinantes de la salud en las mediciones, aunque su abordaje no dependa exclusivamente del sector salud.

Además, se destaca que cada país desarrolló una herramienta de acuerdo a las características de su sistema de salud, con el objetivo claro de evaluar para tomar decisiones de mejora, y poniendo hincapié en la utilidad de los resultados para su propia gestión. En cambio, no es casual que desde los organismos internacionales se propongan herramientas que faciliten la comparación entre los países, para lo cual deben perder de vista aspectos específicos de los sistemas de salud y tomar elementos generales más bien conceptuales, como en el caso de la herramienta de medición de desempeño de FESP desarrollada por OPS, que se centra en procesos y estructuras y no contempla indicadores de resultados.

De todos modos, es importante considerar que la medición de desempeño de sistemas de salud en general es más amplia que la relacionada específicamente con la propuesta desarrollada en Argentina, y en algunos casos se otorga un lugar destacado al financiamiento del sistema y la eficiencia en el gasto.

Es fundamental que la evaluación del desempeño de los sistemas de salud no se convierta en un simple ejercicio académico, sino que esté vinculada a la adopción de

decisiones políticas y gerenciales por parte de las autoridades; es decir, que esté vinculada no sólo a la definición de los cambios deseados sino también a la posibilidad real de llevar a la práctica dichos cambios (4).

MARCO TEÓRICO

Las diferencias acerca de cómo medir el desempeño de los sistemas de salud están ligadas a distintas concepciones de sistema de salud. La OMS define a los sistemas de salud como “todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud” (7; p.6). Los fines que cualquier sistema de salud debería lograr deberían ser: capacidad para mejorar la salud de la población, responsabilidad de cubrir las expectativas de los ciudadanos, y la posibilidad de ser equitativos en términos de la contribución financiera. Los mismos están integrados por todas las organizaciones, instituciones y recursos de los sectores público, privado, tradicional e informal.

En el marco de esta definición, las acciones de los sistemas de salud no están acotadas a la provisión de servicios médicos, sino que se incluyen acciones intersectoriales para implementar políticas que están fuera de su control directo, como los cambios en la legislación, acciones de saneamiento básico y agua potable, etc.

El CDC, por ejemplo, en el marco de su herramienta de medición del desempeño, define que los sistemas de salud incluyen todas las entidades, tanto públicas, privadas como voluntarias, que contribuyen con la provisión de servicios esenciales de salud pública en una jurisdicción dada. Los servicios esenciales representan el espectro de actividades de salud pública que deben desarrollarse en cualquier jurisdicción (10).

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad (11). Abarca, asimismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública.

El Plan Federal de Salud 2004-2007, escrito luego de una de las mayores crisis por las que atravesó Argentina en su historia, propone alcanzar un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un “Estado garante” del bienestar de la población. El rol activo del Estado aparece en ese contexto como respuesta a las reformas neoliberales de las décadas anteriores, cuyo sesgo privatizador achicó la presencia del Estado en políticas claves como salud y educación, que quedaron en manos del mercado.

Con respecto a la salud pública, Gastón Campos expresa que la misma vive una crisis de identidad y sufre de los mismos males que la administración pública (17). En este sentido, este autor plantea que no es posible definir la salud pública en forma precisa, así como encontrar su motivo de intervención, sus atribuciones y sus límites. Parece haber una disminución de los objetivos de la Salud Pública, en el marco de una “tendencia de la inteligencia sanitaria a una humildad resignada” (17, p.59, donde pareciera que ya no se busca erradicar epidemia alguna. A través de la epidemiología, por ejemplo, consigue definir y diagnosticar problemáticas cuyas intervenciones están fuera del alcance del sistema de salud, como es el caso de las consecuencias de la violencia.

Este autor describe que la salud pública también debe enfrentar el clientelismo, la baja productividad, escasa creatividad, falta de iniciativa y centralización del poder, por ejemplo. Es a partir de esto que Campos propone reconstruir una nueva subjetividad en la salud pública; recuperar su capacidad de protección social, y que además de investigar y abordar procesos mórbidos, pueda incorporar a los ciudadanos en toda su subjetividad. En este sentido, plantea que debe invertirse en el fortalecimiento de los sujetos, para que tanto trabajadores como usuarios se apoyen en una teoría sobre la producción de salud para producir y llevar a cabo proyectos que concreten el valor de uso de la salud (17).

Dado que el valor de uso se expresa en la forma de necesidades sociales, y que éstas a su vez son significadas en bienes y servicios con cierta utilidad, la salud es entendida como un bien público, un derecho universal que no debe convertirse en mercancía; un producto socialmente construido. Campos resalta que la salud es el resultado de un proceso de producción, a la vez que un proyecto, un devenir, un bien a ser conquistado. Presupone la capacidad de utilización de instrumentos socialmente

construidos (entre los que se encuentran la clínica y la salud pública) como un intento de apartar el dolor, el sufrimiento y la muerte. Trabajar para mejorar la salud es, en definitiva, luchar por la ampliación del coeficiente de autonomía de las personas (17).

En este sentido, es importante tener en cuenta que tanto en nivel de las políticas –el tema que nos ocupa- como en los microprocesos cotidianos en las instituciones de salud, de lo que se trata es de “producir salud”. Para Campos hay cuatro modos de producir salud: (i) la producción social de salud, referida a las transformaciones económicas, sociales y políticas que producen patrones saludables de existencia; (ii) la salud colectiva, relacionada con evitar o impedir enfermedad y muerte a través de la vigilancia de la salud, las acciones de los profesionales de la salud y otros actores involucrados, y el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y de prevención; (iii) la clínica y la rehabilitación, que producen salud mediante prácticas de asistencia y de cuidado; (iv) la atención de urgencia y de emergencias (17).

Es en este marco que el autor se refiere a que la salud es el resultado de un proceso de producción, en el cada uno de los modos de producción antes mencionados presenta límites difusos, y lo que varía en realidad es el énfasis con que se utilizan la clínica, la promoción, la prevención y la rehabilitación, por ejemplo (17).

En la introducción se mencionó que, según se expresa en algunos documentos explicativos de la herramienta a evaluar en esta tesis, se tuvo en cuenta la definición de triángulo de gobierno de Matus para la selección de indicadores. Ese y otros conceptos claves de este autor permiten de clarificar el abordaje de dos niveles de análisis: el primero, relacionado con la planificación y el desarrollo de proyectos de gobierno en el marco de la teoría del juego social, y otro ligado a aspectos más concretos de la gestión, como la evaluación en el marco de un sistema de petición y rendición de cuentas.

El triángulo de gobierno (1), que condiciona siempre a los conductores, está conformado por la gobernabilidad del sistema, el proyecto de gobierno y la capacidad de gobierno, tres elementos dependientes entre sí. El proyecto de gobierno se refiere al contenido de los proyectos de acción que un actor se propone para lograr sus objetivos; ese contenido es producto de las circunstancias e intereses del actor, pero también de su capacidad de gobierno. La gobernabilidad de un sistema se refiere a la relación entre las variables que ese actor controla y las que escapan al control; expresa, en definitiva, el poder del actor para realizar su proyecto; mientras más variables decisivas controle,

aumenta su libertad de acción y por ende la gobernabilidad del sistema. La capacidad de gobierno implica el acervo de técnicas, métodos y habilidades de un actor y su equipo para conducir el proyecto hacia los objetivos planteados, en el marco de la gobernabilidad del sistema y el contenido propositivo del proyecto de gobierno.

Las propuestas teóricas y metodológicas de Matus consideran que la sociedad es un gran juego, en el que participan actores que asumen posiciones específicas, con sus propias perspectivas, que no son meros observadores sino que están comprometidos con el juego (18). El juego social es un juego creativo que no sigue leyes, en el que la capacidad de predicción es casi nula y lo que domina es la creatividad, que a su vez genera incertidumbre. Para jugar en el juego social es necesario contar con poder político, recursos económicos, conocimiento, capacidad organizativa. Por consiguiente, expresa Matus, “existe eficiencia y eficacia política, económica, cognitiva, organizativa, que pueden ser contradictorias” (19, p.85). Lo importante del concepto de juego radica también en reconocer la necesidad del análisis de la subjetividad, los valores, el cálculo interactivo entre los actores y el análisis estratégico para construir viabilidad a las metas que cada actor se propone en el juego.

En este sentido, así como un plan de gobierno responde a la voluntad e ideología del gobernante y a las circunstancias en que lo formula, sus resultados también dependen del escenario en que se implementa ese plan. En ese contexto de incertidumbre, según este autor, “no hay otra alternativa que calcular, actuar, monitorear, y corregir”(19, p.86), y por ello es fundamental contar con sistemas de monitoreo adecuados, que puedan dar respuestas oportunas, con los contenidos relevantes para hacer las reformulaciones necesarias y no agravar las desviaciones.

Para lograr una adecuada calidad de la gestión de gobierno, se requiere entonces de métodos potentes de planificación y de una guía permanente de evaluación del gobierno, que permita identificar y calificar los cursos de acción (1). La planificación o programación es la “reflexión que precede y preside la acción” (1; p. 37); consiste en un cálculo situacional, articulado y sistemático, en cuanto está apoyado en teorías y métodos potentes y específicos (20).

El método de planificación a aplicar depende también del tamaño e incumbencia de las organizaciones. Como aclara Matus, por la complejidad de la Planificación Estratégica Situacional, es más apropiada en niveles de alta complejidad (por ejemplo a

nivel de un gobierno) que en organizaciones pequeñas (como un centro de salud), donde resulta más pertinente aplicar métodos más sencillos e igualmente eficaces en esos contextos, como el MAPP o ZOPP⁴, que trabajan con problemas específicos, y no requieren de una alta capacidad de planificación en la institución (20).

Es por ello que para plantear reformas conflictivas, en las que se requiere de una estrategia clara, el autor reconoce que la planificación estratégica situacional contribuye a pensar esas estrategias. En el marco del juego institucional que propone este tipo de planificación, adquiere relevancia el concepto de triángulo de hierro, que enmarca el desempeño de un organismo y permite comprender la viabilidad de una reforma a nivel de las instituciones o de un sistema particular.

El triángulo de hierro (1) está conformado por tres sistemas que dominan la calidad de la gestión de la organización y de los sistemas de dirección y gerencia: (i) el sistema de formación de la agenda del dirigente, (ii) el de petición y rendición de cuentas y (iii) el de gerencia por operaciones.

La evaluación periódica de eficiencia y eficacia y la difusión de sus resultados son parte de un sistema de petición y rendición de cuentas al interior de las organizaciones y desde éstas hacia los ciudadanos (21). En el marco del triángulo de hierro propuesto por Matus (1) se otorga un lugar importante al sistema de petición y rendición de cuentas y se plantea que hay una relación muy fuerte entre las reglas de responsabilidad, los sistemas de petición y rendición de cuentas y la calidad de gestión (22). Así como en la organización pública la rendición de cuentas hacia la máxima conducción del gobierno impulsa al resto de los sistemas hacia mayores niveles de calidad, la demanda de rendición de cuentas por parte de la sociedad civil eleva la calidad de los resultados de las políticas públicas.

Es decir que, en los términos aquí planteados, la evaluación se liga claramente con la planificación. Para otros autores, en la práctica el proceso de

⁴ El ZOPP es una metodología alemana de planificación, denominada Planificación de Proyectos Orientada a Objetivos y utilizada oficialmente por el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica; es un método participativo de reflexión, discusión y creación colectiva que requiere de la acción y el compromiso de los participantes en el proyecto y del consenso en sus decisiones. El MAPP (Método Altadir de Planificación Popular), es un método diseñado para guiar la discusión de los problemas en la base popular. Propone que las organizaciones de base y la comunidad identifiquen y seleccionen los problemas que consideren más relevantes, los jerarquicen y definan maneras de enfrentarlos con los medios a su alcance. Ayuda a pensar sistemáticamente, crea una disciplina de discusión en grupo y permite identificar soluciones creativas.

planificación/ejecución/evaluación, es una integridad indivisible, conformada por momentos –funciones – en continua retroalimentación (23).

La evaluación es una parte esencial del proceso de implementación de políticas, programas y proyectos. Niremberg la define como una

... actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de la información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura. (24; p.32).

A través de la evaluación se obtiene información acerca del cumplimiento de objetivos y metas de las políticas, se identifican deficiencias y fortalezas; se generan insumos para la redefinición de problemas y la recomendación de políticas. De este modo, la información sobre el inadecuado desempeño de la política induce a la redefinición y reestructuración del problema de política, o a la revisión de políticas alternativas para la solución del problema (25).

Como expresa Minayo (2), desde el punto de vista de su utilidad práctica, una buena evaluación tiene como propósito reducir incertezas, mejorar la efectividad de las acciones y propiciar la toma de decisiones relevantes.

Para que la evaluación cumpla con la finalidad de fortalecer un movimiento de transformación, es importante que cumpla con cuatro criterios: ser útil, viable (tanto desde el punto de vista político, práctico y económico), ética (en el sentido de respetar los valores de los interesados) y contar con precisión técnica. Por otro lado, según Cohen y Franco, “si se hace bien (...) sugerirá cambios que amenazan a alguna porción establecida de la estructura de poder que existe alrededor del programa evaluado” (26; p. 293).

El núcleo de toda evaluación consiste en emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables; es decir, atribuir un valor, medir o apreciar si se ejecutan las actividades de acuerdo a lo programado, si los resultados obtenidos corresponden a los objetivos y metas propuestos. De la profundidad y pertinencia de las recomendaciones que se formulen, dependerá la utilidad de la evaluación y por ende la viabilidad de su aplicación posterior en la toma de decisiones y en la reformulación de la acción.

Medición y validez son dos elementos inseparables en toda evaluación e investigación científica. Sánchez Echeverri define la medición como “situar algo al lado de un patrón de referencia para ver a qué valor de ese patrón corresponde” (27; p.303).

La validez es el grado en que un instrumento mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido. Es precisamente la validez la que permitirá realizar las inferencias e interpretaciones correctas de los datos que surjan de la aplicación de un instrumento y establecer la relación con el constructo/variable que se trata de medir.

La evaluación de la validez de un instrumento busca responder a las siguientes preguntas (27):

- a. ¿Mide lo que debe medir? *Validez de apariencia*
- b. ¿Refleja los factores del concepto que se pretende medir? *Validez de Contenido*
- c. ¿Funciona de manera similar a otros instrumentos certificados? *Validez de criterio* (concurrente y predictiva)
- d. Cuando la condición que se está midiendo cambia, ¿puede el instrumento medir ese cambio? *Sensibilidad al cambio*.

La validez de contenido se refiere a si el cuestionario elaborado, y por tanto los ítems elegidos, son indicadores de lo que se pretende medir y permiten evaluar todas las dimensiones que se busca medir. Esto puede hacerse mediante revisiones teóricas y discusiones con especialistas, como plantea Minayo (2).

La fiabilidad, según Morales Vallejos, expresa el “grado de precisión de la medida” (28; p.3). Es decir que con una fiabilidad alta, los sujetos medidos con el mismo instrumento en ocasiones sucesivas quedarían ordenados de manera semejante, mientras que si baja la fiabilidad sube el error y, por lo tanto, los resultados variarían de una medición a otra. Un modo de verificar la precisión de la herramienta podría haber sido repetir las mediciones en una muestra de provincias, con diferentes equipos encargados de completarla. Sin embargo, existen dificultades operativas para poder implementar una prueba de este tipo, como por ejemplo: los escasos tiempos disponibles para implementar mediciones, la dificultad de armar dos o más equipos de medición por provincia, debido a escasez de recursos humanos abocadas al tema, por un

lado, y la existencia de diferentes prioridades de gestión en cada una de las jurisdicciones.

En el cálculo de fiabilidad hay tres enfoques que, aunque parten de modelos teóricos similares, siguen procedimientos distintos: el test-retest, el de las pruebas paralelas y los coeficientes de consistencia interna.

En el primer caso, los sujetos responden dos veces al mismo test, dejando entre ambos un intervalo de tiempo que no sea lo suficientemente grande como para favorecer cambios entre los sujetos. El coeficiente de correlación entre las dos ocasiones es lo que se denomina coeficiente de fiabilidad test-retest. Por sus características, no tiene sentido utilizarlo cuando está previsto un cambio en los sujetos, o cuando entre la primera y la segunda medición puede darse un aprendizaje. Esto es lo que sucede con la medición de funciones esenciales, por lo que puede no ser adecuado realizar este test.

El método de pruebas paralelas consiste en aplicar dos versiones del mismo instrumento, con ítems distintos pero que pretendan medir lo mismo. En este caso, el coeficiente de fiabilidad es la correlación entre las dos formas paralelas, respondidas por los mismos sujetos. El problema de aplicar este método radica fundamentalmente en la falta de tiempo y recursos para desarrollar otro instrumento, y para que el personal designado pueda abocarse a dos mediciones sucesivas que implican una carga de trabajo importante en contextos complejos.

En cuanto a los coeficientes de consistencia interna, es importante aclarar que se trata del enfoque más utilizado para medir fiabilidad, y que para ello se toman en cuenta distintas fórmulas. Lo que expresan estos coeficientes, resalta Morales Vallejos, es:

... hasta qué punto las respuestas son lo suficientemente coherentes (relacionadas entre sí) como para poder concluir que todos los ítems miden lo mismo, y por lo tanto son sumables en una puntuación única que representa, mide un rasgo. (28, p.6).

Por lo tanto, podría decirse que la fiabilidad expresa “cuánto hay de diferencias en los totales debidas a respuestas coherentes (o proporción de varianza verdadera o debida a que los ítems están relacionados)” (28, p.6), y que cuanto mayor es el coeficiente más altas son las relaciones entre los ítems.

En términos generales, el coeficiente de fiabilidad en cuanto consistencia interna expresa si un test discrimina adecuadamente, si clasifica bien a los sujetos, si detecta las diferencias que existen entre ellos respecto de lo que se pretende medir, y es una

característica positiva siempre que interese detectar diferencias que se supone que existen. Sin embargo, la relación empírica y estadística que expresa un coeficiente de consistencia interna no supone necesariamente que hay coherencia conceptual.

Los métodos más frecuentes para el cálculo de la consistencia interna son los de Kuder-Richardson 20 para ítems dicotómicos y el coeficiente α de Cronbach cuando se trata de ítems continuos. En general, los coeficientes de fiabilidad tienden a aumentar cuando: (i) la muestra es heterogénea; (ii) es grande (porque es más probable que haya sujetos muy distintos); (iii) las respuestas a los ítems son más de dos; (iv) los ítems son muchos (más oportunidad de que los sujetos queden más diferenciados en la puntuación total, aunque un número de ítems grande puede dar una idea equívoca de la homogeneidad del instrumento), (v) la formulación de los ítems es muy semejante, repetitiva.

Con respecto a la relación entre validez y fiabilidad, es importante mencionar que un instrumento puede ser válido, pero puede medir con un margen de error grande. A la vez, puede haber una fiabilidad alta pero con un instrumento que carezca de validez. En este sentido, según expresa Morales Vallejos, es importante distinguir que la fiabilidad “no es una característica del instrumento; es una característica de unos resultados, de unas puntuaciones obtenidas en una muestra determinada” (28, p. 4). Esto implica que la fiabilidad debe ser calculada con cada nueva muestra y que la fiabilidad de un test o instrumento no puede ser interpretada automáticamente como un indicador de su calidad.

En el caso de la herramienta de medición sobre la que se centra este trabajo, la misma está conformada por indicadores; es decir, variables mensurables que pueden ser usadas para determinar el grado de adhesión a un estándar o logro en las metas de calidad. Los indicadores hacen referencia tanto a resultados y procesos, como a las estructuras y capacidades disponibles para llevar a cabo las acciones necesarias y alcanzar los logros previstos.

Testa plantea que los indicadores señalan algunos de los componentes claves del fenómeno que se quiere estudiar, y su importancia radica en que permiten realizar descripciones más completas o discursos explicativos acerca de esos fenómenos (29). En este sentido, el indicador es una base de apoyo para la obtención de información.

Existen varias clasificaciones de indicadores (24): cualitativos o cuantitativos; de estructura (miden insumos, recursos), procesos (actividades, tareas) y resultados (productos, efectos e impactos). Testa suma a esta clasificación una fundamental: tradicionales, que responden a lo que denomina diagnóstico administrativo y que son en general las tasas e índices que se registran comúnmente en el sistema nacional de vigilancia de la salud y en estadísticas vitales; o estratégicos, guiados por un sesgo estratégico que promueve el cambio, que toman en cuenta aspectos como la distribución de poder entre los actores del sistema. Frente a la dificultad para generar este último tipo de indicadores con las limitaciones presupuestarias, de personal y de tiempo, es posible superarlas con un uso estratégico de los mismos (29).

Diversos autores señalan la importancia de que los indicadores cumplan con ciertos atributos (Tabla 1).

Tabla 1. Atributos fundamentales de los indicadores

Criterio	Descripción
Pertinencia	Se refieren a los procesos y productos esenciales que desarrolla cada institución para reflejar el cumplimiento de sus objetivos. Evitan que la medición genere saturación de información.
Relevancia	Miden los objetivos y actividades vinculados a lo estratégico.
Especificidad	Deben reflejar sólo los cambios en la cuestión o factor de análisis
Claridad	Simple y fáciles de interpretar, no ambiguos.
Costo	Los costos de obtención de la información tienen correlación con los recursos que se invierten en la actividad.
Comprehensividad	Cubren los aspectos más significativos del desempeño; la cantidad de indicadores no excede la capacidad de análisis de los usuarios.
Oportunidad	Pueden ser generados en el momento oportuno, según el tipo de indicador y la necesidad de su medición y difusión.
No-redundancia	No son repetitivos.
Focalizado en áreas controlables	Focalizados en áreas susceptibles de corregir el desempeño, generando responsabilidades directas en funcionarios y personal.
Participación	Consensuados lo más posible

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Minayo (2), Niremburg (24), Sánchez y Echeverry (27), Bonnefoy y Armijo (30) y Shack (31).

MATERIALES Y MÉTODOS

Para desarrollar este trabajo, se definieron una serie de dimensiones de análisis, compuestas a su vez por distintas variables. Para cada una de ellas se requirieron distintos abordajes, complementando métodos y técnicas de carácter cuantitativo y cualitativo. Con ello se procura mayor confiabilidad de la información obtenida, mejor entendimiento de los fenómenos bajo estudio, y reducción de sesgos propios de cada técnica y fuente

A continuación, se sintetizan las dimensiones, las variables, y la metodología utilizada en cada caso (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de los métodos utilizados para las dimensiones de análisis

Dimensión	Variables	Método / Técnicas	Fuentes de datos
1. Utilidad de la estrategia de capacitación y soporte para facilitar la aplicación de la herramienta.	1a. Utilidad del taller de medición. 1b. Utilidad de guía de herramienta. 1c. Utilidad de la mesa de ayuda para resolver dudas. 1d. Factores institucionales del ministerio provincial que incidieron positiva y/o negativamente en la aplicación del instrumento. 1e. Factores contextuales que incidieron positiva y/o negativamente en la aplicación del instrumento.	Cuantitativo / cualitativo: Encuestas semiestructuradas a funcionarios provinciales.	
2. Atributos de la herramienta para facilitar el proceso de medición y mejorar el conocimiento de las FESP.	2a. Simplicidad de la herramienta 2b. Pertinencia de los indicadores de la herramienta. 2c. Utilidad de la herramienta para medir el desarrollo de las FESP.	Análisis univariable (distribución de frecuencias) a partir de los resultados. Análisis de contenido temático de las respuestas abiertas.	Respuestas a encuestas semiestructuradas.
3. Utilidad del proceso de medición para facilitar el uso de resultados	3a. Utilidad de los resultados para la gestión del ministerio 3b. Factores institucionales del ministerio provincial que incidieron positiva y/o negativamente en el uso de los resultados. 3c. Factores contextuales que incidieron positiva y/o negativamente en el uso de los resultados.		

Tabla 2. Continuación

Dimensión	Variables	Método / Técnicas	Fuentes de datos
4. Validez de la herramienta, con respecto a las políticas priorizadas en el PFS y a las operaciones que componen las FESP.	4a. Validez de contenido con respecto a las políticas priorizadas en el PFS	Cualitativo: Análisis de contenido directo de documentos oficiales.	Plan Federal de Salud 2004-2007 y 2010-2016
	4b. Validez de contenido con respecto a las dimensiones que componen cada FESP.	Elaboración de tablas comparativas.	Bibliografía acerca Funciones Esenciales de Salud Pública,
	4c. Capacidad adaptativa de la herramienta	Cuantitativo: medidas de frecuencia a partir de tablas comparativas.	
5. Fiabilidad de los resultados de la herramienta de medición del desempeño.	5a. Medida de consistencia interna para cada FESP.	Cuantitativo: Test Alpha de Cronbach para variables continuas y Kuder Richardson 20 para variables dicotómicas.	22 herramientas provinciales completas.
	5b. Asociación entre variables	Test exacto de Fisher	
6. Ponderaciones adecuadas de los indicadores de cada FESP, en función de la importancia de las políticas priorizadas en el PFS incluidas en esa FESP.	6a. Ponderación asociada a política del PFS.	Cualitativo / cuantitativo: Análisis documental del PFS;	
	6b. Ponderación asociada a importancia del indicador para el cumplimiento de la FESP.	sistematización de ponderaciones; elaboración de tablas comparativas.	
7. Pertinencia de los indicadores que conforman las FESP, según cuestionamientos de las provincias.	7a. Cuestionamiento por indicador no aplicable.	Cualitativo: Análisis de contenido directo de material de mesa de ayuda.	Revisión de documentos: informes de talleres de implementación de la herramienta, mails de consulta a mesa de ayuda y respuestas a encuestas.
	7b. Cuestionamiento por indicador mal formulado.	Definición de categorías	
	7c. Cuestionamiento por indicador no relevante.	Sistematización de cuestionamientos según las categorías definidas luego de la lectura flotante.	

Tabla 2. Continuación

Dimensión	Variables	Método	Fuente de datos:
8. Relevancia de los indicadores.	Indicadores utilizados en estadísticas sanitarias internacionales.	Cualitativo: Análisis de contenido directo de documentos bibliográficos. Identificación de relaciones.	Revisión de bibliografía: Estadísticas Sanitarias Mundiales, ODM, Enfermedades Desatendidas OMS, DCP; Indicadores básicos de Argentina.

Fuente: Elaboración propia

Diseño de cuestionario semi-estructurado, selección de encuestados y análisis de las respuestas

La primera dimensión de análisis de este trabajo buscaba identificar cuestiones relacionadas con el proceso de medición y con el uso de los resultados. Para ello se diseñó un cuestionario semiestructurado, a ser aplicado con funcionarios provinciales que hubieran participado del proceso de medición y, por lo tanto, tuvieran una mirada integral de la herramienta.

Si bien las características de los talleres y la metodología de medición se encuentran desarrolladas en el Apéndice 1, a continuación se realiza una breve descripción del proceso que se buscó evaluar mediante el cuestionario semiestructurado:

-La herramienta se presentó en cada provincia a través de un taller, al que fueron convocados referentes técnicos de programas sanitarios (epidemiología, promoción de la salud, enfermedades vectoriales, enfermedades crónicas no transmisibles, emergencias sanitarias, regulación y fiscalización, sangre segura, VIH/SIDA, etc.).

-Durante el mismo se presentaron los objetivos y la metodología de medición, y se recorrieron algunas funciones esenciales, para analizar los indicadores más importantes. Se tomaban en cuenta las FESP más relacionadas con los referentes de programas que estaban presentes, para que pudieran opinar acerca de los indicadores.

-Se dejó un archivo electrónico al consultor del Proyecto FESP en la provincia y a otros funcionarios designados por cada ministro, para completar la herramienta y enviarla en un plazo de un mes.

-Estos funcionarios, en general el consultor del FESP, fueron los encargados de recopilar toda la información con los diferentes programas y de difundir los resultados, con el acuerdo del ministro.

Criterios de selección de entrevistados / encuestados:

En un primer momento, estaban previstas entrevistas semiestructuradas a todos los funcionarios involucrados. El criterio de selección de los entrevistados fue que hubieran participado de forma integral en todo el proceso: taller, llenado de la herramienta, y análisis de resultados. Debido a que luego de las elecciones presidenciales y legislativas del año 2011 hubo cambios de autoridades en doce provincias, se definió entrevistar a los funcionarios que se mantenían en sus cargos, porque se los podía contactar en un encuentro nacional. Si bien se conocían las limitaciones que acarrearía esta decisión, por la escasa cantidad de cuestionarios que suponía, no se logró contactar a quienes ya no se mantenían en sus cargos.

El cuestionario original estaba conformado por 20 preguntas referidas a los siguientes ejes: (i) conocimiento y valoración de los talleres de implementación de la herramienta y de la guía para desarrollar la medición; (ii) valoración de la herramienta y percepciones acerca de condicionamientos institucionales y contextuales para el desarrollo de la medición; (iii) utilización de los resultados de la medición para la planificación y gestión. Salvo dos preguntas dicotómicas, el resto era de carácter abierto.

Se realizó una prueba del cuestionario, que permitió identificar varias cuestiones problemáticas: el tiempo utilizado para responder era superior al planificado (35 minutos, sobre 20 minutos planificados); algunas preguntas resultaban confusas y requerían de explicación o ejemplificación por parte de la entrevistadora, lo cual podía llevar a influir en las respuestas; la formulación de algunas preguntas hacía que resultaran redundantes, cuando en realidad apuntaban a cuestiones distintas.

Cuando se estaban realizando los ajustes a ese instrumento cambió el coordinador del Proyecto FESP. Esta situación generó la necesidad de solicitar una nueva autorización para desarrollar la tesis, que se obtuvo en época de vacaciones de verano y menos de dos meses antes de la fecha de entrega final de este trabajo. Por ese motivo, fue necesario reformular la estrategia para cumplir con la entrega de la tesis en el tiempo previsto.

Diseño del cuestionario definitivo

Aun sabiendo que se perdía la posibilidad de obtener información valiosa, se diseñó un nuevo cuestionario semiestructurado, para ser enviado por mail, que contenía mayoría de preguntas con escala tipo Likert, por lo tanto más simple y rápido de responder. El cuestionario y la base para el análisis de encuestas se encuentran en el Apéndice 2.

La escala de Likert (32) forma parte de lo que se denomina escalas aditivas, que son aquellas que están constituidas por una serie de ítems ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El interrogado señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, muy en desacuerdo) y a cada respuesta se le da una puntuación favorable o desfavorable. La aplicación correcta de este tipo de escalas requiere que se enumere siempre en la misma dirección de la actitud.

Se enviaron en total 12 cuestionarios, que fueron respondidos por 10 referentes, que representan al 45,5% de las provincias que participaron de la medición.

Análisis de respuestas

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de análisis univariable como distribución de frecuencias (absoluta, relativa y porcentual).

En el caso de las respuestas a las preguntas abiertas, se había previsto la utilización de técnicas de análisis de contenido temático. Éste consiste en descubrir los “núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifique algo para el objeto analítico apuntado”(33, p. 259). La presencia de determinados temas denota estructuras de relevancia, valores de referencia y modelos de comportamiento, subyacentes en el discurso.

Para ello se realizó en primer lugar una lectura fluctuante de las respuestas obtenidas, a los fines de identificar categorías y unidades de análisis que permitieran organizar la información y clasificar los datos. Cada pregunta abierta se analizó por separado, y luego se establecieron relaciones entre los núcleos temáticos identificados y las respuestas a otras preguntas.

Sin embargo, se encontró que por tratarse de un corpus tan reducido, el análisis de contenido no resultaba pertinente. El recorte inicial del texto en unidades temáticas (ya sea frases o palabras) dio como resultado un número muy reducido que no hacía viable un trabajo de codificación posterior. Por ese motivo, no se utilizó ningún programa específico el análisis del material. La tabla a continuación muestra las categorías identificadas en cada pregunta (Tabla 3)

Tabla 3: Categorías, unidades de registro y codificación para las preguntas abiertas del cuestionario.

Pregunta abierta	Categorías identificadas / Temas	Definición de categoría
Ejemplo de planificación a partir de los resultados de la herramienta.	Creación de procesos	Desarrollo de un conjunto de actividades planificadas, que implican la participación de personas y recursos materiales coordinados, para conseguir un objetivo determinado.
	Creación de estructuras	Desarrollo de áreas específicas y/o nombramiento de equipos de trabajo, con una finalidad y tareas determinadas.
¿Qué estrategias considera que deberían implementarse desde el Proyecto FESP a fin de contribuir al uso de los resultados de la medición para la planificación de políticas?	Desarrollo de capacitaciones	Acciones intencionales y planeadas que tienen por misión fortalecer conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas.
	Estrategias de difusión/comunicación	Acciones planificadas y articuladas con el objetivo de establecer una comunicación eficaz de ideas y/o servicios.
	Seguimiento	Supervisión continua o periódica de la ejecución de una actividad o proyecto.
Recomendaciones y observaciones generales.	Características de la herramienta	Atributos de pertinencia y relevancia de indicadores, simplicidad del instrumento.
	Características del proceso de medición	Atributos del documento, los talleres y la mesa de ayuda.
	Fortalecimiento de las capacidades provinciales	Apoyo para la mejora de estructuras y procesos tendientes al logro de los objetivos de la gestión.

Tabla 3. Continuación

Pregunta abierta	Categorías identificadas / Temas	Definición de categoría
Recomendaciones y observaciones generales.	Institucionalización de la medición	Transformación de la medición en una práctica estable, con continuidad en el tiempo e incorporada a las prácticas de evaluación ministeriales.
	Estrategias de mejora por parte del Proyecto FESP	Acciones de fortalecimiento posibles de ser implementadas desde el Proyecto FESP
	Difusión	Acciones destinadas a comunicar eficazmente de ideas y/o servicios.

Fuente: Elaboración propia

Análisis de contenido directo de documentos oficiales

A fin de identificar si la herramienta incluía operaciones relacionadas con las políticas priorizadas por el Plan Federal de Salud 2004-2007, se realizó en primer lugar una sistematización de las metas sanitarias contempladas en ese documento, a través de un análisis de contenido directo. Este tipo de análisis de contenido se limita a tomar el sentido literal de lo que es estudiado, no busca descubrir un sentido latente. En este caso, entonces, se utilizan técnicas cuantitativas de análisis de frecuencia para identificar la aparición de los temas o tópicos seleccionados.

Una vez volcadas en una tabla las líneas estratégicas del PFS y sus metas correspondientes, se adicionó una columna en la que se copiaron los indicadores de la herramienta de medición de desempeño, a los efectos de realizar una comparación. La lectura transversal de esta tabla comparativa permitió identificar qué metas del PFS estaban representadas por indicadores en la herramienta, y cuáles no. La tabla comparativa, al igual que la sistematización de metas del PFS, se encuentran en el Apéndice 3.

Otro eje de este trabajo era el análisis de la validez de contenido de la herramienta, no ya respecto del PFS, sino de las dimensiones que definen las funciones esenciales de salud pública. Para ello se realizó una revisión bibliográfica de las definiciones conceptuales de las FESP y los rasgos sobresalientes de cada una de ellas. Esta revisión tomó como base los documentos de mayor uso y relevancia respecto de las funciones esenciales, que se utilizan en el marco de las capacitaciones relacionadas con el tema en el Campus Virtual de OPS (3,4,12).

Las dimensiones de cada función esencial fueron volcadas en diferentes tablas, una por cada FESP. Luego se identificaron las operaciones que conforman cada una de las FESP en la herramienta de medición y se las volcó en las tablas mencionadas; una lectura transversal permitió comparar las características sobresalientes de cada FESP con las operaciones que fueron incluidas en la herramienta.

Tanto en lo que respecta a la validez de contenido respecto del PFS como de la definición conceptual de las FESP, se utilizaron dos criterios, uno cualitativo y otro cuantitativo (Tabla 4).

Tabla 4: Análisis cuantitativo y cualitativo referido a la validez de contenido

Análisis de validez de contenido	Cuantitativo	Cualitativo
Respecto del Plan Federal de Salud 2004-2007	Cantidad de indicadores del PFS de salud presentes en la herramienta.	Listado de indicadores del PFS no incluidos en la herramienta. Análisis de pertinencia: -vigencia de la política en la actualidad. -existencia de metas provinciales. -posibilidad de medir en una herramienta provincial (por injerencia de los ministerios provinciales, disponibilidad de información). -posibilidad de medir avances en forma periódica (anual o bianualmente).
Respecto de las dimensiones conceptuales que definen las FESP	Cantidad de dimensiones conceptuales de cada FESP asociadas con operaciones de la herramienta.	Listado de definiciones conceptuales no incluidas en la herramienta. Análisis de pertinencia: -relación con las atribuciones de la provincia respecto a la dimensión conceptual de la FESP. -posibilidad de identificar indicadores que permitan medir avances en forma periódica.

Fuente: elaboración propia.

Análisis de contenido directo del Plan Federal de Salud 2010-2016

Para identificar si la herramienta tiene condiciones de medir los cambios que se dan a nivel de las políticas y la instrumentación de las mismas a través de los programas, se tomó en cuenta el Plan Federal de Salud 2010-2016 y los lineamientos del Proyecto FESP 2, vigente desde 2012.

Debido a que no hubo presentación oficial del mencionado Plan Federal, se tomó una versión que circula de modo informal entre los programas del Ministerio de Salud de la Nación. Se realizó una lectura de ese documento para identificar las metas de las políticas priorizadas y volcarlas en una tabla que permitiera su comparación con las metas del Plan Federal de Salud 2004-2007.

Con respecto a este punto, vale aclarar que la herramienta evaluada se diseñó en el año 2010, en forma paralela a la definición del PFS 2010-2016, un documento cuya versión final nunca fue presentada oficialmente, como ya se mencionó, pero que numerosos programas sanitarios citan en sus planificaciones estratégicas. Como puede observarse en la herramienta, que se encuentra en el Apéndice 1, todas las referencias al Plan Federal de Salud consideran la versión 2004-2007.

El PFS 2010-2016 define las acciones de salud no como programas con fines en sí mismos sino como paquetes de servicios en función de los grupos de edad; es decir que las metas que propone están organizadas de acuerdo a los ciclos de vida. Esto marca una primera diferencia con el PFS 2004-2007, cuyos ejes estaban definidos por un grupo de políticas priorizadas, que iban desde la salud materno-infantil hasta el fortalecimiento del hospital público y la regulación de tecnologías. La tabla comparativa entre ambos planes se encuentra en el Apéndice 3.

Se elaboró una tabla comparativa entre el PFS 2004-2007, la versión 2010-2016 y los indicadores de la herramienta. Los criterios cuantitativos y cualitativos utilizados para determinar la capacidad adaptativa y la validez de contenido respecto del PFS 2010-2016 fueron los mismos que se expresan en la Tabla 4 para analizar la validez de contenido respecto del PFS 2004-2007.

A fin de indagar cambios en las políticas que debieran reflejarse en el instrumento, en línea con el análisis referido a la capacidad adaptativa, se realizaron ruedas de consulta con especialistas en los diferentes temas. Éstas incluyeron al Director Nacional de Regulación y Fiscalización Sanitaria, la Directora de Garantía de Calidad

de la Atención Médica, la Directora de Estadísticas e Información y Salud junto con su equipo técnico, y referentes técnicos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, del Instituto Nacional del Cáncer, del Programa Nacional de Control de Chagas y de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

La dinámica de esas reuniones se realizó del siguiente modo: en primer lugar, se acordó telefónicamente una reunión, antes de la cual se envió por mail un listado de los indicadores a analizar y una copia del documento de la herramienta, que contiene los detalles de los indicadores. Durante las reuniones, se realizó un repaso de cada indicador, para analizar su formulación, el estándar correspondiente y la pertinencia de mantenerlo en la herramienta o reemplazarlo por otro.

Se pasaron en blanco las conclusiones del encuentro, se rearmó la FESP correspondiente con las sugerencias de los programas y se envió para que los especialistas pudieran realizar una revisión final y aportar información específica a las definiciones operativas.

En el caso de Regulación y Fiscalización Sanitaria y Garantía de Calidad, que tienen a su cargo toda una FESP (la 6 y la 9, respectivamente), se pudo analizar la totalidad de los indicadores que la integran y las ponderaciones. Debido a que los tiempos de este proceso exceden los plazos disponibles para la realización de la tesis, en este documento pueden presentarse sólo los avances realizados en las primeras reuniones.

Pruebas de fiabilidad

Se realizaron esfuerzos para medir la fiabilidad, con nuevas revisiones bibliográficas (34-36) y la realización de pruebas con diferentes test, debido a que en función de lo expresado en el marco teórico, a priori se observaban ciertas restricciones para la aplicación de los métodos más frecuentes. Dado que no resultaba viable aplicar la metodología del test-retest con una segunda medición, o realizar pruebas paralelas, se intentó indagar acerca de algunos test de consistencia interna, como el Test de Chi-Cuadrado. Sin embargo, debido a que el tamaño de la muestra es muy pequeño, con solo 22 casos y gran cantidad de indicadores, se cumplían varias de las restricciones que aplicaban a ese test. Una de ellas es que en las tablas dicotómicas, las frecuencias de

alguna de las casillas resultaban inferiores a cinco; es decir, más bajas que lo permitido por dicho test.

Por otro lado, se realizaron pruebas de consistencia interna mediante cálculo de Kuder Richardson 20 para variables dicotómicas y Alpha de Cronbach para variables continuas, en cada una de las FESP. Para determinar el coeficiente de consistencia interna, se calcula la correlación de cada ítem con cada uno de los otros ítems que, en este caso, conforman la FESP. Esto resulta en una gran cantidad de coeficientes de correlación; el valor de Alpha es el promedio de todos los coeficientes de correlación (36).

Debido a que el coeficiente de consistencia interna depende directamente de las correlaciones entre las variables, resulta más alto cuanto mayor sea el grado en que los ítems midan la misma variable; es decir que “mientras más homogéneos sean los ítems, mayor será el valor de la consistencia interna para un número dado de ítems”(35). En el caso de la herramienta de medición de FESP, la heterogeneidad de variables dentro de una misma FESP, hace que se esperen bajos coeficientes de consistencia interna y, por consiguiente de fiabilidad analizada por ese método cuantitativo.

A fin de contrastar la hipótesis nula de independencia de las variables que conforman cada función esencial, se aplicó el Test Exacto de Fisher, mediante el programa estadístico SPSS versión 18. Se definió un nivel de confianza de 95% (error de significación del 5%).

A partir de tablas de contingencia, el test exacto de Fisher permite calcular la probabilidad exacta de que aparezcan en la tabla las frecuencias observadas, bajo el supuesto de hipótesis nula -que no hay relación alguna entre las clasificaciones del renglón y las de la columna-(37). A diferencia de la prueba de Chi-Cuadrado, que requiere de una muestra grande, el Test exacto de Fisher permite identificar asociaciones entre variables cuando se trata de muestras con pocos casos. Una tabla de contingencia surge de ordenar los totales de dos variables dicotómicas (como en este caso, Sí/No), donde los renglones de la tabla representan los resultados de una variable, y las columnas representan los resultados de la otra. Las entradas de la tabla son los totales correspondientes a una combinación de categorías (37).

En el caso de esta herramienta, debido a que se buscó medir diferentes atributos del desarrollo de las funciones esenciales en las provincias, se parte de la hipótesis de

independencia entre las variables. La asociación de dos variables entre sí permitiría reconocer dos aspectos importantes relacionados con la finalidad de este estudio: (i) luego de una revisión de contenido de las variables, identificar si éstas miden lo mismo y, por lo tanto, necesitan ser reemplazadas por alguna que mida otro aspecto relevante de la FESP; (ii) si el cumplimiento de ciertos indicadores está relacionado o contribuye con el cumplimiento de otros indicadores de la FESP.

Con respecto a este punto, es importante realizar una aclaración. Los coeficientes de fiabilidad expresan una relación de hecho, estadística, empírica, entre los ítems, pero esto no implica necesariamente que midan lo mismo; es decir, que haya coherencia conceptual. Una vez identificada la asociación positiva, debe realizarse una evaluación cualitativa, conceptual de los ítems para poder afirmar que miden lo mismo o expresan el mismo rasgo(28).

No se pudo utilizar este test en el caso de variables que presentaban un solo valor; es decir, que se cumplieran en todas las provincias o, por el contrario, no se cumplieran en ninguna. Al tratarse de variables que son una constante, su cumplimiento es independiente del de otros indicadores. Estos indicadores fueron: 2.2.1 (investiga el 100% de los casos de sarampión notificados); 2.2.2. (investiga el 90% o más de los casos de rubeola notificados); 2.3.1. (logra y mantiene la eliminación de casos autóctonos de sarampión), 2.4.5 (logró la eliminación del tétanos neonatal en la provincia).

Para el caso de las variables de la FESP 2 y de la FESP 7 que presentan una escala ordinal continua (0-1-2), se utilizó una extensión al test de Fisher denominada Freeman-Halton, para tablas de contingencia con columnas de 2x3.

Análisis de ponderaciones

El análisis de ponderaciones se realizó con la finalidad de identificar si los indicadores con mayor ponderación se relacionan o no con prioridades sanitarias, expresadas tanto en ambos Planes Federales de Salud como en otros documentos de política sanitaria.

Para ello se elaboraron, en primer lugar, tablas con los indicadores de cada FESP, ordenados de mayor a menor según su valor de ponderación y peso relativo, con observaciones acerca de su relación o no con políticas priorizadas y con la definición de

la FESP. Luego se analizó cuánto aportaban al puntaje total de cada FESP los dos indicadores con mayor peso relativo y cuál era la distribución de ponderaciones al interior de cada una de ella, para identificar la necesidad de posibles ajustes.

Análisis de informes de talleres, mails a mesa de ayuda y respuestas a encuestas

El análisis de cuestionamientos a los indicadores se realizó sobre un corpus conformado por 22 informes de los talleres de implementación de la herramienta (uno para cada provincia), 42 mails de intercambio de consultas con referentes provinciales en el marco de la mesa de ayuda, y respuestas de una encuesta realizada a 26 consultores provinciales

La información de mayor utilidad pudo recopilarse de los informes de los talleres y los mails de intercambio, ya que en el caso de las encuestas, quienes respondieron nombraron el indicador cuestionado pero no explicaron cuáles eran los motivos del cuestionamiento.

A partir de una lectura fluctuante del material se elaboró un listado de indicadores cuestionados, y los motivos expresados por los equipos provinciales, y se definieron categorías/temas para sistematizar la información de forma más ordenada y agrupar los cuestionamientos: indicador no aplicable e indicador mal formulado (errores en el numerador o denominador, ambigüedades en la definición operativa).

Análisis de contenido directo sobre documentos bibliográficos para identificar relevancia de los indicadores que conforman la herramienta

Con el objetivo de identificar si los indicadores que conforman las FESP miden objetivos y actividades vinculados a lo estratégico o, por el contrario, aspectos de la política que no son sustantivos, se llevó a cabo una revisión bibliográfica (38-49) para identificar los aspectos más relevantes y costo-efectivos de las políticas sanitarias, así como estándares reconocidos a nivel internacional y en documentos oficiales nacionales.

Para el análisis se siguió un criterio cuantitativo, centrado en la cantidad de indicadores de la herramienta relacionados con estándares y aspectos relevantes y costo-efectivos de las políticas.

RESULTADOS

Utilidad de la estrategia para facilitar la implementación de la herramienta, mejorar el conocimiento de las FESP, y promover el uso de resultados.

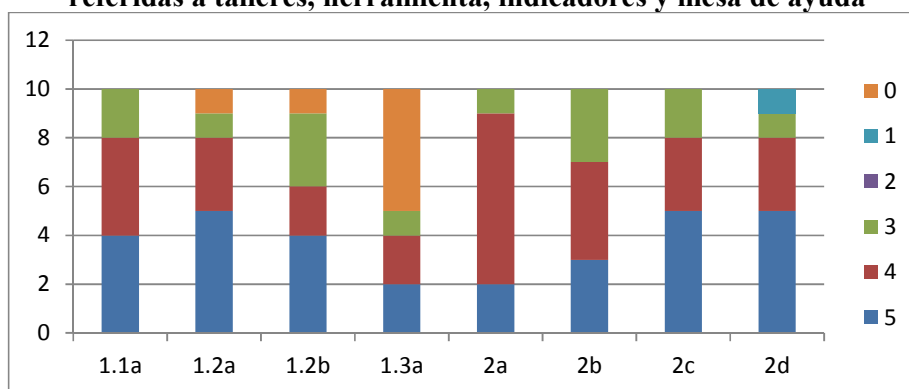
La encuesta realizada a funcionarios provinciales fue respondida por diez representantes de distintas provincias, dos de la Región Sur, tres del Centro, dos de Cuyo, una de NOA y dos de NEA. Entre ellos se encontraba una Directora de Zona Sanitaria, una Jefa de Programas Sanitarios, un Jefe de Gabinete de Ministro y el resto eran consultores de gestión del Proyecto FESP en su respectiva provincia.

La primera parte del cuestionario de la encuesta estaba orientada a identificar valoraciones de los talleres, la guía, la herramienta y la mesa de ayuda. Para ello se utilizó una escala, que se describe a continuación:

- 0: No sabe / no contesta.
- 1: Inútil / No pertinente (según corresponda)
- 2: Poco útil / poco pertinente (según corresponda)
- 3: Moderadamente útil / moderadamente pertinente (según corresponda).
- 4: Útil / Pertinente (según corresponda).
- 5: Muy útil / muy pertinente (según corresponda).

Las respuestas se agruparon en un gráfico (figura 2), que permite condensar información interesante.

Figura 2. Cantidad de respuestas por cada categoría, para el grupo de preguntas referidas a talleres, herramienta, indicadores y mesa de ayuda



Fuente: elaboración propia

- 1.1.a. Utilidad del taller para comprender la carga de datos y el uso de la herramienta de medición
- 1.2.a. Utilidad de la guía de la herramienta para conocer las FESP
- 1.2.b. Utilidad de la guía para conocer las características de la herramienta.
- 1.3.a. Utilidad de la mesa de ayuda para resolver dudas relacionadas con la aplicación de la herramienta
- 2.a. Simplicidad de la herramienta.

- 2.b. Pertinencia de los indicadores.
- 2.c. Utilidad de la herramienta para medir el desarrollo de las FESP.
- 2.d. Utilidad de los resultados para la gestión del ministerio

1. Utilidad de la capacitación y el soporte para facilitar la aplicación de la herramienta.

Los talleres fueron bien valorados, ya que todos los encuestados (10/10) los consideraron entre muy útiles y moderadamente útiles (cuatro respondieron con 5, cuatro con 4 y otras dos con 3). La guía de la herramienta, por su parte, fue mejor valorada por su utilidad para conocer las funciones esenciales de salud pública que para identificar las características principales de la herramienta (8 respondieron con 4 y 5, vs. 6 con 4 y 5).

La mesa de ayuda fue la que más respuestas (cinco en total) obtuvo en la categoría 0 (no sabe/no contesta), probablemente porque no haya sido usada por los encuestados.

Con respecto a los factores institucionales que incidieron positivamente para la realización de la medición, los mencionados por mayor cantidad de funcionarios fueron: la disponibilidad de información en los programas y áreas consultadas (8 encuestados), la decisión política (7 encuestados) y la calificación de los recursos humanos (7 encuestados). La cantidad de recursos humanos y una estructura ligada a planificación y gestión, por su parte, fueron marcadas por 5 personas cada uno. Sólo 2 referentes mencionaron antecedentes previos de mediciones similares. Uno agregó que en ese momento se estaba replanteando el rol del Proyecto FESP en la provincia para sacarlo del rol del financiador, con más presencia técnica, y que ese trabajo previo allanó el camino.

En cuanto a los factores institucionales que afectaron negativamente la medición, cuatro personas indicaron que ninguno, mientras que otras dos marcaron la cantidad de los recursos humanos. La calificación de los RRHH, la estructura ligada a planificación y gestión, la falta de disponibilidad de información en los programas y áreas consultadas y antecedentes de mediciones similares fueron mencionados por un encuestado cada uno.

En referencia a si hubo factores contextuales que incidieron en la medición, hubo seis encuestados que marcaron “ninguno” tanto en los que incidieron positiva como negativamente, que podrían interpretarse como casos de no respuesta. Un

referente respondió que tratarse de un año electoral fue un factor positivo, otro señaló acontecimientos políticos y otro emergencias sanitarias. Dos participantes señalaron que ser año electoral incidió negativamente, y uno marcó acontecimientos políticos.

Atributos de la herramienta para facilitar la medición y mejorar el conocimiento de las FESP

La simplicidad de la herramienta fue calificada positivamente por todos los encuestados (10/10); dos con 5, siete con 4 y uno con 3. La pertinencia de los indicadores que conforman la herramienta es otro ítem valorado positivamente por todos (10/10); fue calificada con 5 por tres personas, con 4 por otras cuatro y con 3 por los tres encuestados restantes.

Además, todos los encuestados (10/10) valoraron positivamente la utilidad de la herramienta para medir las FESP; cinco marcaron que fue muy útil, tres que fue útil y dos, moderadamente útil.

Utilidad del proceso de medición para facilitar el uso de resultados

Casi todos los encuestados (9/10) señalaron la utilidad de los resultados para la gestión del ministerio y la de la guía para conocer las FESP; cinco como muy útil, tres como útil y uno como moderadamente útil. La única pregunta que tuvo una respuesta negativa fue la referida a la utilidad de los resultados para la gestión del ministerio, que un encuestado calificó con 1.

Con respecto al uso de los resultados, cinco encuestados respondieron positivamente. Los ejemplos proporcionados en esta pregunta pueden agruparse en las dos categorías identificadas:

- creación de estructuras: “se organizó un área de investigación”, “se armó un equipo que depende directamente del ministro, que realiza el monitoreo y recopila la información de los programas”. “Investigación (Conformación del Área de investigación para lograr la centralización de las Investigaciones en salud)”, Vigilancia sanitaria (SIVILA y designación del responsable de ENT provincial), Programa Provincial de Adicciones”.

- creación de procesos: “se realizaron reuniones de trabajo interprogramáticas”, “Emergencias (Elaboración de más planes de contingencia en hospitales y aumento de

capacitación); “Promoción de la salud (Plan de Promoción)”, análisis de situación sanitaria provincial (institucionalización de la Sala de situación, socialización periódica y utilización de la información elaborada por la misma).

En cuanto a los factores institucionales que incidieron en el uso de resultados, los más mencionados como positivos fueron la calificación de los recursos humanos y la disponibilidad de información en los programas (4 referentes), y la decisión política (3 referentes). En cuanto a los aspectos negativos, los participantes de provincias que no utilizaron los resultados mencionaron a la cantidad de recursos humanos (4 referentes), la falta de un área ligada a la planificación (3 referentes), la calificación de los recursos humanos y la disponibilidad de información (2 referentes cada ítem).

Hubo 4 encuestados que marcaron “ninguno” tanto para los aspectos que incidieron positiva como negativamente en el uso de resultados y otros dos que no marcaron aspectos positivos o negativos; estos 6 podrían constituir casos de no respuesta. Dos personas señalaron como negativo que se trató de un año electoral, y otra marcó acontecimientos políticos.

Con respecto a la pregunta abierta que indagaba acerca de las estrategias que podrían implementarse desde el Ministerio de Salud para contribuir al uso de resultados, el análisis de contenido permitió identificar 3 grandes temas sobre los cuales se agrupaban todas las respuestas:

-desarrollo de capacitaciones: “talleres de trabajo con los resultados”, “hubiera sido más interesante realizar un taller o un trabajo de análisis con los programas”.

-difusión/ comunicación de los resultados: “discusión de resultados con funcionarios de alto rango”, “presentaciones ante las autoridades, más difusión, vender más la herramienta”, “acompañamiento técnico en comunicación y difusión de los resultados”, “ver cómo presentar resultados a los gestores para ayudarlos con la gestión”, “interesar a las nuevas Autoridades Superiores, Niveles de Dirección y de Departamentos sobre la importancia del uso de esta herramienta de medición de resultados a fin de mejorar gestión”.

-seguimiento: “elaboración de un plan de trabajo donde se logre el compromiso de todos los actores a fin de realizar el seguimiento permanente de los resultados obtenidos”.

Fue llamativo que ocho de los diez encuestados mencionaran las palabras “autoridades”, “funcionarios” y “estamento político” ligadas a la necesidad de “difusión” y de que “comprendieran la utilidad del instrumento”. Esto coincide con las respuestas obtenidas en las preguntas 3 y 5, ya que 7 encuestados habían mencionado la decisión política como un aspecto positivo para la medición, mientras que para el uso de resultados sólo 3 la marcaron como aspecto positivo, y 1 como negativo.

Finalmente, respecto de las recomendaciones y observaciones generales, las respuestas se agruparon en las siguientes categorías:

-Características de la herramienta: “algunos de los ítems eran de utilidad en relación con los objetivos programáticos nacionales pero no necesariamente se adaptaban a las realidades provinciales (por diferentes estructuras o formas de funcionamiento) lo cual podía dar por no cumplidas pautas solo porque la modalidad no se ajustaba a la solicitada”; “esta herramienta era más fácil de contestar que otra que se aplicó en la provincia, pero en algunos puntos podría haber sido más rica”.

-Características del proceso de medición: “Enviar toda la información antes de la medición, en tiempo y forma”, “preparar previamente los talleres e invitar más claramente, para que la gente sepa a qué va”; “que estén los jefes de programas en los talleres, sino se desconectan de todo el proceso”.

-Fortalecimiento de capacidades provinciales: “capacitación permanente en planificación, gestión y evaluación de programas y proyectos destinados a los actores involucrados en las áreas que intervienen en la medición”, “volver a realizar un segundo taller”.

-Institucionalización de la medición: “que se trabaje en los COFESA (Consejo Federal de Salud) para que las autoridades políticas comprendan mejor la utilidad de la herramienta”; “incorporar esta Herramienta de Medición como de uso “obligatorio” haciendo responsables a las Áreas de responsabilidad de suministrar la información necesaria para cumplimentar esta medición”.

-Estrategias de mejora: “contemplar los puntos críticos resultantes de las mediciones para elaborar nuevas actividades de salud pública e incorporar al menú actual, que apoyen al cumplimiento de los objetivos y metas siempre que sean priorizados por el proyecto”.

-Difusión: “mayor difusión de la herramienta y sus contribuciones como también de las FESP”.

Validez de contenido respecto al Plan Federal de Salud 2004-2007

A partir de la revisión del Plan Federal de Salud y de los 107 indicadores incluidos en la herramienta, pudo observarse que la misma solo incluye las metas del PFS relacionadas con mortalidad materna, infantil y neonatal, así como con la existencia de una Ley de Medicamentos, porcentaje de prescripción por nombre genérico y evaluación de tecnologías sanitarias (Tabla 5)

Tabla 5. Indicadores del PFS 2004-2007 incluidos y no contemplados en la herramienta de medición

Indicadores incluidos en la herramienta	Indicadores no incluidos en la herramienta
-Mortalidad materna	-Mortalidad en menores de 5 años.
-Mortalidad infantil	-Mortalidad postneonatal por causas reducibles.
-Mortalidad neonatal	-Fecundidad en adolescentes.
-Ley de Medicamentos	-Lactancia materna
-Porcentaje de prescripción por nombre genérico	-Prevalencia de anemia por déficit de hierro en los menores de 2 años.
-Evaluación de tecnologías sanitarias	-Egresos hospitalarios de menores de 5 años por enfermedades prevalentes (Infección Respiratoria Aguda, Diarrea y Desnutrición).
	-Control de salud anual en niños menores de 5 años y según calendario en menores de 1 año.
	-Hospitalizaciones por aborto.
	-Mujeres en situación de post parto y post aborto referidas a los programas de salud sexual y procreación responsable de cada jurisdicción provincial.
	-Normas para el tratamiento post aborto y violencia.
	-Mujeres, bajo programa provincial, que hayan realizado al menos un PAP en los últimos 3 años.

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Continuación

Indicadores incluidos en la herramienta	Indicadores no incluidos en la herramienta
	<ul style="list-style-type: none">-Rehabilitación médica como un componente de atención primaria de la salud.-Estrategia de la rehabilitación con base comunitaria.-Red de servicios, que incluya por lo menos una unidad de rehabilitación cada cien mil habitantes, de tercer nivel de atención.-Prevalencia de tabaquismo.-Compromiso Federal de cobertura y acceso.-Población bajo responsabilidad nominada (Padrón Único de Salud).-Fortalecimiento del hospital público.-Conjunto Mínimo de Datos Básicos.

Fuente: elaboración propia

Es decir, que desde un punto de vista cuantitativo, sobre un total de 26 políticas de salud priorizadas, con metas específicas, sólo 6 se encuentran en la herramienta. De las 20 restantes, hay dos que tienen presencia en la herramienta a través de indicadores relacionados:

-hospitalización por aborto: la herramienta mide la disminución de la mortalidad materna por aborto.

-prevalencia de tabaquismo: la herramienta mide la existencia de leyes de control del tabaco y la oferta de servicios gratuitos para dejar de fumar.

Otras seis políticas priorizadas por el PFS no podrían formar parte de la herramienta por presentar las siguientes dificultades para su medición provincial:

- Deficiencias para contar con información precisa en todas las jurisdicciones: lactancia materna, prevalencia de anemia en menores de 2 años.
- Estrategias con bajo nivel de desarrollo o no desarrolladas a nivel nacional y/o provincial: rehabilitación médica como componente de APS, red de servicios con rehabilitación; Compromiso Federal de cobertura y acceso; Fortalecimiento del hospital público.
- Dificultad para medir cambios en el indicador en forma anual o bianual: prevalencia de tabaquismo, que se mide para todo el país cada 4 años, mediante la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

En función de este análisis, puede decirse que la herramienta presenta deficiencias respecto de la validez de contenido con relación al PFS.

Validez de contenido relacionada con las dimensiones que conforman las FESP

La comparación entre las dimensiones que conforman la definición de cada FESP y las operaciones incluidas en la herramienta, permitió observar que la FESP 4 y la 11 tienen operaciones asociadas a todos sus rasgos característicos. Las que presentan más deficiencias respecto a la validez de contenido, desde un punto de vista cuantitativo, son las FESP 3, 5 y 9.

A continuación se presenta una tabla resumen del análisis cuantitativo, en la que se realiza la comparación entre cantidad de rasgos característicos de cada FESP, que forman parte de su definición conceptual, con las operaciones de la herramienta.

Cabe aclarar que este análisis se realiza con relación a las operaciones que conforman cada FESP, por considerarse que debido a su amplitud están mejor relacionadas con las dimensiones conceptuales. Las operaciones se definen como un conjunto de actividades relacionadas entre sí o una estructura considerada sustantiva a la constitución o existencia de la FESP, y están representadas por uno o más indicadores, según el caso. Para una mejor comprensión de este punto, puede consultarse la herramienta completa en Apéndice 1.

Tabla 6: Comparación entre cantidad de rasgos característicos de cada FESP, operaciones de la herramienta y rasgos sin operación asociada.

FESP	Cantidad de rasgos característicos de la FESP	Cantidad de operaciones en la herramienta	Cantidad de rasgos sin operación asociada
1	7	5	2
2	6	6	1
3	6	3	4
4	2	4	-
5	5	5	2
6	4	6	1
7	4	5	1
8	6	5	1
9	6	3	3
10	3	4	1
11	4	6	-

Fuente: elaboración propia

Las tablas que se presentan a continuación muestran las comparaciones correspondientes para cada una de las FESP (Tablas 7 a 17).

Tabla 7. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
La evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y de sus determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, los daños y el acceso a servicios.	1.1. Evaluación de la situación y tendencias de salud de la población con especial énfasis en los lineamientos y metas del Plan Federal de Salud y la perspectiva de equidad
La identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda por servicios de salud.	1.3. Producción y difusión de información acerca del estado de situación de las afecciones que representan la mayor carga de enfermedad
El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.	1.4. Producción, sistematización y difusión de información de uso habitual y especial del sector salud, por parte del área de estadísticas vitales
La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.	
La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.	
El desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de salud pública, incluidos actores externos, proveedores, y ciudadanos.	1.2. Informatización de los centros de salud u hospitales de la provincia para la carga y sistematización de datos estadísticos
La definición y el desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y de su correcto análisis.	1.5. Evaluación de la calidad de la información en epidemiología

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
<p>La capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.</p> <p>La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de análisis de población, estudios de caso e investigación epidemiológica en general.</p> <p>Laboratorios de salud pública capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas necesarias para la identificación y el control de nuevas amenazas para la salud.</p>	<p>2.1. Sistema de vigilancia en funcionamiento para identificar amenazas a la salud pública, en enfermedades transmisibles y no transmisibles</p> <p>2.2. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para la investigación de casos</p> <p>2.6. Laboratorios de salud pública con equipamientos, insumos y recursos humanos capaces de apoyar la vigilancia e investigaciones epidemiológicas</p>
<p>El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades infecciosas.</p>	<p>2.3. Vigilancia intensificada de enfermedades infecciosas seleccionadas para facilitar su eliminación.</p> <p>2.5. Estrategias de control de vectores para reducir la transmisión vectorial y vertical</p>
<p>La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés.</p> <p>La preparación de la ASN y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos.</p>	<p>2.4. Capacidad de control de riesgos y daños a la salud pública</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 3: Promoción de la salud

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
El fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.	<p>3.1. Diseño e implementación de una política de promoción de la salud con seguimiento en el tiempo, y en articulación con los gobiernos locales</p> <p>3.2. Elaboración de normas destinadas a promover ambientes y conductas saludables</p>
El fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción.	3.3. Articulación con otros sectores, para el desarrollo de políticas que contribuyan a la promoción de la salud
El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables. La implementación de acciones dirigidas a que la ciudadanía conozca sus derechos en salud.	<p><i>No hay operación relacionada, pero hay un indicador relacionado con escuelas promotoras</i></p> <p><i>No hay operación relacionada. La herramienta cuenta con un indicador relacionado con campañas de comunicación, pero el conocimiento de los derechos tiene indicadores específicos en la FESP 4.</i></p>
<p>La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.</p> <p>La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 4: Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública.	4.2. Considera la participación comunitaria como eje para la definición e implementación de políticas de salud
La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y la promoción de entornos que favorezcan la vida saludable.	4.1. Promueve el acceso de los ciudadanos a la información, para facilitar la toma de decisiones en salud 4.3. Estimula y fomenta el desarrollo de buenas prácticas de participación social en salud 4.4. Capacita a los equipos locales de salud en estrategias de promoción de la participación comunitaria

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 5: Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
El desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones.	5.1. Liderazgo en el desarrollo de una agenda provincial de políticas de salud 5.3. Articulación con organizaciones de la sociedad civil para fortalecer la implementación de políticas sanitarias
El desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaces, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.	5.5. Estructura y equipos necesarios para gestionar y cumplir las metas de políticas y programas priorizados. 5.2. Herramientas de gestión para el Seguimiento y Monitoreo en programas priorizados.
La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.	

Tabla 11. Continuación

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
<p>La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.</p> <p>El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.</p>	<p>5.4. Capacidades para el desarrollo de planificación estratégica y evaluación de las políticas</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 6: Regulación y fiscalización en salud pública

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
<p>La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.</p>	<p>6.1. Capacitación en evaluación de tecnologías sanitarias</p> <p>6.3. Desarrolla y fiscaliza el cumplimiento de los códigos sanitarios y/o normas relacionados con el programa de acreditación y control de la calidad de los servicios, aprobadas por autoridad competente</p>
<p>La capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables.</p>	<p>6.5. Cuenta con regulaciones que inciden sobre los determinantes de la salud</p> <p>6.6. Contribuye a optimizar la gestión de residuos en Establecimientos de Salud, de acuerdo a la normativa vigente</p>
<p>La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.</p>	<p>6.4. Adhiere a normas nacionales o cuenta con legislación propia relacionada con el acceso a medicamentos y derechos de los pacientes y monitorea su cumplimiento.</p> <p>6.2. Implementa estrategias de evaluación, regulación y supervisión de servicios, para mejorar la calidad de la atención y fiscalizar el cumplimiento de normas.</p>
<p>La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a servicios de salud

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.	7.1. Mejora del acceso de la población infantil sin obra social a los servicios de salud 7.3. Anticoncepción quirúrgica en Hospitales de la provincia
El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios.	7.5. Acceso de la población a servicios de prevención y atención y a tratamientos en temas priorizados
El desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención.	7.2. Fortalecimiento de la estrategia de APS como organizadora del sistema 7.4. Monitoreo de la disponibilidad de insumos anticonceptivos en los efectores provinciales
La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
La identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.	8.2. Dispone de un área que realiza evaluación del estado de situación de los recursos humanos en salud y analiza necesidades profesionales.
La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud y de la atención, de enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de salud pública y de evaluar las acciones.	8.4. Orienta y promueve procesos de educación continua, permanente y formación de post grado en salud pública

Tabla 14. Continuación

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
La definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.	8.1. Cuenta con resoluciones y leyes laborales actualizadas que guíen la práctica de formación, capacitación y contratación de los RRHH destinados a los servicios de salud pública.
La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en la salud pública significativas para todos los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública.	8.5. Realiza capacitación del personal de salud en temáticas específicas priorizadas, para promover una mejora en la atención
El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.	8.3. Propicia la consolidación de los equipos de trabajo en los programas
La formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 9: Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
La promoción de la existencia de los sistemas de evaluación y la mejora de su calidad.	9.1. Acreditación y control de la calidad de los servicios
El fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejora de la calidad y supervisión del cumplimiento de proveedores de servicios que tengan esta obligación.	9.2. Aplicación de guías y protocolos de atención basados en la mejor evidencia disponible
La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.	
La existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad.	

Tabla 15. Continuación

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud. La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.	9.3. Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios de servicios de salud

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 16. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP
10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras**

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
La investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.	10.1. Registro provincial y rectoría de investigación en salud pública 10.2. Capacidad institucional para la investigación en salud pública 10.3. Utilización de resultados de investigaciones para mejorar las prácticas de salud pública
La ejecución y el desarrollo de unas soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.	
El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector de la salud, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en todo su campo de actuación.	10.4. Genera alianzas con universidades, sociedades científicas e instituciones, para promover y mejorar la investigación y el desarrollo de soluciones innovadoras en la provincia

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17. Comparación entre dimensiones conceptuales y operaciones de la FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Rasgos característicos de la FESP	Operaciones de la FESP
El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de desastres sobre la salud pública.	11.3. Entrenamiento y capacitación del personal en emergencias desastres 11.4. Orienta recursos financieros y materiales para responder a las diferentes emergencias y desastres
Un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.	11.5. Cuenta con mapeo de riesgos y recursos para enfrentar adecuadamente emergencias y desastres
La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.	11.1. En articulación con el ministerio nacional, desarrolla normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. 11.6. Desarrolla estrategias de prevención y control de sanidad de fronteras.
La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.	11.2. Promueve alianzas estratégicas con otros sectores para mejorar su capacidad de respuesta ante emergencias y desastres

Fuente: Elaboración propia

Capacidad adaptativa

El análisis de la capacidad adaptativa de la herramienta se había planificado originalmente mediante la comparación con el Plan Federal 2010-2016. Como ese documento finalmente no se oficializó pero es citado frecuentemente en documentos de programas sanitarios, se recurrió a otras fuentes de datos para complementar ese análisis: (i) la identificación de indicadores del Ministerio de Salud priorizados por el Proyecto FESP y (ii) los cambios en las políticas de los programas priorizados, identificados mediante ruedas de consulta con directores de programas sanitarios.

En primer lugar, se identificó cuáles eran los indicadores del PFS 2004-2007 que continuaban en el PFS 2010-2016; es decir, que mantenían su vigencia, y de ellos cuáles formaban parte de la herramienta (Tabla 18).

Tabla 18. Comparación entre indicadores comunes al PFS 2004-2007 y PFS 2010-2016, incluidos en la herramienta de medición.

Indicadores que tienen en común el PFS 2004-2007 y el PFS 2010-2016	Indicadores de ambos Planes Federales de Salud incluidos en la herramienta
- mortalidad neonatal;	- mortalidad neonatal
- mortalidad postneonatal por causas reducibles;	
- mortalidad infantil;	- mortalidad infantil
- lactancia materna;	
- mortalidad en menores de 5 años;	
- prevalencia de anemia por déficit de hierro en menores de 2 años;	
- tasa de fecundidad en adolescentes;	- mortalidad materna
- mortalidad materna;	- sífilis congénita
- sífilis congénita;	
- control de la embarazada;	
- anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada; p	
- prevalencia de tabaquismo.	

Fuente: elaboración propia

Hay 12 indicadores del PFS 2004-2007 que se mantienen en el PFS 2010-2016, de los cuales cuatro están incluidos en la herramienta de medición. Con respecto a tabaquismo, como se mencionó anteriormente, la herramienta no contempla la prevalencia pero sí ciertos aspectos relacionados con la prevención y el control, como la existencia de una ley integral de control del tabaco y la oferta de servicios gratuitos de cesación. La herramienta incluye – además de los comunes a los dos planes federales, mencionados anteriormente - ocho indicadores, correspondientes directamente a metas del PFS 2010-2016, o asociados con ellas (Tabla 19).

Tabla 19: Metas del PFS 2010-2016 con indicadores contemplados en la herramienta

Metas del PFS 2010-2016	Indicadores herramienta
Salud de los niños y niñas	
Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil 36% con respecto al valor correspondiente al año 2007	2.4.3. Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad infantil, de manera progresiva, de acuerdo a las metas del Plan Federal
Salud de la mujer en relación al embarazo, parto y puerperio	
Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna por aborto del país disminuya en un 80% en relación con el valor correspondiente al año 2007	2.4.2. Disminuye la mortalidad por aborto (tasa de mortalidad por aborto). 2= Menor al año anterior 1= Igual al año anterior 0= Mayor al año anterior
Reducir la Tasa de Transmisión Vertical de VIH/SIDA al 3%	7.5.4. Las embarazadas VIH+ reciben profilaxis para la transmisión vertical
Alcanzar la notificación del 95% del total de casos de Chagas congénito estimados por año (1300)	2.5.1. Disminuye la transmisión vertical de Chagas
Salud del adulto y adulto mayor	
Mantener la letalidad por Dengue <1%.	2.5.2. Cumple con las metas anuales de vigilancia de dengue 5.5.2. Implementa un Plan de control de vectores (dengue, Chagas, etc.)
En relación a los factores de riesgo	
Certificar la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas en 16 provincias y consolidar las acciones para la interrupción de la transmisión vectorial en 5 provincias.	2.5.3. Cumple con las metas anuales de vigilancia de Chagas 5.5.2. VECTORES: Implementa un Plan de control de vectores (dengue, Chagas, etc.)
Lograr que el 100% de los casos de tuberculosis completen el tratamiento.	2.4.8. Porcentaje de pacientes bajo tratamiento DOTS

Fuente: elaboración propia

Si se consideran las políticas del PFS 2010-2016 en el marco de los ciclos de vida que éste plantea (salud de niños y niñas, salud de adolescentes, salud de la mujer en relación al embarazo, parto y puerperio, salud del adulto y del adulto mayor), se observa que la salud del adolescente es el único que no forma parte de la herramienta a

través de ningún tipo de indicador, sea de proceso, estructura o resultado (Ver tabla en Apéndice 3).

Con respecto a la salud infantil, la herramienta no incluye: i) la tasa de mortalidad infantil por malformaciones, ii y iii) las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal por causas reducibles, iv) lactancia materna, v) mortalidad en menores de 5 años, y vi y vii) prevalencia de obesidad y discapacidad mental en los primeros cuatro de vida. De estos siete indicadores no incluidos, cuatro se encuentran también en el PFS 2004-2007.

Entre los indicadores de salud materna que no figuran en la herramienta se destacan: prevalencia de VIH en mujeres embarazadas, control precoz en el embarazo, anemia por déficit de hierro en embarazadas y obesidad en mujeres de 10 a 49 años. De estos, sólo dos forman parte del plan federal anterior: los referidos a control en el embarazo y a anemia por déficit de hierro en embarazadas.

Entre los indicadores de salud del adulto y del adulto mayor que la herramienta no contempla se destacan todos los relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo: mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, mortalidad por lesiones de tránsito, mortalidad por cáncer cérvico-uterino, obesidad, consumo de sal, presión arterial, colesterol, consumo de alcohol, inactividad física, consumo de frutas y hortalizas, diabetes en adultos de más de 65 años y algunos relacionados a enfermedades transmisibles: mortalidad por VIH/SIDA, incidencia y mortalidad por tuberculosis e inmunización anti influenza en mayores de 65 años. Sin embargo, la herramienta contiene indicadores relacionados con estructura y procesos necesarios para la vigilancia de ECNT y lesiones (1.3.1, 1.3.2, 2.1.2, 2.1.4).

La herramienta no incluye indicadores relacionados con enfermedades zoonóticas y de transmisión vectorial que se encuentran en el PFS 2010-2016: rabia humana, equinocosis quística, leishmaniasis visceral y paludismo.

Además de este primer análisis de capacidad adaptativa respecto del PFS 2010-2016, se indagó en documentos del Proyecto FESP, destinado a fortalecer la implementación del PFS 2004-2007, para identificar indicadores de programas sanitarios que se miden en la actualidad.

Se encontró que la herramienta contiene otros diecisiete indicadores relacionados con políticas de distintos programas sanitarios del MSAL, que forman

parte del marco de evaluación del Proyecto FESP: (i) eliminación del sarampión; (ii) eliminación de la rubéola congénita; (iii) investigación de casos de sarampión; (iv) investigación de casos de rubéola; (v) investigación de casos de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH); (vi) incorporación de municipios a la Red de Municipios y Comunidades Saludables; (vii) implementación del Sistema de Seguimiento y Monitoreo de Insumos Sanitarios; (viii) informatización de efectores para la gestión de pacientes con VIH SIDA y ETS; (ix) equipos multidisciplinarios para promoción de la salud en las provincias; (x) supervisión de servicios de salud sexual locales; (xi) implementación del Plan para los Pueblos Indígenas, mediante articulación entre programas provinciales y nacionales; (xii) plan estratégico de promoción de la salud; (xiii) hospitales públicos con evaluación de habilitación categorizante; (xiv) autoevaluación y supervisión de los CAPS; (xv) supervisiones de farmacias; (xvi) supervisiones de vacunatorios; (xvii) planes para hospitales y protocolos de atención a población evacuada en caso de emergencia.

El Proyecto FESP finalizó en el año 2012, pero sus principales líneas estratégicas continúan a través del Proyecto FESP 2. Por ese motivo, no se observa que estos indicadores deban eliminarse para mejorar la capacidad adaptativa, sino todo lo contrario. Mantenerlos en la herramienta permitiría identificar la sustentabilidad de acciones de este tipo, una vez que se haya limitado un factor de financiamiento.

Se consultó a los programas involucrados con estos indicadores a los fines de identificar las reformulaciones necesarias. El primer encuentro fue con referentes de la Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización Sanitaria y la Dirección de Garantía de Calidad, que al conocer los resultados del análisis de validez de contenido de las FESP, sugirieron algunas modificaciones en las operaciones y los indicadores de las funciones 6 de Regulación y 9 de Garantía de Calidad. Además, mencionaron su interés por redefinir algunos indicadores que quedaron desactualizados a partir de los avances alcanzados en los últimos años –como los referidos a supervisión de farmacias y de servicios de salud sexual-, así como agregar otros que reflejen con mayor nivel de detalle las políticas de registro y sistematización de datos referidos a acreditación de especialidades médicas. Por otro lado, sugirieron pasar el indicador referido a evaluación de tecnologías sanitarias de la FESP 6 a la 9 y, por el contrario pasar de la FESP 9 a la 6 el indicador de registro de profesionales. Finalmente, desde la Dirección

plantearon la importancia de agregar a la FESP 9 indicadores de existencia de comité de ética en hospitales e implementación de listado de verificación (checklist) quirúrgico. Quedaron pendientes de análisis cuestiones ligadas a la seguridad de los pacientes.

También se realizó un encuentro con referentes del Instituto Nacional del Cáncer, un organismo que no existía al momento de la medición, y que ahora coordina la investigación, prevención y tratamiento de esa enfermedad en el país. De esa reunión surgió la necesidad de eliminar el indicador de registro de tumores, que por su definición operativa aceptaba cualquier nivel de desarrollo del registro, por otro referido a la implementación del registro hospitalario de tumores. Este nuevo indicador está relacionado con el desarrollo de la Red Nacional de Registros Hospitalarios de Cáncer en la Argentina, a través de la implementación de Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA) en todas las jurisdicciones

Otro aspecto de la capacidad adaptativa a tener en cuenta para la reformulación de la herramienta está dado por la necesidad de actualización de las metas de indicadores ligados al Plan Federal de Salud 2004-2007. En la herramienta, se tomó ese Plan como base para definir los estándares, que en el caso de indicadores de mortalidad tomaba como valor de referencia los datos de 2002. Si el Plan Federal de Salud 2010-2016 estuviera efectivamente vigente, sus metas y datos de referencia podrían tomarse como base para la reformulación, porque formarían parte de un acuerdo y un compromiso firmado por todas las provincias. Pero como esto no es así, surgen dudas acerca de cómo definir las metas de reducción de mortalidad materna, neonatal e infantil, por ejemplo. Esto es así porque frente a la enorme heterogeneidad entre las provincias, es importante definir estándares que planteen mejoras posibles de acuerdo con la situación de base.

A partir de la consulta realizada ante la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, que contó con la participación de la Directora y su equipo técnico, se acordó mantener el año 2002 como referencia para el descenso en la mortalidad materna, infantil y neonatal, en cuanto se trata de un plazo de diez años acorde para evaluar estrategias claves que fueron acordadas por todas las provincias y que inclusive se cuentan entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Asociación entre variables y consistencia interna

El test exacto de Fisher, que implicó cruces entre todas las variables que conforman cada una de las FESP, arrojó resultados dispares para cada una de ellas. En las FESP 4 de Participación y 7 de Promoción del acceso equitativo no hubo rechazo a la hipótesis nula de independencia entre las variables que las componen, ya que no se encontró ninguna asociación positiva. Entre los hallazgos, se destaca que en la FESP 11 fue donde se encontró mayor cantidad de asociaciones positivas, en cuanto la mayoría de los indicadores que la conforman presentaron asociación positiva con algún otro (Tabla 20). Las tablas de contingencia y los resultados del test se encuentran en el Apéndice 4.

Tabla 20. Asociaciones positivas entre indicadores, por cada FESP

FESP	Asociaciones positivas encontradas
1	1.1.1 y 1.1.2 (p=0,003)
	1.2.1 y 1.3.3 (p=0,046)
	1.2.1 y 1.5.1 (p=0,046)
	1.3.1 y 1.3.2 (p=0,030)
	1.3.1 y 1.3.2 (p=0,030)
2	2.4.1 y 2.4.4 (p=0,049)
	2.4.4 y 2.4.3 (p<.001)
	2.4.3 y 2.5.3 (p=0,052)
	2.4.4 y 2.5.1 (p=0,029)
	2.4.4 y 2.5.3: (p=0,047)
	2.5.1 y 2.4.6 (p=0,014)
3	3.1.2 y 3.1.3 (p=0,021)
	3.1.2 y 3.3.1 (p=0,039)
5	5.4.1 y 5.5.2 (p=0,036)
6	6.1.1 y 6.3.1 (p=0,40)
	6.2.2 y 6.2.5 (p=0,036)
	6.2.3 y 6.4.3 (p=0,036)
	6.3.1 y 6.4.3 (p=0,006)
8	8.1.2 y 8.2.1 (p=0,039)
	8.3.1 y 8.2.1 (p=0,021)

Tabla 20. Continuación

FESP	Asociaciones positivas encontradas
9	9.1.2 y 9.2.1 (p=,043)
10	10.1.2 y 10.1.1 (p=0,043) 10.1.2 y 10.2.1 (p=0,046)
11	11.1.1 y 11.4.1 (p=0,046) 11.1.1 y 11.5.2 (p=0,001) 11.2.1 y 11.3.1 (p=0,010) 11.2.1 y 11.4.1 (p=0,006) 11.2.1 y 11.5.1 (p=0,006) 11.3.1 y 11.4.1 (p=0,029) 11.3.1 y 11.6.1 (p=0,029) 11.4.1 y 11.5.1 (p=0,011) 11.4.1 y 11.5.2 (p=0,030) 11.5.1 y 11.5.2 (p=0,008).

Fuente: elaboración propia

Con la finalidad de identificar si algunas de estas asociaciones se deben a que los indicadores miden lo mismo, se realizó una lectura del contenido de los mismos, en busca de aspectos redundantes o posibles motivos de esta asociación.

En el caso de los indicadores 1.1.1 (Cuenta con sala de situación y la actualiza periódicamente) y 1.1.2 (Cuenta con una unidad de análisis de situación de salud que produce información de calidad y boletines periódicos), es posible que la redacción de muestra redundancia en cuanto ambos se refieren a estructuras relacionadas con la vigilancia de la salud y la producción de información para la toma de decisiones, aunque la unidad de análisis de situación de salud se distingue por su incorporación de la dimensión de la equidad en sus producciones.

Otro caso en el que el contenido muestra superposición entre dos indicadores, es el referido a la asociación entre 1.3.1 (Elabora y difunde informes sanitarios que incluyen indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo) y 1.3.2. (Publica periódicamente una compilación de datos sobre la mortalidad y morbilidad debidas a lesiones intencionales y no intencionales). Si bien la vigilancia de

lesiones se realiza a través del SIVILE (Sistema de Vigilancia de Lesiones)⁵ desde el año 2003, en general quienes sistematizan los datos son referentes de Enfermedades No Transmisibles, que a su vez producen los materiales relacionados con el indicador 1.3.1. En el Ministerio de Salud de la Nación, desde hace unos años el SIVILE dejó de depender de la Dirección de Epidemiología, para estar bajo la órbita de la Dirección de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades No Transmisibles. Ambos temas representan las mayores causas de muerte en jóvenes y adultos (47). Por lo expuesto, ambos indicadores podrían resumirse en uno solo que contemple la generación de al menos un informe anual relacionado con cada uno de estos temas.

En cuanto a la FESP 2, se observó que en la mayoría de los casos donde hubo asociación positiva, se debe a que esos indicadores expresan características de acceso a los sistemas de salud para atención y tratamiento, aunque no miden lo mismo. Por ejemplo en las siguientes asociaciones:

- indicadores 2.4.1 (Disminuye la mortalidad materna de acuerdo a las metas del Plan Federal) y 2.4.4 (Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad neonatal, de acuerdo a las metas del Plan Federal).

- indicadores 2.4.4 y 2.4.3 (Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad infantil, de manera progresiva, de acuerdo a las metas del Plan Federal).

Los indicadores 2.5.1 (Disminuye la transmisión vertical de Chagas) y 2.4.6 (Disminuye progresivamente los casos de sífilis congénita de acuerdo a las metas el Plan Federal) expresan el acceso a tratamientos y control de las embarazadas, ya que ambos implican la detección de la enfermedad en el embarazo de la madre, para realizar un tratamiento que permita reducir los riesgos para el bebé y la mujer (en el caso de la sífilis congénita), y para realizar detección de la enfermedad y tratamiento en el recién nacido.

En cuanto a la FESP 3, la asociación positiva entre los indicadores 3.1.2 (Cuenta con equipos multidisciplinarios para promoción de la salud) y 3.3.1 (Articula con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, para impulsar políticas que contribuyan a la promoción de la salud), no implica que miden lo mismo o se

⁵ El SIVILE está conformado por un conjunto de Unidades Centinelas localizadas en diferentes provincias del país, ubicadas mayormente en guardias de hospitales y servicios de emergencia. Cada una de estas unidades provee de manera continua información, con un alto nivel de detalle, de los aspectos más relevantes de las lesiones por causas externas. Más información:
http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-09_sivile-baja.pdf

superponen, sino que la existencia de equipos y estructuras para la promoción de la salud permite o facilita la generación de acuerdos con otros sectores.

Otros casos de asociaciones entre indicadores de procesos con otros de estructuras capaces de llevarlos a cabo son los siguientes:

-indicadores 6.1.1 (El ministerio cuenta con personal capacitado en Evaluación de tecnologías sanitarias por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica) y 6.3.1 (La autoridad sanitaria provincial fiscaliza el cumplimiento de normas sanitarias de control de calidad de los servicios y utilización de tecnologías sanitarias aprobadas de acuerdo a los lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de la atención médica).

-indicadores 8.1.2. (Posee mecanismos legales y administrativos que facilitan la contratación del personal capacitado por la Provincia) y 8.2.1. (Cuenta con un área responsable de la planificación para el desarrollo y capacitación de los recursos humanos de salud).

- indicador 8.3.1 (El personal del Ministerio con contrato temporario no supera el 30% del total de trabajadores.) y 8.2.1.

Con respecto a la FESP 11, se encontró asociación positiva en varios cruces entre variables. A continuación se describen aquellos casos en los que se encontró relación o complementariedad entre las estrategias medidas por los indicadores, para dar cuenta de diferentes dimensiones referidas a la ejecución de planes de contingencia.

- indicadores 11.1.1 (Cuenta con planes para hospitales y protocolos de atención a población evacuada y de reducción de los riesgos en caso de emergencia) y 11.4.1. (Brinda asistencia financiera y/o RRHH para la implementación de planes de contingencia para afrontar las consecuencias de emergencias y desastres).

-indicadores 11.1.1 y 11.5.2. (Realiza mapeo de recursos para facilitar las intervenciones en casos de emergencias).

- indicadores 11.2.1 y 11.4.1. (Brinda asistencia financiera y/o RRHH para la implementación de planes de contingencia para afrontar las consecuencias de emergencias y desastres).

- indicadores 11.2.1 y 11.5.1. (Realiza mapeo de riesgos por localidad).

En el caso de la asociación entre los indicadores 11.3.1 y 11.4.1, la asociación positiva puede estar expresando cierta redundancia con respecto a las contribuciones para enfrentar emergencias y desastres.

Las pruebas realizadas con los test Kuder Richardson 20 y Alpha de Cronbach para consistencia interna, arrojaron resultados que resulta interesante contrastar con los análisis de asociación entre variables mediante test de Fisher. A los efectos del análisis relacionado con este instrumento, a continuación se presentará sólo un resumen de los resultados de los test para cada función (tabla 21); las tablas de correlación entre las variables se encuentran en el Apéndice 4.

Tabla 21. Medidas de consistencia interna para cada una de las FESP, mediante test Kuder Richardson 20 / Alpha de Cronbach^a

FESP	Alfa de Cronbach ^b	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados ^c	Nº de elementos
1	,622	,596	8
2	,711	,714	16 ^d
3	,466	,523	8
4	,458	,439	8
5	,288	,385	7
6	,692	,699	11
7	,522	,518	11
8	,522	,474	10
9	,482	,498	5
10	,628	,631	7
11	,825	,827	8

Fuente: elaboración propia.

a. al tratarse del mismo tipo de test para variables dicotómicas y continuas, el programa SPSS versión 18 reporta el resultado como Alpha de Cronbach, pero en los casos de variables dicotómicas se refiere en realidad al test Kuder Richardson 20.

b. según las covarianzas entre los ítems.

c. considera las correlaciones entre los ítems.

d. el sistema excluyó de su análisis los ítems con varianza cero, por lo que el cálculo de consistencia interna se realizó sólo sobre 16 de 21 indicadores para esta FESP.

Es interesante observar que a pesar de las dificultades planteadas anteriormente para aplicar este test, los valores de algunas funciones fueron relativamente altos, como

en el caso de las FESP 2, 6 y 10, mientras que en el caso de la FESP 11 superó el valor de 0,8, considerado como adecuado para dar cuenta de la consistencia interna y, por lo tanto de fiabilidad. Esas fueron las mismas funciones que mostraron mayor cantidad de asociaciones positivas entre sus ítems, mediante el Test Exacto de Fisher. También resulta llamativo el valor bajo obtenido en la FESP 5.

De todos modos, se reitera la necesidad de analizar con mayor profundidad estos resultados, en función de las limitaciones antes planteadas –sobre todo la referida al tamaño de la muestra-, para no sacar conclusiones apresuradas que podrían resultar erróneas.

Análisis de ponderaciones

En el análisis de las ponderaciones resulta adecuado considerar que en muchos casos las mismas se consensuaron con referentes de programas nacionales, y que la asignación del peso relativo tiene un componente subjetivo importante, en cuanto se relaciona con cuestiones ideológicas, teóricas y políticas acerca de la relevancia de determinadas estructuras, procesos y resultados, y de lo que debería ser realizado y de qué modo, para alcanzar qué tipo de fines y objetivos.

En este apartado se presenta una serie de tablas con los indicadores de cada FESP, ordenados de mayor a menor según su valor de ponderación y peso relativo, además de observaciones acerca de su relación o no con políticas priorizadas y con la definición de la FESP (tablas 22 a 32). A continuación de las tablas se presenta una sistematización con las principales conclusiones de esta actividad.

Tabla 22. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 1.

ACCIONES/INDICADORES	VP^a	PR^b	OBSERVACIONES
1.1.1 Cuenta con sala de situación y la actualiza periódicamente	2	25	Estos dos indicadores no forman parte del PFS, pero están relacionados con una de las dimensiones de la definición conceptual de esta FESP.
1.1.2. Cuenta con una unidad de análisis de situación de salud que produce información de calidad y boletines periódicos	2	25	

Tabla 22. Continuación

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
1.2.1. Porcentaje de efectores del sector público de la provincia informatizados	1	12,5	
1.5.1. Existen instancias periódicas para la evaluación de la calidad del sistema de vigilancia	1	12,5	
1.3.1. Elabora y difunde informes sanitarios que incluyen indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer y diabetes)	0,5	6,25	
1.3.2. Publica periódicamente una compilación de datos sobre la mortalidad y morbilidad debidas a lesiones intencionales y no intencionales.	0,5	6,25	
1.3.3. Recopila, sistematiza y difunde datos sobre salud mental, (demencia, trastornos motores, abuso de sustancias).	0,5	6,25	
1.4.1. Realiza reporte anual de estadísticas vitales	0,5	6,25	

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 23. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 2

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
2.4.1. Disminuye la mortalidad materna de acuerdo a las metas del Plan Federal	3	14,29	Política priorizada en el PFS 2004-2007 y 2010-2016
2.4.2. Disminuye la mortalidad por aborto (tasa de mortalidad por aborto).	3	14,29	Política priorizada en el PFS 2004-2007 y 2010-2016
2.4.3. Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad infantil, de manera progresiva, de acuerdo a las metas del Plan Federal	3	14,29	Política priorizada en el PFS 2004-2007 y 2010-2016
2.4.4. Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad neonatal, de acuerdo a las metas del Plan Federal	2	9,52	

Tabla 23. Continuación

ACCIONES/ INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
2.4.7. Logran coberturas del 95% en las cuatro vacunas básicas del Calendario Nacional de Vacunación (en menores de 1 año) en al menos el 70% de los Departamentos	2	9,52	Política priorizada en el PFS 2004-2007 y 2010-2016
2.2.1. Investiga el 100% de los casos de sarampión notificados	1	4,76	
2.3.1. Logra y mantiene la eliminación de casos autóctonos de sarampión	1	4,76	
2.3.2. Logra y mantiene la eliminación de casos de rubéola congénita	1	4,76	
2.4.6. Disminuye progresivamente los casos de sífilis congénita de acuerdo a las metas el Plan Federal	1	4,76	Política priorizada en el PFS 2004-2007
2.4.5. Logró la eliminación del tétanos neonatal en la Provincia	0,5	2,38	
2.4.8. Porcentaje de pacientes bajo tratamiento DOTS	0,5	2,38	
2.5.1. Disminuye la transmisión vertical de Chagas	0,5	2,38	
2.5.2. Cumple con las metas anuales de vigilancia de dengue	0,5	2,38	
2.5.3. Cumple con las metas anuales de vigilancia de Chagas	0,5	2,38	
2.1. 1. Índice de evaluación del Sistema de vigilancia menor a 3	0,25	1,19	
2.1.2. Cuenta con un referente para la vigilancia de Enfermedades No Transmisibles	0,25	1,19	
2.2.2. Investiga el 90% o más de los casos de rubeola notificados	0,25	1,19	
2.2.3. Investiga el 90% o más de los casos de SUH notificados	0,25	1,19	
2.6.1. Cuenta con una red de laboratorios capaces de apoyar la vigilancia e investigaciones epidemiológicas	0,25	1,19	
2.1.3. Implementa registro de tumores	0,125	0,60	
2.1.4. Implementa Unidad Centinela de lesiones	0,125	0,60	

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 24. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 3

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
3.1.4. La provincia ha cumplido con la meta de incorporación de municipios como miembros titulares o adherentes al Programa de Municipios Saludables (según compromisos FESP, metas anuales)	2	25	Indicador relacionado con una meta del Ministerio de Salud, no presente en el PFS.
3.2.1. Cuenta con ley provincial de control del tabaco.	2	25	Estrategia ligada indirectamente con metas de reducción de tabaquismo de PFS.
3.1.1. Cuenta con una formulación escrita de su política de promoción de la salud (plan estratégico de promoción de la salud)	1	12,5	
3.1.6. Desarrolla la estrategia de escuelas promotoras de salud en el territorio provincial	1	12,5	
3.1.2. Cuenta con equipos multidisciplinarios para promoción de la salud	0,5	6,25	
3.1.3. Posee una formulación escrita de su plan de prevención de adicciones	0,5	6,25	
3.1.5. La provincia ha realizado al menos una campaña de comunicación para promover hábitos saludables, en el último año	0,5	6,25	
3.3.1. Articula con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, para impulsar políticas que contribuyan a la promoción de la salud (acuerdos con productores de alimentos, medidas impositivas, políticas de vivienda, infraestructura para actividad física, etc.)	0,5	6,25	

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 25. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 4

ACCIONES/ INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
4.1.1. El ministerio brinda servicios gratuitos de consulta para los ciudadanos con información de prevención de enfermedades y asesoramiento en derechos	2	25,00	Estos indicadores se relacionan más con el acceso a la información como condición previa o necesaria para la participación social.
4.1.3. Los servicios de salud individuales y colectivos hacen públicos los resultados de la habilitación categorizante	2	25,00	
4.1.2. Realiza un análisis del N° de consultas a las líneas telefónicas gratuitas de información.	1	12,50	
4.2.1. El ministerio fomenta la participación comunitaria mediante la conformación de consejos locales o mesas de trabajo intersectorial	1	12,50	Estos indicadores son más acordes a la definición de participación comunitaria y a la implementación de
4.2.2. Los programas priorizados incluyen un componente de participación social en salud en sus planes y proyectos anuales.	0,5	6,25	diferentes estrategias para promoverla o fortalecerla, por lo que deberían revisarse las ponderaciones de esta FESP.
4.2.3. Estimula la conformación de grupos de pares y de asociaciones de personas afectadas y familiares, usuarios y /o beneficiarios (N° de grupos que funcionan en hospitales o espacios facilitados por el sistema de salud provincial)	0,5	6,25	
4.3.1. Cuenta con un porcentaje del presupuesto destinado al desarrollo de proyectos de salud pública realizados por organizaciones de la sociedad civil	0,5	6,25	
4.4.1. Ha desarrollado al menos una capacitación en participación social en salud destinada a equipos locales de salud, en el último año	0,5	6,25	

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 26. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 5

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
5.2.1. La provincia tiene implementado el Sistema de Seguimiento y Monitoreo de Insumos para los programas de Sangre, TBC y PAI	2	22,2	Se trata de herramientas de promovidas desde el Ministerio, que buscan mejorar la eficacia en la gestión de insumos, por un lado, y la sistematización de la información para articular registros federales en una misma plataforma tecnológica.
5.2.2. % de los efectores incorporados al Sistema de Información Sanitario Argentino (SIISA) con página general completa (80%)	2	22,2	
5.1.1. El ministerio difunde y publicita sus políticas de salud y los consensos alcanzados con otros actores, en el marco de CORESA, COFESA y otros espacios de gestión multisectoriales, a través de su página web y otros medios de comunicación	1	11,1	Debería analizarse la necesidad de reformular estas ponderaciones para otorgar más peso a estructuras o capacidades en planificación, el otro componente de esta función.
5.4.1. El ministerio cuenta con un área o equipo específico de planificación estratégica y evaluación de las políticas.	1	11,1	
5.5.1. SANGRE: Tiene un programa de donación voluntaria, que ha realizado al menos tres colectas durante el último año	1	11,1	
5.5.2. VECTORES: Implementa un Plan de control de vectores (dengue, Chagas, etc.)	1	11,1	
5.5.3. VIH- SIDA: informatización de los efectores para la correcta gestión de pacientes con VIH SIDA y ETS.	0,5	5,6	
5.3.1. El ministerio cuenta con convenios con organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y otros organismos gubernamentales, para fortalecer la implementación de políticas sanitarias	0,25	2,8	
5.5.4. Implementa el Plan para los Pueblos Indígenas, mediante articulación entre programas provinciales y nacionales	0,25	2,8	

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 27. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 6

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
6.2.1. Cuenta con hospitales públicos provinciales con habilitación categorizante aprobada por el Programa según Res. 1262/06 y normativas complementarias	3	25,0	Se trata de una política priorizada por la Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización Sanitaria.
6.1.1. El ministerio cuenta con personal capacitado en Evaluación de tecnologías sanitarias por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica	2	16,7	Relacionado con meta del PFS 2004-2007
6.3.1. La autoridad sanitaria provincial fiscaliza el cumplimiento de normas sanitarias de control de calidad de los servicios y utilización de tecnologías sanitarias de acuerdo a lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de la atención médica	1	8,3	
6.4.3. La provincia adhiere a la Ley 26529 sobre Derechos de los pacientes y Consentimiento Informado	1	8,3	
6.5.1. El área de salud ambiental articula con dependencias provinciales y municipales de ambiente para promover el cumplimiento de las legislaciones relacionadas con determinantes ambientales sobre la salud	1	8,3	
6.6.1. Tiene un Registro de Instituciones de salud generadoras de residuos peligrosos	1	8,3	
6.2.2. Cumple con las acciones de autoevaluación y supervisión de los CAPS	0,5	4,2	También forma parte de estrategias priorizadas por la DNRyFS.
6.2.3. Implementa supervisión de farmacias	0,5	4,2	
6.2.4. Cuenta con servicios de salud sexual locales supervisados	0,5	4,2	
6.2.5. Cuenta con servicios de vacunatorios supervisados	0,5	4,2	
6.4.1. La Provincia adhiere a la Ley Nacional 25.649 de Prescripción de medicamentos por su nombre genérico; de lo contrario, tiene leyes provinciales o normas relacionadas.	0,5	4,2	Están asociados a una de las políticas claves del PFS 2004-2007, pero son los de menor ponderación de esta FESP.
6.4.2. Porcentaje de las recetas se prescriben por nombre genérico.	0,5	4,2	

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 28. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 7

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
7.1.1. Mantuvo o incrementó la cobertura del Plan Nacer, a partir de la implementación de la Asignación Universal por Hijo en la Provincia	2	18,18	Está asociado a una política estratégica del gobierno nacional, relativamente reciente al momento de diseñar la herramienta. Es probable que sea necesario actualizar ese indicador.
7.5.5. Cuenta con una red de servicios gratuitos de cesación tabáquica en efectores de la provincia.	2	18,18	Está asociado a una medida clave para reducir la prevalencia de tabaquismo, una meta de ambos PFS.
7.2.2. Cuenta con establecimientos de Atención Primaria o CAPS con horarios extendidos	1	9,09	
7.5.1. Facilita el acceso al diagnóstico de TBC, a través de efectores de segundo y tercer nivel que realizan baciloscopías	1	9,09	
7.5.2. Facilita el acceso al tratamiento de los pacientes diagnosticados VIH (Al menos el 95% de los pacientes diagnosticados con VIH/sida reciben tratamiento antirretroviral.)	1	9,09	Se trata de un indicador de resultado ligado al acceso a tratamientos, por lo que se debería considerar que tenga un peso relativo mayor.
7.5.3. Implementa los Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo para VIH, de acuerdo a las metas acordadas en el compromiso de gestión anual	1	9,09	
7.5.4. Las embarazadas VIH+ reciben profilaxis para la transmisión vertical (Al menos el 95% de las embarazadas VIH+)	1	9,09	Indicador de resultado ligado al acceso a tratamientos, por lo que se debería considerar que tenga un peso relativo mayor.
7.2.1. Facilita a los gobiernos locales herramientas y asistencia técnica para fortalecer la APS	0,5	4,55	
7.2.3. Posee Centros de Atención Primaria habilitados con vacunas	0,5	4,55	
7.3.1. Facilita el acceso de la población a la contracepción quirúrgica.	0,5	4,55	
7.4.1. Los efectores provinciales cuentan con disponibilidad regular de insumos anticonceptivos	0,5	4,55	Es una meta del PFS 2004-2007, debería considerarse también el peso relativo de este indicador.

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 29. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 8

ACCIONES/ INDICADORES	VP	PR	OBSERVACIONES
8.4.1. El ministerio brinda educación continua y capacitaciones en servicios con recursos propios	2	20	Está ligado a una dimensión de esta FESP, como es la capacitación.
8.1.1. En la provincia hay una Ley de Residencias médicas actualizada y reglamentada	1	10	
8.1.2. Posee mecanismos legales y administrativos que facilitan la contratación del personal capacitado por la Provincia	1	10	
8.2.1. Cuenta con un área responsable de la planificación para el desarrollo y capacitación de los recursos humanos de salud.	1	10	
8.3.2. % de médicos comunitarios formados en la Provincia que fueron incorporaron a planta	1	10	
8.4.2. El ministerio tiene en vigencia acuerdos formales e informales con instituciones académicas para permitir el acceso a educación continua	1	10	Los indicadores referidos a capacitación son al menos cuatro. Debería considerarse el peso que tiene la capacitación en esta FESP, y redefinir las ponderaciones para que se contemplen también estructuras y procesos ligados a planificación, acreditación de profesionales y modalidades de contratación.
8.5.1. La provincia realiza eventos o jornadas interdisciplinarias destinadas a promover el abordaje multicultural (plazo anual)	1	10	
8.5.2. Realiza capacitaciones conjuntas con Programas Nacionales	1	10	
8.2.2. Cuenta con comité que realiza definición y cálculo de planteles hospitalarios de acuerdo a normativas vigentes	0,5	5	
8.3.1. El personal del Ministerio con contrato temporario no supera el 30% del total de trabajadores.	0,5	5	

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 30. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 9

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
9.1.1. Cuenta con un área de fiscalización que incorpora indicadores de calidad en la supervisión de los servicios de salud	1,75	35	La baja cantidad de indicadores en esta FESP hace que con sólo cumplir los tres primeros indicadores, la provincia tenga 80 puntos (desempeño bueno).
9.1.2. Cuenta con un Registro de profesionales de la salud que ejercen en la Provincia, y fiscaliza la acreditación de especialidades	1,5	30	
9.2.1. Tiene y difunde guías de práctica clínica y protocolos de atención elaborados por la Dirección de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación, Programas Nacionales y Provinciales, sociedades científicas	0,75	15	Al incorporar indicadores referidos a dimensiones no contempladas de esta función (como evaluación de tecnologías sanitarias), será necesario reformular las ponderaciones.
9.3.1. Cuenta con servicios que aplicaron encuestas de satisfacción a usuarios durante los últimos 24 meses	0,5	10	
9.3.2. Se realizan análisis de esas encuestas a fin de mejorar la oferta de servicios	0,5	10	

Fuente: Elaboración propia.
^aValor ponderación
^bPeso relativo

Tabla 31. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 10

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
10.1.2. Cuenta con registro provincial de investigaciones para la salud	2	28,57	Está ligado a una de las dimensiones conceptuales de esta FESP, pero no aparece en los PFS, al igual que el resto.
10.1.1. Realiza un relevamiento de prioridades en salud, a fin de armar una agenda de investigación para la provincia.	1	14,29	

Tabla 31. Continuación

ACCIONES/INDICADORES	VP^a	PR^b	OBSERVACIONES
10.2.1. El ministerio ha financiado, en el último año / últimos 12 meses, algún proyecto de investigación acerca de problemas relevantes para la salud pública	1	14,29	
10.3.1. Desarrolla estrategias de promoción de uso de resultados de investigaciones, destinadas a funcionarios y equipos de salud.	1	14,29	
10.4.2. Existen Comités de Bioética o de Ética en Investigación, que desarrollen funciones educativa, consultiva, normativa y de revisión de investigaciones, incorporando la dimensión ética para el diseño, gestión y evaluación de las políticas sociales en el ámbito de la Salud Pública.	1	14,29	
10.2.2. El ministerio cuenta con un área orientada al desarrollo y financiamiento de investigaciones para la salud	0,5	7,14	
10.4.1. Tiene en vigencia convenios de colaboración con universidades, sociedades científicas e instituciones para participar de investigaciones o contribuir a su desarrollo y/o recibir capacitación en investigación	0,5	7,14	

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Tabla 32. Observaciones acerca de las ponderaciones de indicadores de la FESP 11

ACCIONES/INDICADORES	VP ^a	PR ^b	OBSERVACIONES
11.1.1. Cuenta con planes para hospitales y protocolos de atención a población evacuada y de reducción de los riesgos en caso de emergencia	2,75	34,38	Estos dos indicadores forman parte de estrategias priorizadas desde el Ministerio de Salud y fortalecidas desde el Proyecto FESP.
11.3.1. Capacita periódicamente al personal de salud para actuar ante situaciones de emergencia y desastres	1,25	15,63	
11.2.1. Tiene en vigencia convenios con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales para actuar en forma conjunta ante emergencias y desastres	1,00	12,50	
11.3.2. Realiza periódicamente ejercicios de simulacros para situaciones de desastres	1,00	12,50	
11.4.1. Brinda asistencia financiera y/o RRHH para la implementación de planes de contingencia para afrontar las consecuencias de emergencias y desastres	0,50	6,25	
11.5.1. Realiza mapeo de riesgos por localidad	0,50	6,25	
11.5.2. Realiza mapeo de recursos para facilitar las intervenciones en casos de emergencias	0,50	6,25	
11.6.1. Controla la sanidad de las fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional y las acciones sanitarias de control y prevención en el ámbito del tránsito inter jurisdiccional	0,50	6,25	Es un indicador cuestionado por algunas provincias, debido a su falta de pertinencia. Su reemplazo por otro también podría afectar al resto de las ponderaciones.

Fuente: Elaboración propia.

^aValor ponderación

^bPeso relativo

Como puede observarse, cada FESP presenta aspectos particulares respecto de las ponderaciones, y claramente el número de indicadores que conforma cada una de ella afecta la distribución de los pesos relativos de un modo que hace difícil la comparación. Si se tomara de cada función sólo los dos indicadores con mayor peso

relativo, se encontraría que en las FESP 1, 3, 4 y 11, éstos representan el 50% del puntaje total de esa función. En cambio, en la FESP 2 aportan el 28,6% del puntaje de esa función, en la FESP 5 el 44%, en la FESP 6 el 41,7%, en la FESP 7 el 36,36%, en la FESP 8 el 30%, en la FESP 9 el 65% y en la FESP 10 el 42,8%.

De la información presentada en las tablas precedentes, también surge que en las funciones que contemplan indicadores relacionados con el PFS 2004-2007 (2, 6 y 7), éstos son los de mayor peso relativo, con algunas excepciones que se describen a continuación.

En el caso de la FESP 2, sobre un total de 22 indicadores, los cinco que tienen mayor peso relativo están relacionados con políticas priorizadas en el PFS 2004-2007, y su cumplimiento explica el 62% del puntaje de esta FESP. En esta función hay otro indicador relacionado con políticas priorizadas en el mencionado PFS, pero no se encuentra entre los de mayor ponderación, y es el referido a la disminución progresiva de los casos de sífilis congénita. La gran cantidad de indicadores que forman parte de esta FESP hace que se diluyan los pesos relativos, y que haya algunos que por sus ponderaciones muy bajas aporten pocos puntos al puntaje total –cinco indicadores aportan 1,2 puntos y otros dos 0,6 puntos sobre un total de 100-.

En la FESP 6, con 12 indicadores, el de mayor peso relativo representa el 25% del puntaje total, y el que le sigue, con 16,7 puntos, es el referido la existencia de personal capacitado en evaluación de tecnologías sanitarias. En esta FESP hay otros dos indicadores relacionados con políticas priorizadas por el mencionado PFS, pero el cumplimiento de ambos representa sólo 8 puntos sobre un total de 100.

En cuanto a la FESP 7, sobre un total de 11 indicadores, los dos de mayor peso relativo tienen 18,8 puntos cada uno, y están relacionados con el aumento de cobertura a partir de la Asignación Universal por Hijo y la existencia de una red de servicios de cesación tabáquica. En esta FESP hay otro indicador que forma parte del PFS (disponibilidad regular de insumos anticonceptivos en efectores provinciales), pero integra un grupo de cuatro indicadores que tienen el menor peso relativo de esta función, con 4,55 puntos sobre un total de 100.

En el resto de las funciones, los indicadores de mayor peso relativo están ligados a las definiciones conceptuales de esas funciones o a ejes priorizados por programas sanitarios nacionales. Ése es el caso específicamente de las FESP 1, 3, 5, 8, 10 y 11.

La FESP 1 está conformada por ocho indicadores, y los dos de mayor ponderación son los referidos a la existencia de una sala de situación y de una unidad de análisis de situación de salud. La FESP 3 también cuenta con ocho indicadores, de los cuales los dos de mayor ponderación son los relacionados con la meta de incorporación de municipios como miembros titulares o adherentes al Programa de Municipios Saludables y la existencia de una ley provincial de control del tabaco.

La FESP 5 cuenta con 9 indicadores; de ellos, los dos de mayor peso relativo están ligados con herramientas promovidas desde el Ministerio, como el Sistema de Seguimiento y Monitoreo de Insumos y el Sistema de Información Sanitaria Argentino. Con respecto a la FESP 8, de los diez indicadores que la conforman hay uno que se destaca por su mayor peso relativo, de educación continua y capacitaciones en servicios, con un peso relativo de 20, que no forma parte de los PFS pero sí de las dimensiones claves de esta FESP.

En cuanto a la FESP 10, de los siete indicadores que la conforman hay uno que tiene mayor peso relativo, y que aporta cerca de 30 puntos, referido al registro provincial de investigaciones para la salud. El mismo no se encuentra dentro de los documentos revisados como política priorizada, pero forma parte de las líneas estratégicas de la Comisión Nacional Salud Investiga⁶.

La FESP 11 está formada por 8 indicadores; el de mayor peso relativo, que aporta más de 34 puntos, está referido a los planes para hospitales y protocolos de atención a población evacuada y de reducción de los riesgos en caso de emergencia, y está relacionado con una de las estrategias de intervención priorizadas por la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, con apoyo del Proyecto FESP.

Finalmente, es preciso señalar algunas particularidades con respecto a las FESP 4 y 9. En el caso de la 4, de los 8 indicadores que la conforman los dos con mayor peso relativo aportan el 50% del puntaje pero no se relacionan con la definición de la FESP ni con políticas priorizadas. Hay otro ligado a la participación comunitaria más específicamente (conformación de consejos locales / mesas de trabajo intersectorial), pero que tiene un peso relativo intermedio (no es el más alto ni el menor).

⁶ La Comisión Nacional Salud Investiga depende administrativamente de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación, bajo la órbita de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación. Su propósito es promover, fortalecer, desarrollar, y orientar la investigación en salud, siendo de su competencia la coordinación, evaluación y financiamiento de la misma.

Con respecto a la FESP 9, la baja cantidad de indicadores que incluye (sólo 5) hace que un solo indicador aporte el 35% del puntaje y que con sólo cumplir los tres primeros, la provincia tenga 80 puntos (desempeño bueno). Si se incorporaran indicadores referidos a dimensiones no contempladas de esta función (como evaluación de tecnologías sanitarias), será necesario reformular las ponderaciones y posiblemente se mejore la distribución de los pesos relativos.

Pertinencia y relevancia de los indicadores

Como resultado del análisis de informes de talleres, consultas a la mesa de ayuda y respuestas a encuestas, se encontraron cuestionamientos a 24 indicadores, sobre un total de 107 que conforman la herramienta. Como se verá a continuación, algunos recibieron más de un cuestionamiento. Los resultados de este análisis fueron volcados en tablas de acuerdo a las categorías definidas, a los efectos de ser más claros y concisos en el análisis (Tabla 33).

Tabla 33. Indicadores que recibieron cuestionamientos por no ser pertinentes

Nº de indicador	Cuestionamiento realizado
1.2.1. Porcentaje de efectores del sector público de la provincia informatizados.	No corresponde solicitar conectividad en provincias donde el acceso a internet es dificultoso en algunas zonas (crítica presentada por 2 provincias).
2.1.2. Cuenta con un referente para la vigilancia de ENT	La provincia no cuenta con el medio de verificación propuesto, dado que es política de la gestión no sectorizar, sino realizar un trabajo intersectorial.
2.4.1 y 2.4.2: indicadores referidos a mortalidad materna	Un aumento de estos indicadores puede ser explicado por la mejora de la vigilancia y calidad del dato (política de la gestión).
2.4.7. Logran coberturas del 95% en las cuatro vacunas básicas del Calendario Nacional de Vacunación (en menores de 1 año) en al menos el 70% de los Departamentos	Medir por los resultados (prevalencia de enfermedades inmunoprevenibles) y no por cobertura.
2.5.1. Disminuye la transmisión vertical de Chagas	El mejor control de embarazo puede derivar en una mayor detección de Chagas congénito. 1) Tomar como indicador “micro stout positivo/ total de tratamientos realizados”.

Tabla 33. Continuación

N° de indicador	Cuestionamiento realizado
2.5.1. Disminuye la transmisión vertical de Chagas	<p>2) Dado que se espera que las jurisdicciones sensibilicen la búsqueda de casos, es esperable que el n° de casos no sea siempre menor que el año anterior. Además, la situación concreta de la provincia, donde la inmigración es muy fuerte, la posiciona en una situación de desventaja al momento de erradicar o disminuir la transmisión vertical de esta enfermedad.</p> <p>Los profesionales de una provincia han propuesto como indicador más pertinente para esta enfermedad, uno relacionado con la búsqueda intensificada de casos.</p>
2.6.1. Cuenta con una red de laboratorios capaces de apoyar la vigilancia e investigaciones epidemiológicas	<p>Mide estructura y no cómo verdaderamente funciona el sistema (si es oportuno, regular, etc.). Dada la realidad de la provincia, donde se cumple con el indicador del 80% o más de los laboratorios incorporados al SIVILA, se propone medir cómo funciona la notificación de laboratorio (indicador de proceso o incluso, resultado).</p>
5.5.3. VIH- SIDA: informatización de los efectores para la correcta gestión de pacientes con VIH SIDA y ETS.	<p>Se criticó la pertinencia de este indicador por no haber sido iniciado por el programa nacional de SIDA la informatización de efectores. No podría evaluarse el cumplimiento a nivel provincial si no se desarrolló a nivel nacional.</p>
5.5.4. Implementa el Plan para los Pueblos Indígenas, mediante articulación entre programas provinciales y nacionales	<p>El criterio de cumplimiento de este indicador -la provincia cumple con los compromisos anuales estipulados para la salvaguarda (implementa el PPI)- representa una evaluación laxa del trabajo con los pueblos indígenas. Además de la implementación del PPI se deberían evaluar los resultados del mismo.</p>
8.1.1. En la provincia hay una Ley de Residencias médicas actualizada y reglamentada	<p>No es pertinente medir que la ley esté reglamentada ya que con que sólo esté sancionada ya genera derecho.</p>
8.1.2. Posee mecanismos legales y administrativos que facilitan la contratación del personal capacitado por la Provincia	<p>La provincia propuso como alternativa tomar la relación entre n° de vacantes en la provincia/ n° de contratos.</p>

Tabla 33. Continuación

N° de indicador	Cuestionamiento realizado
8.3.2. Porcentaje de médicos comunitarios formados en la Provincia incorporados a planta	En las primeras cohortes, varios de los médicos formados por el posgrado ya pertenecían a la planta del sistema provincial.
9.1.2. Cuenta con un Registro de profesionales de la salud que ejercen en la Provincia , y fiscaliza la acreditación de especialidades	En una provincia, la mencionada facultad está delegada a los colegios profesionales por ley.
11.6.1. Controla la sanidad de las fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional y las acciones sanitarias de control y prevención en el ámbito del tránsito inter jurisdiccional	Los profesionales provinciales indicaron que en las fronteras puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional la obligación del control sanitario pertenece al nivel nacional y no se encuentra delegada en las provincias.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 34. Indicadores cuestionados por las provincias debido a deficiencias en su formulación

N° de indicador	Cuestionamiento realizado
1.1.1 Cuenta con sala de situación y la actualiza periódicamente	No es adecuado exigir informes mensuales. La sala está funcionando pero no realiza un reporte mensual, sino que la periodicidad depende de la coyuntura.
1.5.1. Existen instancias periódicas para la evaluación de la calidad del sistema de vigilancia	Se preguntó por la planilla o estándar para evaluar la calidad del dato. Si la Dirección de Epidemiología nacional implementa una planilla de supervisión de nodos, se podrá agregar en mediciones futuras el uso de esta planilla.
2.4.3. Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad infantil, de manera progresiva, de acuerdo a las metas del Plan Federal	Es un indicador duro, planteado con una visión lineal. Debería ser logarítmica.
2.4.7. Logran coberturas del 95% en las cuatro vacunas básicas del Calendario Nacional de Vacunación (en menores de 1 año) en al menos el 70% de los Departamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Separar en dos grupos de edad. Menores de 1 año y 1 año. - Hay departamentos limítrofes a la capital en los que la mayoría de los nacimientos se realizan en capital, por lo cual no cumple con el indicador 2.4.7 como lo diseñaron. - Dice las 4 vacunas al año y no aclara si es justo al año o debe incluir las dosis de los 18 meses.

Tabla 34. Continuación

N° de indicador	Cuestionamiento realizado
2.4.8. Detección de casos de TBC	<p>En dos talleres plantearon la dificultad para construir el numerador/denominador, especialmente medir la cantidad de sintomáticos respiratorios con baciloscopia realizada (identificación de casos).</p> <p>Se modificó el indicador por el acceso a tratamiento DOTS a los pacientes con baciloscopia positiva.</p>
5.2.1. La provincia tiene implementado el Sistema de Seguimiento y Monitoreo de Insumos para los programas de Sangre, TBC y PAI	<p>La falta de implementación del SSMI en Sangre es un problema ajeno a la provincia, y aunque en PAI y TBC funciona bien, el indicador queda en 0.</p>
5.5.1. SANGRE: Tiene un programa de donación voluntaria, que ha realizado al menos tres colectas durante el último año	<p>1) Se planteó como baja la meta de 3 colectas al año. Un programa de Sangre provincial reconoció realizar 3 por semana y otro 3 al mes.</p> <p>2) Inquietud por la cantidad de donantes por colecta. Se toma estándar nacional (ASP) de 25 donantes por colecta.</p>
7.2.3. Posee Centros de Atención Primaria habilitados con vacunatorios.	<p>Suscitó confusión que el indicador tuviera la palabra “habilitados”. El referente del programa de inmunizaciones destacó que el programa no realiza habilitación de CAPS, aunque es el encargado de capacitar al equipo de enfermería.</p>
7.5.5. Cuenta con una red de servicios gratuitos de cesación tabáquica en efectores de la provincia.	<p>Se preguntó explícitamente qué se entiende por “red”.</p>
8.5.2. Realiza capacitaciones conjuntas con Programas Nacionales	<p>Resulta confusa la definición operativa. El indicador se refiere a si la Provincia desarrolla capacitaciones respondiendo al interés del programa nacional o si las mismas fueron consensuadas por todos los actores.</p>
11.1.1. Cuenta con planes para hospitales y protocolos de atención a población evacuada y de reducción de los riesgos en caso de emergencia	<p>Como este indicador está atado a la realización de la ASP 36, y esta ASP no estaba claramente definida para la provincia, tampoco quedaba claro el indicador.</p>

Fuente: elaboración propia.

Estos cuestionamientos deben leerse desde una perspectiva amplia. Por un lado, resulta fundamental identificar aquellas variables que no son pertinentes para ser medidas a nivel provincial porque los ministerios no tienen las atribuciones necesarias – como en el caso de “sanidad de fronteras”- o porque el indicador no concuerda con las líneas de las políticas –como medir disminución de la transmisión vertical de Chagas cuando la política es mejorar su detección-, de aquellas que no pueden medirse en algunos casos por cuestiones relacionadas con las capacidades de los ministerios –como se planteó en dos provincias acerca de la informatización de efectores-. Los primeros indicadores deberían ser reformulados, mientras que es necesario analizar con profundidad los otros casos.

Al ser una herramienta unificada para todas las provincias, se deben considerar las diferentes realidades a la hora de definir estándares, pero sin perder de vista que hay aspectos mínimos de estructura, procesos o resultados que no pueden plantearse en función de las situaciones más desfavorables, o ser demasiado laxos, sino que deben implicar una necesidad de superación.

Por otra parte, algunos de los indicadores cuestionados – como los de mortalidad infantil y mortalidad materna, por parte de provincias que no los cumplieron, vale aclarar- forman parte del Plan Federal de Salud, lo que implica que sus metas fueron acordadas por todos los ministerios provinciales, y son indicadores que resumen aspectos centrales de los sistemas de salud, como ya fuera mencionado anteriormente.

Relevancia de los indicadores

La revisión bibliográfica sobre indicadores relevantes y ligados a intervenciones estratégicas, utilizados a nivel nacional e internacional(38-47) -entre las que se encuentran las Estadísticas Sanitarias Mundiales de OMS, publicaciones sobre enfermedades desatendidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, documentos de Disease Control Priority Project y publicaciones del Ministerio de Salud de la Nación- permitió identificar que sobre un total de 107 indicadores, 42 forman parte de publicaciones internacionales como variables estratégicas para evaluar los sistemas de salud, medidas básicas para mejorar la salud de las poblaciones o estrategias costo-efectivas de atención y tratamiento de enfermedades prevalentes.

Para contribuir a la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, la ampliación de la cobertura de vacunación con las vacunas infantiles básicas es crucial (40). El aumento en las coberturas de la vacuna contra el sarampión en menores de un año forma parte del ODM 4 de reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en cuanto el descenso en la mortalidad por sarampión ha sido una importante contribución a la supervivencia infantil(39).En la herramienta hay 5 indicadores relacionados con inmunizaciones (2.4.7, 7.2.3, 6.2.5, 2.3.1, 2.2.1).

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año, mientras que la neonatal es la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida, y la postneonatal desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año(41).La tasa de mortalidad infantil es utilizada como medida de la efectividad del sistema de atención de salud de un país, y existen un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos. La herramienta de medición de FESP contempla la mortalidad infantil y neonatal. Debido a la heterogeneidad en la situación de las provincias argentinas⁷, se contemplaron las metas de disminución previstas en el Plan Federal de Salud 2004-2007.

Específicamente respecto de la mortalidad neonatal, se estima que 4 millones de muertes ocurren durante los primeros 28 días de vida, y la cifra representa 38% de todas las muertes de niños menores de cinco años (38). Las causas son las infecciones (36%, incluida la septicemia neonatal, la neumonía, la diarrea y el tétanos), el nacimiento prematuro (27%) y la asfixia (23%). La herramienta de medición también incorpora indicadores relacionados con estas causas, como el referido a la eliminación del tétanos neonatal (2.4.5). Con respecto a cuidados prenatales para la madre y el niño, la herramienta incluye indicadores de disminución de sífilis congénita (2.4.6), rubéola congénita (2.3.2), y reducción de transmisión vertical de VIH/SIDA (7.5.4).

Otro indicador clave, que también está relacionado con el ODM 5 de mejorar la salud materna, es la mortalidad materna. Una de las intervenciones orientadas a reducir

⁷ Para el año 2009, que corresponde a los datos cerrados que tomó en cuenta la medición realizada en 2011, la tasa de mortalidad infantil era de 12, 1 por mil nacidos vivos para todo el país, mientras que a nivel provincial, las tasas más bajas corresponden a Tierra del Fuego (4, 6 por mil), Neuquén (7,6) y CABA (8,5), mientras que las más altas, muy por encima de la media nacional, se dan en Formosa (20,5) y Chaco (17,8). Estos datos corresponden a los indicadores básicos que publica anualmente la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

la mortalidad materna consiste en garantizar el acceso de todas las embarazadas a servicios de planificación familiar y a una atención calificada durante el embarazo, el parto y el puerperio (38). En el marco de la herramienta, se consideran indicadores de reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad materna por aborto, así como el acceso a anticonceptivos (2.4.1, 2.4.2, 7.4.1).

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas se deben a causas directas, y las cuatro causas principales son las hemorragias intensas, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto obstruido (43). En general, son evitables con una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio. La herramienta de medición no incluye indicadores de atención ni de mortalidad materna por causas directas.

Dentro de la atención integral a la madre y el niño, una de las estrategias claves(38), que se encuentra contemplada en el PFS, es el fortalecimiento de la atención primaria de la salud. La herramienta cuenta con indicadores de cobertura y de APS, especialmente en la FESP 7 (7.1.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3).

Dentro del ODM 5 se encuentra la meta de lograr el acceso universal a la salud reproductiva. La herramienta incorpora indicadores de acceso a servicios de salud sexual y a tratamientos anticonceptivos, a la vez que se considera la calidad de esos servicios (7.3.1, 7.4.1, 6.2.4).

Las intervenciones contra el VIH/SIDA más eficaces y costo-efectivas, son las siguientes: el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la promoción del uso del preservativo, las pruebas y la orientación voluntarias, el fomento de la intervención de los pares, el tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo, la protección de los suministros de sangre y la promoción de opciones de sustitución de la leche materna para las madres seropositivas al VIH(40). Combatir esta enfermedad, está contemplada en el ODM 6, del que forma parte la meta de lograr para el año 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todas las personas que lo necesiten (40).La herramienta considera el acceso a los tratamientos, la existencia de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo de VIH/SIDA, la interrupción de la transmisión vertical y el trabajo con grupos de pares (indicadores 7.5.2, 7.5.3 y 4.2.3).

En el contexto de mosaico epidemiológico que caracteriza a Argentina, las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las cardiovasculares, tumores y lesiones no intencionales, representan la mayor carga de enfermedad y muerte(45). El tabaquismo explica una fracción considerable y evitable de las enfermedades cardiovasculares y de los cánceres. En ese contexto surgió el primer tratado internacional de Salud Pública, el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. La herramienta incluye dos indicadores relacionados con estrategias claves para reducir el tabaquismo: medidas legislativas integrales (3.2.1) y servicios de cesación tabáquica (7.5.5)⁸.

Con respecto a otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad, la hipercolesterolemia, está probada la eficacia y costo-efectividad de tratamientos específicos a nivel individual, así como de la implementación de algunas estrategias a nivel poblacional(40). La herramienta no incorpora indicadores relacionados con intervenciones a nivel individual para estas afecciones, sino que contempla diferentes aspectos para el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles: vigilancia (1.3.1, 2.1.2, 2.1.3), estructura y capacidad para la promoción de la salud (3.1.1, 3.1.2, 3.1.4, 3.1.5, 3.1.6, 3.3.1).

La reducción de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La herramienta incluye el acceso a tratamiento bajo estrategia DOTS y al diagnóstico mediante baciloscopía (2.4.8, 7.5.1).

Los trastornos mentales constituyen un grupo heterogéneo de afecciones que muestra gran variabilidad tanto en el costo de las intervenciones como en la disminución de la carga de enfermedad y muerte (40). En Argentina, las causas neuropsiquiátricas (alcoholismo, depresión, esquizofrenia, etc.) tienen un peso del 13% de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPMP) entre los varones de 10 a 34 años, con una notable reducción de ese porcentaje en las edades subsiguientes (45).La herramienta considera un solo indicador, relacionado con la recopilación, sistematización y difusión de datos sobre salud mental (1.3.3).

Con respecto al dengue, está reconocido que las estrategias más costo-efectivas son las relacionadas con el control del vector (mosquito *aedesaegypti*), a través de

⁸De acuerdo a cálculos presentados en Disease Control Priority, entre 2001 y 2050 se podrían salvar muchas más vidas mediante esfuerzos satisfactorios para ayudar a la gente a dejar de fumar que con estrategias de prevención del inicio.

intervenciones comunitarias para evitar la acumulación de agua, como la descacharrización y la vigilancia domiciliaria (40). La herramienta contempla estos aspectos (2.5.2), así como la existencia de un programa de control de vectores, que dé sustentabilidad a estas acciones (5.5.2).

La enfermedad de Chagas afecta en América Latina afecta a entre 12 y 14 millones de personas (46). Esta enfermedad puede curarse si se administra tratamiento al comienzo de la infección en etapa aguda, mientras que el método más eficaz para prevenir esta enfermedad es el control vectorial(47). La herramienta incluye indicadores relacionados con la vigilancia y el control del vector (2.5.3), la disminución de la transmisión vertical (2.5.1), la existencia de un plan integral de control de vectores (5.5.2).

Además de indicadores ya mencionados anteriormente, la OMS se refiere al acceso a medicamentos esenciales. La falta de medicamentos en el sector público obliga a los pacientes a adquirirlos privadamente, a un costo mayor. Al formar parte también de una política priorizada por el gobierno nacional, la herramienta contempla dos indicadores relacionados con los medicamentos genéricos, referidos a la adhesión a la ley nacional y al monitoreo de las prescripciones por nombre genérico (6.4.1 y 6.4.2).

Los indicadores de la cobertura de los servicios de salud reflejan en qué medida se dispensan intervenciones sanitarias importantes a las personas que las necesitan. Las Estadísticas Sanitarias Mundiales consideran los siguientes indicadores de cobertura, algunos de ellos relacionados también con los ODM. De todos ellos, hay algunos que no concuerdan con el perfil epidemiológico del país, como los relacionados con el paludismo. Del resto, la herramienta no incluye indicadores de cobertura de la atención prenatal; partos atendidos por personal de salud cualificado; nacimientos por cesárea; administración de suplementos de vitamina A a niños; niños menores de 5 años con síntomas de IRA que son llevados a un establecimiento sanitario; niños menores de 5 años con diarreas que reciben TRO.

Indicadores como cantidad y densidad de personal sanitario, densidad de camas hospitalarias y medicamentos esenciales, se consideran fundamentales para que los gobiernos puedan determinar la mejor manera de satisfacer las necesidades de la población en materia de salud (38). La densidad de camas hospitalarias (Nº de camas por 10.000 habitantes), por ejemplo, puede utilizarse para indicar la disponibilidad de

servicios para pacientes ingresados. Sin embargo, la herramienta sólo cuenta con dos indicadores de estructura referidos a la planificación para el desarrollo y capacitación de los recursos humanos de salud, así como la existencia de un comité que realiza definición y cálculo de planteles hospitalarios de acuerdo a normativas vigentes (8.2.1 y 8.2.2). No hay indicadores referidos a estadísticas hospitalarias y producción de servicios.

De esta revisión también surge que la herramienta no contempla indicadores directa o indirectamente relacionados con el gasto en salud, y de los que componen la sección de inequidades en salud⁹ de las Estadísticas Sanitarias Mundiales sólo figura en la herramienta uno relacionados con cobertura de la inmunización anti sarampionosa entre los niños de 1 año; no se incluyen porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado, y mortalidad de niños menores de 5 años), desglosados según el lugar de residencia urbana o rural, el nivel de riqueza de los hogares y el nivel educativo de la madre. Como ya se mencionó anteriormente, la herramienta cuenta con un indicador referido a cobertura de las vacunas básicas del calendario para menores de 1 año (2.4.7).

El apartado de estadísticas demográficas y socioeconómicas incluye algunos determinantes de la salud, como la educación femenina, la tasa de fecundidad en adolescentes, la tasa de escolarización primaria y el porcentaje de la población que vive en la pobreza (estos tres últimos ligados a ODM), alfabetización de adultos, ingreso nacional bruto per cápita, tamaño de la población, crecimiento, tasas de fecundidad y urbanización, etc. De acuerdo a OMS, estos datos son importantes por su valor intrínseco y porque permiten que otras estadísticas puedan compararse entre países. La herramienta no cuenta con ningún indicador de este tipo.

⁹ Las inequidades en salud se definen como las diferencias injustas y evitables en la salud y la dispensación de servicios de atención sanitaria, que tienen su origen, por ejemplo, en factores socioeconómicos (nivel de educación, ocupación y riqueza o ingreso de los hogares), geográficos o relacionados con el origen étnico y el sexo.

Tabla 35. Síntesis del análisis de relevancia

Indicadores presentes en la herramienta	Documento que lo menciona como estrategia relevante y costo-efectiva
<p>2.4.7: coberturas para las cuatro vacunas básicas del calendario Nacional al año de edad, por Departamento. 7.2.3 y 6.2.5: CAPS con vacunatorios y supervisión de vacunatorios 2.3.1: eliminación del sarampión 2.2.1: investigación de casos de sarampión (2.2.1). 2.4.3 y 2.4.4: Reducción de la mortalidad infantil y neonatal, de acuerdo a las metas del PFS 2004-2007 2.4.5: eliminación del tétanos neonatal 2.4.6 y 2.3.2: disminución de sífilis congénita y de rubéola congénita 7.5.4: reducción de transmisión vertical de VIH/SIDA</p>	<p>Disease Control Priorities in Developing Countries ODM 4 de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. Estadísticas Sanitarias Mundiales, cobertura de servicios de salud e inequidades en salud</p>
<p>2.4.1 y 2.4.2: reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad materna por aborto 7.4.1: acceso a anticonceptivos 7.2.1: herramientas y asistencia técnica para fortalecer la APS 7.2.2: Establecimientos de Atención Primaria o CAPS con horarios extendidos 7.2.3: Centros de Atención Primaria habilitados con vacunatorios 7.3.1 y 7.4.1: acceso a servicios de salud sexual y a tratamientos anticonceptivos 6.2.4: supervisión de servicios de salud sexual</p>	<p>ODM 5 de mejorar la salud materna. Estadísticas Sanitarias Mundiales, atención integral a la madre y el niño</p>
<p>7.5.2, 7.5.3 y 4.2.3: acceso a los tratamientos, existencia de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo de VIH/SIDA, y trabajo con grupos de pares 7.5.4: interrupción de la transmisión vertical</p>	<p>ODM 6 de combatir, el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Estadísticas Sanitarias Mundiales, cobertura de servicios de salud DCPD</p>
<p>3.2.1: Legislación para el control del tabaco. 7.5.5: servicios de cesación tabáquica. 1.3.1, 2.1.2, 2.1.3: Estructura y procesos de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles 3.1.1, 3.1.2, 3.1.4, 3.1.5, 3.1.6, 3.3.1: estructura y capacidad para la promoción de la salud</p>	<p>DCPD CMCT Estudio Carga de Enfermedad en Argentina</p>

Tabla 35. Continuación

Indicadores presentes en la herramienta	Documento que lo menciona como estrategia relevante y costo-efectiva
2.4.8, 7.5.1: acceso a tratamiento bajo estrategia DOTS y al diagnóstico mediante baciloscopia.	ODM 6 de combatir, el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
1.3.3: recopilación, sistematización y difusión de datos sobre salud mental	Estudio Carga de Enfermedad en Argentina
5.5.2: programa de control de vectores 2.5.2: vigilancia vectorial de dengue 2.5.3: vigilancia y el control de Chagas 2.5.1: disminución de la transmisión vertical de Chagas	Estadísticas Sanitarias Mundiales DCPP OMS. Abordar las enfermedades desatendidas con el enfoque de los derechos humanos. OMS. La enfermedad de Chagas. Nota descriptiva N°340
6.4.1 y 6.4.2: adhesión a la ley nacional de prescripción de medicamentos por su nombre genérico y monitoreo de las prescripciones por nombre genérico	Estadísticas Sanitarias Mundiales, acceso a medicamentos esenciales.
8.2.1 y 8.2.2: existencia de un comité que realiza definición y cálculo de planteles hospitalarios de acuerdo a normativas vigentes.	Estadísticas Sanitarias Mundiales, cantidad y densidad de personal sanitario.

Fuente: elaboración propia

La revisión bibliográfica descrita en los párrafos precedentes, permitió identificar que la herramienta presenta fortalezas en la medición de indicadores de mortalidad materna, infantil y neonatal, así como las estrategias centrales para su disminución (coberturas de inmunizaciones, acceso y supervisión a CAPS con vacunatorios, eliminación del sarampión y la rubéola congénita, disminución de sífilis congénita, de la transmisión vertical de VIH/SIDA, y del Chagas congénito). Sin embargo, faltan de indicadores referidos a causas directas de mortalidad materna que deberían ser incorporados.

Asimismo, se observó que la herramienta cuenta con indicadores claves de acceso a tratamientos, de prevención, de disminución de la transmisión vertical y de trabajo con grupo de pares.

En cuanto al abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles y prevención de factores de riesgo, la herramienta cuenta con indicadores de estructuras y procesos ligados a la promoción de la salud, pero no incluye variables relacionadas con acceso a tratamientos de carácter individual y ligadas a resultados de estas políticas.

Otro hallazgo surgido de este análisis es la falta en la herramienta de indicadores referidos a determinantes de la salud, gasto en salud y de estadísticas hospitalarias y producción de servicios. Debería analizarse la pertinencia de incluir indicadores relacionados con aspectos presupuestarios y referidos al gasto en salud, que contribuyan a la gestión de los ministerios y que no resulten sólo informativos o de utilidad para la gestión nacional.

Los indicadores básicos presentados anualmente en un esfuerzo conjunto de DEIS y OPS, presentan datos de número de médicos, de camas disponibles en establecimientos asistenciales, total de establecimientos asistenciales y de establecimientos con y sin internación, y porcentaje de población no cubierta con obra social o plan médico. Sin embargo, los mismos se encuentran sin actualizar desde el año 2000, lo que plantea dificultades para incorporar este tipo de variables en una herramienta de medición anual o bianual.

Reformulación de la herramienta

Este apartado presenta las diferentes propuestas de modificación o incorporación de indicadores, sobre la base de los segmentos analíticos anteriores. Es decir, que se proponen modificaciones que permitan: (i) fortalecer la validez de contenido respecto de las políticas sanitarias priorizadas y de la definición conceptual de las FESP; (ii) mejorar la capacidad adaptativa, contemplando los cambios en las políticas; (iii) ajustar la distribución de ponderaciones al interior de cada FESP; (iv) unificar indicadores que se identificaron como redundantes; (v) mejorar la pertinencia de indicadores a partir de los cuestionamientos realizados por referentes provinciales; (vi) incorporar indicadores considerados estratégicos en el marco de la revisión bibliográfica realizada.

(i) Para fortalecer la validez de contenido:

La herramienta contempla indicadores para seis de los doce ejes de políticas priorizados por el Plan Federal de Salud. De los restantes, al menos dos no tuvieron desarrollo posterior, como el Compromiso Federal de cobertura y el Fortalecimiento del hospital público. Sería necesario evaluar la pertinencia de incorporar un eje que no se contempla, el de acciones orientadas a las personas con discapacidad, y la tasa de fecundidad adolescente, que no sólo figura en el Plan Federal sino también en las Estadísticas Sanitarias Mundiales, en el marco de indicadores socioeconómicos relacionados con determinantes de la salud.

Con respecto a la adecuación de las operaciones de la herramienta a la definición conceptual de las FESP, se proponen las siguientes modificaciones:

1. Agregar indicador que contemple la generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud, en la FESP 1 (Monitoreo y Análisis de Situación de Salud), en cuanto es una de las dimensiones que la herramienta no contempla. Sería deseable también indagar acerca de la pertinencia de incluir algún indicador referido a la otra dimensión faltante, que pareciera estar más relacionada con la FESP 3 de promoción de la salud: “la identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida”.

2. No agregar la única operación de la FESP 2 que no se contempla, ya que “la capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés”, puede ser más adecuada para medir a nivel nacional que provincial.

3. Debido a que la FESP 3 es una de las que tiene mayores debilidades en cuanto a validez de contenido, deberían ordenarse los indicadores existentes, e incorporar otros, relacionados con estos puntos:

- El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.

- La implementación de acciones dirigidas a que la ciudadanía conozca sus derechos en salud. Si bien hay un indicador relacionado con campañas de comunicación en esta función, el conocimiento de los derechos tiene indicadores específicos en la FESP 4.

- La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

- La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.

4. De las dos dimensiones que la FESP 5 no incluye, se sugiere analizar de qué manera podría medirse a nivel provincial “la definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad”. La otra dimensión, referida a la capacidad de gestión de la cooperación internacional, parece más pertinente para ser medida a nivel nacional.

5. Con respecto a la FESP 6, la única dimensión que no contempla la herramienta es “la ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa”. En realidad, esto atravesaría todas las operaciones de esta función, por lo que se sugiere no realizar cambios en ese sentido. Para esta función, se propone en cambio pasar a la FESP 9 el indicador de estructura referido a la evaluación de tecnologías sanitarias, por formar parte de una dimensión de esa FESP.

6. En el caso de la FESP 7, sería deseable incorporar indicadores que den cuenta de la dimensión faltante: “La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.”

7. Con respecto a la FESP 8, dado que la herramienta incluye varios indicadores relacionados con capacitación, sería pertinente reformular alguno de ellos para que contemple la dimensión faltante: “La formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas”.

8. En el marco de la FESP 9 deberían incluirse indicadores referidos a las tres dimensiones faltantes, especialmente a las dos primeras, ya que la última podría estar incluida en la segunda:

- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.

- La existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad. Esta dimensión cuenta con un indicador en la FESP 6, que debería trasladarse a esta función.

- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud.

9. En la FESP 10, se identificó que falta contemplar una dimensión: “La ejecución y el desarrollo de unas soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado”. Sin embargo, en esta función se miden estructuras y procesos con desarrollo desigual y muy incipiente en algunas provincias, por lo que sería adecuado considerar esta dimensión como un grado superador, que pueda incorporarse a futuro pero no en esta oportunidad.

(ii) Para mejorar la capacidad adaptativa, contemplando los cambios en las políticas:

1. Modificar el descenso de Chagas congénito por la mejora en la detección de casos, en consonancia con el PFS 2010 y con las críticas de algunas provincias.

2. En el marco de los ciclos de vida, analizar la viabilidad de medir indicadores relacionados con salud del adolescente (tasa de fecundidad, suicidios), que se encuentra en el PFS 2010-2016 y en las Estadísticas Sanitarias Mundiales.

3. Entre los indicadores de salud del adulto y del adulto mayor que la herramienta no contempla se destacan los relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo, algunos de los cuales podrían ser tenidos en cuenta para futuras mediciones, por contar con datos disponibles: mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, mortalidad por lesiones de tránsito, mortalidad por cáncer cérvico-uterino, mortalidad por VIH/SIDA, incidencia y mortalidad por tuberculosis. Esto también se fundamenta en la ausencia de indicadores de estos temas, identificada en el análisis de bibliografía internacional referida a indicadores.

4. Con respecto a los indicadores que forman parte del marco de evaluación del Proyecto FESP y que están asociados a algunas de sus estrategias, como se señaló en el apartado correspondiente la mayor parte está ligada a metas del PFS o a políticas priorizadas por los programas. Por ese motivo, se sugiere modificar las definiciones operativas en los casos en que el cumplimiento del indicador esté atado a un Compromiso de Gestión o a una Actividad de Salud Pública, para eliminar la referencia al proyecto FESP y definir estándares ligados a metas provinciales o nacionales.

(iii) Para ajustar la distribución de ponderaciones al interior de cada FESP:

1. La FESP 2 tiene una cantidad de indicadores muy superior al resto de las funciones, por lo que sería necesario eliminar algunos indicadores para tener un mejor balance a lo largo de la herramienta, y no diluir indicadores relevantes que al formar parte de una FESP tan extensa tienen ponderaciones bajas, como es el caso de la disminución de sífilis congénita, que forma parte de políticas priorizadas tanto en los PFS como a nivel internacional.

2. Con respecto a las ponderaciones de la FESP 3, dado que uno de los indicadores con mayor peso relativo debe ser reformulado, eso probablemente altere las ponderaciones. La inclusión de nuevas dimensiones y/o indicadores, de acuerdo a las recomendaciones expresadas anteriormente, alterará la conformación de la herramienta y requerirá de una nueva definición de ponderaciones.

3. En la FESP 4, los indicadores con mayor peso no están relacionados con políticas priorizadas, y se refieren más al acceso a la información como condición para la participación que a la participación en sí misma. Sería necesario reformular las ponderaciones considerando los aspectos claves de la participación, definidos en la FESP, como “La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud”, que está mejor reflejada por los indicadores de conformación de consejos locales o mesas de trabajo intersectorial (4.2.1), la inclusión de un componente de participación social en salud en sus planes y proyectos anuales de los programas (4.2.2) y el estímulo a la conformación de grupos de pares y de asociaciones de personas afectadas y familiares, usuarios y /o beneficiarios en hospitales o espacios facilitados por el sistema de salud provincial (4.2.3).

4. Uno de los indicadores de la FESP 6 con mayor ponderación está referido a la evaluación de tecnologías sanitarias, pero el análisis de validez de contenido permitió observar que está ligado a una dimensión conceptual de la FESP 9. Por ese motivo, se propone pasarlo a esa función.

5. La FESP 9, al contrario de lo que sucede con la FESP 2, tiene una baja cantidad de indicadores, lo que generó inconvenientes para tener una lectura apropiada de sus resultados. Se deberían incorporar algunos indicadores para tener un mayor equilibrio con el resto de la FESP y, por lo tanto, definir nuevamente las ponderaciones.

6. Uno de los indicadores con mayor peso relativo de la FESP 7 está referido al aumento de cobertura del Plan Nacer (ahora Sumar) a partir de la Asignación Universal por Hijo. Ese indicador resultaba interesante porque se refería a una política que se había lanzado poco antes del desarrollo de la herramienta, pero actualmente ya está consolidada y es probable que no se observen cambios en ese indicador, por lo que sería necesario reformularlo. Además, se sugiere incorporar un indicador referido a la dimensión faltante (“La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios”), lo que implicará a su vez reformulaciones en las ponderaciones de acuerdo a la nueva conformación de la FESP.

(iv) Para unificar indicadores que se identificaron como redundantes, o dotarlos de mayor especificidad:

- 1.1.1 (Cuenta con sala de situación y la actualiza periódicamente) y 1.1.2 (Cuenta con una unidad de análisis de situación de salud que produce información de calidad y boletines periódicos). Debe analizarse si la asociación positiva implica que miden lo mismo o se superponen, o que la realización de análisis específicos ligados con la equidad, aparece o es más frecuente en los ministerios que cuentan con sala de situación funcionando. De todos modos, podrían unificarse en un solo indicador.

- 1.3.1 (Elabora y difunde informes sanitarios que incluyen indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo) y 1.3.2. (Publica periódicamente una compilación de datos sobre la mortalidad y morbilidad debidas a lesiones intencionales y no intencionales), podrían unificarse en un solo indicador.

- Con respecto a la FESP 6, la asociación positiva encontrada entre los indicadores 6.1.1 (El ministerio cuenta con personal capacitado en Evaluación de tecnologías sanitarias por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica) y 6.3.1 (La autoridad sanitaria provincial fiscaliza el cumplimiento de normas sanitarias de control de calidad de los servicios y utilización de tecnologías sanitarias aprobadas de acuerdo a los lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de la atención médica), permitió observar superposiciones en la definición de ambos. Al pasar el indicador 6.1.1 a la FESP 9, quedaría resuelto en parte este conflicto, aunque sería necesario definir más claramente el indicador 6.3.1.

- En el caso de la FESP 11, la asociación positiva entre el indicador 11.3.1 de capacitación al personal de salud para actuar ante situaciones de emergencia y desastres y el 11.4.1 de asistencia financiera y/o RRHH para la implementación de planes de contingencia, puede estar expresando cierta redundancia con respecto a las contribuciones para enfrentar emergencias y desastres.

(v) Para mejorar la pertinencia de indicadores a partir de los cuestionamientos realizados por referentes provinciales:

En función del análisis realizado al presentar esos resultados, se proponen reformulaciones que consideran sólo los indicadores cuya falta de pertinencia se relaciona con atribuciones que los ministerios no tienen, o con estrategias contrarias a las políticas en el tema, y con debilidades en la formulación de indicadores y estándares.

- En el caso del indicador 2.5.1. Disminuye la transmisión vertical de Chagas, una revisión del Plan Nacional de Chagas permitió identificar que una de las estrategias claves es mejorar la detección de casos, tal como se planteó en algunas provincias. Esto implica que del modo en que estaba planteado el indicador se podía estar premiando a quienes no habían mejorado la detección de casos y penando a quienes tenían mayor cantidad de casos de Chagas congénito, justamente porque habían mejorado la pesquisa. Se realizó una consulta a la referente nacional de Chagas, quien manifestó que debería modificarse el indicador en el sentido propuesto; es decir, medir la mejora en la detección de casos.

- En el caso de la informatización de efectores para la correcta gestión de pacientes con VIH-SIDA, en el último año se han hecho avances muy importantes en esa estrategia, por lo que se considera adecuado mantener ese indicador para poder medir cambios.

- Con respecto a la implementación del Plan para los Pueblos Indígenas, mediante articulación entre programas provinciales y nacionales, se acuerda con el cuestionamiento referido a que se trata de una evaluación laxa del trabajo con los pueblos indígenas. Dado que ese indicador tuvo buen nivel de cumplimiento en la primera medición, podría ser reemplazado por otro que considere resultados de esa implementación.

- En cuanto a la FESP 8, si bien hubo cuestionamientos para dos indicadores, uno referido a mecanismos legales y administrativos que facilitan la contratación del personal capacitado por la Provincia y otro al porcentaje de médicos comunitarios formados en la Provincia que fueron incorporados a planta, sería pertinente considerar especialmente el segundo, de acuerdo a la situación actual del Programa Nacional de Médicos Comunitarios y cuidando que no se repita con otro indicador similar de la herramienta.

- El indicador 11.6.1. (Controla la sanidad de las fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional y las acciones sanitarias de control y prevención en el ámbito del tránsito inter jurisdiccional) podría suprimirse, dado que en las fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional la obligación del control sanitario pertenece al nivel nacional y no se encuentra delegada en las provincias.

- Con respecto a los indicadores cuestionados por errores en su formulación, o falta de claridad en su definición operativa, se considera importante realizar las revisiones pertinentes para eliminar ambigüedades o imprecisiones que puedan dificultar la comprensión del indicador y la carga de datos.

(vi) Para incorporar indicadores considerados estratégicos en el marco de la revisión bibliográfica realizada:

A partir de la revisión bibliográfica realizada, se identificó la necesidad de analizar la incorporación de los siguientes indicadores, junto con el equipo técnico responsable del desarrollo e implementación de la herramienta:

- Relacionados con atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como de mortalidad materna por causas directas.

- Cobertura de la atención prenatal, nacimientos por cesárea; administración de suplementos de vitamina A a niños; niños menores de 5 años con síntomas de IRA que son llevados a un establecimiento sanitario; niños menores de 5 años con diarreas que reciben TRO.

- Estadística hospitalaria y producción de servicios, por ejemplo: cantidad y densidad de personal sanitario, densidad de camas hospitalarias, egresos.

- Financiamiento y gasto en salud.

DISCUSIÓN

Uno de los aspectos claves de este trabajo estaba relacionado con indagar acerca de las posibilidades de uso de los resultados de las mediciones, en el sentido de poder dar cuenta de que se trata de una contribución a la gestión y no un mero ejercicio que implique sobrecarga de trabajo y pérdida de tiempo para los equipos provinciales.

Sin embargo, el abordaje de las percepciones de los equipos provinciales respecto de la herramienta y la utilidad de los resultados para la gestión, tuvo dos limitaciones: (i) el envío de cuestionarios a representantes de sólo doce provincias; (ii) la aplicación de cuestionarios semiestructurados, en desmedro de las entrevistas previstas originalmente.

Esto plantea dificultades importantes a la hora de analizar los resultados, que probablemente sean insuficientes para dar respuesta a los principales interrogantes acerca de los factores contextuales e institucionales que facilitaron y/o dificultaron tanto la aplicación de la herramienta como el uso de resultados. Además, la presentación de los ejemplos de uso de resultados para establecer cambios en la gestión no tuvo la profundidad necesaria como para describir adecuadamente en qué consistieron esos cambios, si se sostuvieron en el tiempo y en qué medida aportaron a la gestión de los ministerios provinciales.

Aunque de todos modos los cuestionarios estructurados hayan brindado alguna información valiosa, las entrevistas hubieran permitido profundizar mejor sobre las percepciones de los equipos provinciales acerca del proceso de medición. La valoración de la palabra de quienes implementaron la herramienta y participan del uso de sus resultados se fundamenta en la necesidad de identificar posibles estrategias para fortalecer la discusión sanitaria, valorizar las experiencias y los saberes de los sujetos implicados en la medición y el trabajo diario de los programas provinciales. Con esto se podría superar, en alguna medida, la lógica instrumental que atraviesa la herramienta, e identificar posibles estrategias para generar futuros espacios de apropiación de los resultados(4).

Este es un aspecto que distingue a este trabajo de otros similares(48-51). Las evaluaciones a mediciones de este tipo que se encontraron en la revisión bibliográfica, centran su mirada en la validez del instrumento y no incorporan dimensiones referidas a

los procesos de medición, las implicancias de los mismos en el trabajo de los equipos y las percepciones de los usuarios.

Existe cierta idea generalizada acerca de que en las organizaciones públicas no hay espacio para la planificación estratégica, predomina la improvisación y no hay lugar para un sistema de petición y rendición de cuentas, cuestiones que se asumen como naturales –es decir, que no se problematizan- aún al interior de esas organizaciones(54). También es cierto que, en el otro extremo y en gran medida promovido por los organismos internacionales, hay una exacerbación de lo que se denomina “políticas basadas en la evidencia” –evidencia que suele provenir de los países centrales-.

Sin embargo, los resultados de las encuestas muestran algunos aspectos que es necesario resaltar, en cuanto constituyen aprendizajes útiles para futuras experiencias. En primer lugar, las respuestas de los diez referentes mostraron preocupación por sistematizar mejor las acciones, avidez por contar con información de calidad, y necesidad de abrir el juego hacia otras formas de participación y discusión de políticas sanitarias.

Los encuestados mencionaron como aspectos negativos de los ministerios que afectaron el uso de los resultados a la escasa cantidad y calificación de recursos humanos, la falta de áreas relacionadas con planificación y gestión y la disponibilidad de la información. Si bien se trata de problemas estructurales de las instituciones con diferentes posibilidades de resolución en el corto y mediano plazo, -como el de los recursos humanos, ya que muchas veces un programa está conformado por una o dos personas que absorben todo el trabajo, o no hay personal formado en monitoreo y evaluación.-, se solicitó especialmente apoyo para la difusión de los resultados y para la institucionalización de estos procesos. Es decir, que hay una preocupación por sostener en el tiempo este tipo de procesos de evaluación.

Al desarrollar talleres interprogramáticos, y buscar la participación de diferentes áreas en la búsqueda y carga de información, se promueve en parte un quiebre con dinámicas institucionales atravesadas por la verticalidad de programas que suelen funcionar en forma aislada unos de otros. En este sentido, una posible contribución de esta herramienta podría ser también la posibilidad de pensar políticas de salud en forma transversal, sin la fragmentación que suele generar la división en programas.

Este seguramente sea apenas el inicio de una dinámica de medición y evaluación que debe ser consolidada en todos los niveles, pero que puede fortalecerse en la medida en que sean escuchadas las recomendaciones de los distintos actores involucrados en la medición (autoridades y equipos técnicos nacionales, autoridades y equipos técnicos provinciales). Otros pasos hacia adelante deberían ser construir estrategias que apunten a la problematización no sólo de las políticas (el qué debe hacerse, por qué, para qué y con quién) sino también de los procesos que se viven al interior de los ministerios y los programas.

Resulta necesario también discutir la validez del instrumento en otros términos, que permitan complementar las definiciones teóricas con las necesidades de la práctica, para que la medición no resulte en un mero ejercicio teórico. Si bien es cierto que es fundamental que se mida lo que se quiere medir, y que se pueda clasificar adecuadamente a quienes realizan la medición, debe hacerse hincapié en que se trata de una herramienta que busca fortalecer la gestión a partir de los hallazgos de la medición.

Considerar sólo los planes federales de salud, hubiera sido limitar la medición a aspectos de política sanitaria consensuados con una anterioridad que implica riesgos de contar con indicadores desactualizados y/o poco útiles, porque algunas de las políticas plasmadas en ellos finalmente no llegaron a implementarse. Por otro lado, la validez de contenido respecto de las FESP no tiene sentido si esas definiciones conceptuales no se cuestionan, actualizan y se resignifican en el marco de las realidades y prioridades a nivel nacional y provincial. De lo contrario, se estaría ante un mero ejercicio teórico sin implicancias concretas en la gestión.

En este sentido, tanto la definición participativa de indicadores y estándares, como la realización de talleres, la modificación de indicadores cuestionados por las provincias y la inclusión de estándares relevantes también internacionalmente, son contribuciones a la validez de contenido no en un sentido teórico, sino en un sentido político-operativo, en cuanto a partir de estos elementos se puede lograr más adecuadamente que se mida lo que se pretende medir; es decir, el desarrollo de las políticas priorizadas en las provincias, desde una mirada transversal de funciones esenciales de salud pública y no de programas segmentados.

Otro de los ejes abordados por este trabajo fue el de la fiabilidad de los resultados de la herramienta, respecto de lo cual se realizó una búsqueda bibliográfica y

se plantearon pruebas de consistencia interna (Alpha de Cronbach) y de asociación entre variables mediante test de Fisher. Ninguna de ellas permitió llegar a conclusiones relevantes por las limitaciones de contar con pocos casos. El análisis conceptual, posterior a las asociaciones entre variables permitió encontrar algunas superposiciones de indicadores, que contribuyeron a la reformulación de la herramienta.

En este sentido, cabe recordar la discusión planteada en el marco teórico, respecto de la relación entre validez y fiabilidad, en cuanto un instrumento puede ser válido pero puede medir con un margen de error grande, o tener una fiabilidad alta pero carecer de validez. Por ese motivo, sería importante discutir en el marco del equipo que desarrolló la herramienta en qué medida deben continuarse los esfuerzos para medir fiabilidad o considerar que los hallazgos de este estudio son suficientes. De todos modos, debe considerarse que la realización de modificaciones al instrumento, con cambios de indicadores y redistribución de ponderaciones, requeriría de la realización de nuevas pruebas de fiabilidad.

CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar la metodología aplicada por el Ministerio de Salud de la Nación para medir las FESP en las provincias argentinas, a los fines de realizar reformulaciones que permitieran mejorar la validez y fiabilidad de la herramienta de medición, y la pertinencia y relevancia de los indicadores que la componen, así como la estrategia de implementación y de promoción de uso de los resultados.

A través de las metodologías utilizadas, se logró identificar algunas deficiencias en la validez de contenido respecto del PFS 2004-2007 y de las definiciones conceptuales de las FESP. Asimismo, se obtuvieron hallazgos interesantes respecto de la relevancia de los indicadores que componen la herramienta, en cuanto 42 de ellos (el 40%) son utilizados internacionalmente como medidas de estrategias relevantes y costo-efectivas.

Estos resultados permitieron proponer una serie de reformulaciones con el fin de mejorar el instrumento respecto de la validez de contenido, aunque los hallazgos no permitieron establecer propuestas concretas para mejorar la fiabilidad, por las

limitaciones ya expresadas en la metodología y en los resultados de los test estadísticos utilizados.

En este sentido, la debilidad del trabajo cualitativo con los referentes provinciales no permitió confirmar parte la hipótesis, referida a que la metodología de medición contribuyó a mejorar el entendimiento acerca de las FESP y facilitó la implementación de la herramienta, pero no el uso de resultados. Esa conclusión sólo puede atribuirse al número limitado de referentes provinciales que respondieron el cuestionario, que se desempeñan en diez de las veintidós provincias que participaron de la medición.

Los otros componentes de la hipótesis se referían a que la herramienta no incluyó todas las variables de las políticas priorizadas en el PFS ni las operaciones que conforman las FESP, así como tampoco resultaron adecuadas algunas ponderaciones atribuidas a los indicadores que conforman cada FESP.

En cuanto a la validez de contenido de la herramienta relacionada con el Plan Federal de Salud 2004-2007, los resultados mostraron que cumple parcialmente con este atributo. Las políticas priorizadas que deberían contemplarse en esta herramienta para mejorar la validez de contenido, son las referidas a acciones orientadas a las personas con discapacidad, y a la salud del adolescente.

En cambio, con respecto a la validez de contenido para medir las funciones esenciales, ese atributo presentó variaciones en las distintas FESP; se confirma parte de la hipótesis, referida a que la herramienta no contempla todas las dimensiones que definen las FESP.

La función 4 de Participación y la 11 de Emergencias fueron las que presentaron niveles más altos de validez, al incluir operaciones relacionadas con todas las dimensiones que definen esas FESP. A ellas les siguen la FESP 2 de Vigilancia y la 8 de Recursos Humanos, que no contemplan una de seis dimensiones. Por otro lado, las funciones con menor validez de contenido son la 3 de Promoción de la Salud, que no contempla cuatro dimensiones de las seis que la definen, y la 9 de Garantía de Calidad, que no incluye operaciones para tres de las seis dimensiones que la definen.

Por otro lado, un análisis minucioso de las dimensiones que la herramienta no contempla permitió observar que algunas no resultan pertinentes, como la de la FESP 6 referida a “la ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la

regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa”, o resultan más adecuadas para ser medidas a nivel nacional en vez de provincial.

Estos resultados permiten observar distintos rangos de validez de contenido, que pueden resolverse reordenando los indicadores y realizando algunas incorporaciones, para que la herramienta pueda medir de modo más adecuado todas las dimensiones que resultan pertinentes de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

La hipótesis planteaba que no resultaron adecuadas algunas ponderaciones atribuidas a los indicadores que conforman cada FESP, pero se encontró que en ciertas funciones éstas eran más adecuadas que en otras. Específicamente, las ponderaciones resultaron adecuadas para las FESP que contenían indicadores relacionados con el Plan Federal de Salud (2, 6 y 7), ya que éstos eran los de mayor peso relativo. En otras seis FESP (1, 3, 5, 8, 10 y 11), los indicadores de mayor peso relativo estaban relacionados con las dimensiones que definían esas funciones. Un caso particular se da con la FESP 4 de Participación Social, en la que el indicador de mayor peso relativo no está referido al PFS ni a políticas priorizadas.

De todos modos, al sugerirse la reformulación de indicadores, su reemplazo y la incorporación de variables que midan las dimensiones faltantes que definen las FESP, será necesario un nuevo trabajo de ponderación al interior de cada FESP. El mismo deberá considerar los parámetros que tuvo en cuenta este trabajo: relevancia en el marco de políticas priorizadas e importancia respecto a la definición de la FESP.

La aplicación del test exacto de Fisher para medir asociaciones entre variables y el posterior análisis conceptual permitió identificar la existencia de sólo tres casos de indicadores redundantes (es decir, que medían lo mismo), mientras que la mayor parte de las asociaciones identificadas pueden interpretarse como la existencia de indicadores que se complementan en la medición de distintos aspectos de una misma política, o cuyo cumplimiento favorece a su vez el cumplimiento de otros.

En el caso de las asociaciones positivas entre los indicadores de la FESP 2 referidos a mortalidad materna, infantil y neonatal, las mismas pueden deberse a que los tres sintetizan aspectos claves de los sistemas de salud -como accesibilidad, calidad de la atención, controles prenatales, etc.-que inciden de igual modo en los tres. Esto no implica que sea necesario eliminar alguno de ellos. Hubo unos pocos casos en los que la

asociación resultó llamativa, y podría explicarse por el azar o requerir un análisis posterior de los diferentes motivos.

La interpretación de los resultados de este test, así como de la prueba realizada para medir fiabilidad, sugieren una discusión que se ha dado también en otros trabajos(24,30,31), y que está centrada en la preponderancia de la validez sobre la fiabilidad o viceversa. El Alfa de Cronbach mide la consistencia interna mediante la homogeneidad de las variables, y requiere cuidado en su interpretación, ya que el bajo número de casos y el tipo de variables involucradas no son los que suelen considerarse para este test. Según el tipo de instrumento, algunos autores consideran que un valor de alfa superior a 0,7 puede ser apropiado, mientras que otros consideran que para hablar de fiabilidad, el valor de alfa debe ser de 0,8 o más. En ese marco, y considerando el objetivo de esta herramienta, los valores de alfa encontrados en las FESP 1, 2, 6, 10 y 11 resultan adecuados.

La utilización de este instrumento -a diferencia de escalas psicométricas para valorar conductas, por ejemplo- no busca clasificar sujetos ni otorgar una medida que implique un nivel desarrollo de las FESP. El mismo pretende ser una herramienta de monitoreo de la gestión, donde lo más relevante no es el puntaje final de la FESP, sino el nivel de cumplimiento de cada indicador y la identificación de fortalezas y debilidades para aportar a la planificación.

Por todo lo anterior –sumado a o ya planteado en la Discusión-, podría decirse que las medidas de fiabilidad pierden relevancia con respecto a la validez del instrumento, en cuanto el uso de los resultados de la medición tiene un fin especialmente orientado a la gestión.

Para los fines que persigue este instrumento resultan claves, entonces, los siguientes atributos: (i) validez de contenido de la herramienta con respecto al Plan Federal de Salud y a siete de las once funciones esenciales; (ii) existencia en la herramienta de indicadores considerados claves por diferentes fuentes de datos de carácter internacional, es decir relevantes; (iii) indicadores consensuados con referentes de programas sanitarios, en función de prioridades y metas sanitarias; (iv) indicadores reformulados a partir de cuestionamientos de equipos provinciales, por falta de pertinencia.

La importancia del acuerdo acerca de indicadores y estándares es considerada clave también en otras experiencias de este tipo, con herramientas aplicadas a nivel local o de departamentos de salud(51).

De la comparación con estadísticas sanitarias internacionales y otras herramientas similares, se destaca la ausencia en la herramienta de cuestiones claves que no se encuentran dentro de las definiciones operativas de las FESP, pero que resultan fundamentales para medir el desempeño de los sistemas de salud, como es el caso del financiamiento, el gasto en salud, determinantes de la salud y estadísticas hospitalarias.

Un rasgo para destacar de esta herramienta, y que probablemente haya contribuido a la aceptación de las provincias, es que puede pensarse como una propuesta de articulación entre el paradigma cualitativo y el cuantitativo (52,53). Desde el punto de vista del instrumento en sí, busca medir lo más objetivamente posible, con datos sólidos y repetibles. Los talleres de implementación de la herramienta permitieron el intercambio entre equipos de distintos programas y facilitaron la discusión sanitaria, lo que otorgó un componente más exploratorio y descriptivo.

Sin embargo, es necesario profundizar el trabajo con los equipos provinciales para recuperar la palabra de sus integrantes, construir el sentido de la medición y su apropiación como instrumento de gestión. Tanto en la metodología de implementación de la herramienta como en la posterior difusión de resultados, deberían incluirse y reforzarse instancias participativas, de discusión de políticas y modelos de gestión. De lo contrario, esta propuesta de medición podría constituirse en un mecanismo instrumental, de control de gestión, desligado de las características y necesidades de la práctica diaria de los equipos técnicos de los programas provinciales.

Si se retoma lo planteado en el marco teórico, respecto de la necesidad –según Campos (17)- de invertir en el fortalecimiento de los sujetos, para que en este caso los trabajadores se apoyen en una teoría de la producción de salud y puedan llevar a cabo proyectos que concreten el valor de uso de la salud, esta estrategia de medición es muy limitada en ese sentido. Es necesario el compromiso de autoridades nacionales y provinciales –punto mencionado reiteradamente en las encuestas-, y de los equipos técnicos, así como crear las condiciones materiales y simbólicas para que pueda llevarse a cabo semejante transformación. Este tipo de discusiones puede ser sólo un pequeño

punto de partida para pensar en esas posibilidades al interior de los ministerios provinciales y del ministerio nacional.

Los cuestionamientos de los equipos provinciales realizados al instrumento dejan entrever cuál es el sentido que se le da a la evaluación en distintas provincias. En ciertos casos se cuestionaba sólo lo que no se cumplía, como si lo importante fuera el mero cumplimiento del indicador y obtener un resultado bueno en cada FESP. En otros casos, los cuestionamientos expresaban la necesidad de ajustar los indicadores a las prioridades o dinámicas de trabajo provinciales, y a los registros disponibles, con una mirada puesta más en la evaluación como oportunidad para medir procesos y resultados concretos.

En este sentido, como posteriormente a la medición no se realizó una auditoría para corroborar la veracidad de las respuestas, algunas provincias implementaron esta herramienta en términos burocráticos –aunque no era obligatoria–, como una tarea a realizar rápidamente con respuestas automáticas y falaces. Esta reticencia a informar la verdad supone cierto recelo con el manejo de la información, o la interpretación de este proceso como una posibilidad de calificar/descalificar a las provincias, a través de una intromisión del Ministerio de Salud de la Nación. Otras provincias, en cambio, utilizaron los resultados de la medición como diagnóstico de la gestión y generaron interesantes procesos de planificación con vistas a mejorar los procesos y los resultados. Si bien no entraron en el trabajo de esta tesis, podría realizarse un análisis de caso con algunas provincias que mostraron estas diferencias, para analizar qué tipo de gestores se encuentran detrás de estos procesos, tanto para facilitar como para dificultar el desarrollo de evaluaciones útiles y precisas, y posteriores instancias de planificación estratégica.

Otro aspecto a analizar en este marco, que surge de las respuestas de los referentes provinciales, es la tensión provincias – Nación, que en este caso específico implica al Ministerio de Salud de la Nación. Ya se mencionó anteriormente la concepción del rol “auditor” que algunas provincias adjudicaron al Ministerio y que implicó que participaran burocráticamente o no formaran parte de la evaluación. Pero también apareció el reclamo de un Ministerio “paternalista”, que se involucre directamente en todo el proceso de medición, desde los talleres hasta el análisis de los resultados, su difusión y posterior planificación, sin una responsabilidad clara del

ministerio provincial en este proceso y dejando entrever las deficiencias de capacidades y estructura para llevarlo a cabo. En los casos en los que se reclamó apoyo para la difusión de resultados y para obtener el compromiso de los decisores, se observa en cambio un rol del ministerio nacional como “legitimador” de espacios de discusión y prácticas, en ámbitos donde la distribución de poder vertical dificulta a los equipos proponer y llevar a cabo este tipo de procesos.

Precisamente, la teoría del juego social (18) permite pensar en la importancia del análisis de la subjetividad, los valores, el cálculo interactivo y el análisis estratégico para construir viabilidad respecto de procesos de transformación tan profundos como el mencionado en el párrafo anterior. Este análisis debería darse en el seno del equipo que desarrolló la herramienta, así como en espacios participativos con los equipos a nivel nacional y provincial, incorporando y reforzando el concepto de planificación estratégica situacional. Asimismo, se debería discutir y delimitar claramente cuál debería ser el rol del Ministerio de Salud de la Nación en este proceso.

El concepto del triángulo de hierro (1) marca la relación entre las reglas de responsabilidad, los sistemas de petición y rendición de cuentas y la calidad de la gestión. Esto puede aplicarse para pensar los caminos a recorrer en un proceso de mejora de la calidad institucional. Las reformulaciones de este instrumento, su apropiación por parte de los equipos provinciales como herramienta de gestión y la realización de nuevas mediciones, podrían servir como base para indagar las posibles contribuciones de esta estrategia de evaluación a la petición y rendición de cuentas al interior de los ministerios provinciales. Una experiencia similar debería promoverse en el seno del Ministerio de Salud de la Nación.

Por otro lado, resulta importante fortalecer la difusión de resultados no sólo al interior de los ministerios provinciales, sino también hacia la sociedad, como una forma de informar y rendir cuentas a la población acerca de las acciones y los resultados más relevantes en materia de salud pública.

Los adelantos de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden contribuir al trabajo de gestión y gobierno, ya sea en ahorrar tiempo y ganar eficiencia, siempre que se incorporen efectivamente a los procesos de trabajo y a la toma de decisiones(50), y con ello se relaciona una demanda concreta de los equipos provinciales. Sin embargo, estas tecnologías no pueden por sí mismas resolver

deficiencias en el acceso a la información para la planificación y gestión, en parte debido a las dimensiones subjetivas que intervienen en quienes cargan los datos, los utilizan y/o los comunican; y en parte porque es necesario contemplar, como marcaron algunos encuestados, que la decisión política y el apoyo de las autoridades son factores claves para el desarrollo efectivo de estos procesos.

La realización de este trabajo permitió también poner en cuestión la definición de las funciones esenciales, que fueron pensadas en el marco de un organismo internacional para poder realizar comparaciones entre países. En este sentido, el trabajo desarrollado con la herramienta primero, y con la tesis después, permitió identificar la posibilidad de resignificar muchos de los conceptos relacionados con las FESP, de acuerdo a las prioridades y necesidades sanitarias del país y las provincias.

Por ejemplo, en la definición de la FESP 7 en el texto utilizado de referencia como en otros referidos a funciones esenciales de salud pública (4, 10, 12, 14), se afirma que esta función no plantea que sea tarea del Estado prestar servicios, por lo que hace hincapié sólo en la evaluación del acceso. Sin embargo, dado que nuestro país cuenta con servicios de salud estatales, ya sea de nivel nacional, provincial y/o local, y que se trata de una prioridad de política sanitaria, se incluyeron indicadores que buscan identificar si los ministerios provinciales cuentan con estructuras y procesos que contribuyan concretamente a facilitar el acceso equitativo a los servicios.

Una de las críticas frecuentes a la definición de funciones esenciales es que no se incluyen financiamiento y provisión de servicios. Tanto la FESP 2 como la 3 y la 7 contienen indicadores de oferta y acceso a servicios de salud, que contribuyen a superar esa falencia. Además, en las sugerencias de reformulaciones se incluyeron indicadores con aspectos claves de la política sanitaria que no deberían quedar fuera de un diagnóstico provincial con vistas a promover estrategias de mejora.

El análisis de las falencias y las reformulaciones propuestas llevan también a un desafío que no resulta fácil de resolver: desarrollar un instrumento simple y de implementación viable, pero con información suficiente y abarcativa, cuya búsqueda de comprehensividad y amplitud de la medición podría afectar esa viabilidad(26). La decisión de qué aspectos debe incluir un instrumento o dejar afuera no siempre es clara y objetiva, sino que tiene componentes subjetivos importantes, guiados por cuestiones políticas, ideológicas y estratégicas.

Matus plantea este dilema en una frase, que aporta al sentido de este análisis:

Un problema de salud es un problema cuasi estructurado con características compuestas: no se pueden enumerar todas las variables, solo algunas, no se pueden precisar las relaciones entre las variables, sólo de algunas y nunca las soluciones son objetivas. (19; p. 84)

Para resolver este dilema resulta crucial el trabajo con referentes de todos los programas sanitarios involucrados, que puedan participar de la selección de ejes y temas a incorporar pero en un marco de priorización, dado también por las funciones esenciales de salud pública. A esto se suman las opiniones de los equipos provinciales acerca de la pertinencia de los indicadores en el marco contextual e institucional de cada jurisdicción. Estas cuestiones se tuvieron en cuenta a la hora de plantear reformulaciones y deberían constituirse en un eje central para el desarrollo de metodologías de medición de este tipo.

Este trabajo consideró los distintos aspectos de la herramienta y de la metodología de medición basada en la autoevaluación, para identificar aspectos que permitieran mejorar futuras mediciones. En ese proceso, se buscó contar con elementos objetivos que permitieran esos ajustes, pero dando lugar también a las percepciones de quienes efectivamente realizaron la medición y son los usuarios finales de los resultados.

Por otro lado, podría decirse que la metodología planteada a lo largo de este trabajo es un producto en sí mismo, en cuanto algunas de las acciones aquí desarrolladas pueden ser replicadas para evaluar y mejorar implementaciones futuras de este instrumento. Por una cuestión temporal, los análisis de validez de contenido permiten reformulaciones al instrumento que no requieren ser repetidos al dejar consolidada una herramienta que permita medir tanto las FESP como las políticas priorizadas.

Las acciones de mayor utilidad, a tener en cuenta en futuras mediciones, son la recuperación de percepciones y cuestionamientos de los usuarios de la herramienta, así como el análisis de ponderaciones y la revisión bibliográfica internacional, que permite identificar y a la vez mejorar la calidad de los indicadores para medir aspectos relevantes y estratégicos de las políticas sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matus, C. Adiós, señor presidente. Ed. Fundación Altadir, Caracas, 1994.
2. Souza Minayo et al. Evaluación por triangulación de métodos: abordaje de programas sociales. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2005
3. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World health statistics quarterly*. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales [1998, 51(1):44-54] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whsq/1998/vol51-no1/WHSQ_1998_51%281%29.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC: OPS, 2002
5. Bourdieu P. Cosas dichas. Ed. Gedisa, Barcelona, 2000.
6. Bourdieu P. *Objectiver le sujet de l'objectivation*, en Bourdieu P. La science de la science et la réflexivité (pp. 173-184). Paris: Raison d'agir. Disponible en: <http://www.sociotoile.net/article12.html>
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>
8. Almeida C et al. "Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000". *The Lancet*, 26 May, 1692-7. 2001. Disponible en: http://www.who.int/health-systems-performance/docs/articles/lancet_almeida.pdf
9. Coyne JS, Hilsenrath P. "The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance?" *AM J Pub Health*; 92:30-3. 2002. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.92.1.30>
10. CDC. Public Health Functions Project. Public Health in America Statement. Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm> (consultado el 3 de marzo de 2012)
11. Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2001 Julio [cited 2012 Aug 30]; 10(1): 62-68. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700014&lng=en.

12. Muñoz, F. et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health* 8(1/2); 2000. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>
13. Instituto Australiano de Salud y Bienestar. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/pi/index.cfm/?SearchDimId=392569&cmdAction=DispIDim>
14. Jaramillo A y Ruales J. Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Tendencias y Experiencias. Material de trabajo para el Módulo 3, Desempeño y resultados del sistema de salud. Curso virtual Funciones Esenciales de Salud Pública. 2008.
15. García-Altés Anna, Zonco Lauriane, Borrell Carme, Plasència Antoni. Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. *Gac Sanit [revista en Internet]*. 2006 Ago [citado 2012 Ago 9]; 20(4): 316-3224. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000400011&lng=es.
16. Gómez-Jauregui Abdó J. Sistemas de Salud Estatales y Evaluación del Desempeño. Instituto Nacional de Salud Pública-INSAD. Núm 6-Año 2010. Disponible en: http://mexicoestatal.cide.edu/uploads/publicaciones/06_Sector_Salud.pdf
17. Campos G. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires. Editorial Lugar; 2006
18. Matus C. Escuela de Gobierno. *Revista Salud colectiva*, 2007, 3 (2): 203-212
19. Matus C. Las Ciencias y la Política. *Revista Salud Colectiva*. Abr 2007; 3(1): 81-91.
20. Matus C. El método PES. *Planificación Estratégica Situacional*, 2º edición, Editorial Cereb, La Paz, Bolivia, 1996.
21. Matus C. Glosario de Conceptos. En *Política, planificación y gobierno*, Ed. Fundación Altadir, Caracas, 1992; 753-777
22. Babino L. La Oficina del Gobernante: aportes para fortalecer los procesos de conducción política de las organizaciones públicas. *Revista Salud Colectiva* Abr 2008; 4(1): 77-90.
23. Niremberg, O. "Nuevos Enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales" VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y

- de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina. 2001. Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/clad/cong6/7nov/49/nirenber.pdf>
24. Nirenberg, O. Braverman, J. Ruiz, V. "Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales". Paidós, Bs.As. , 2003
 25. Dunn, W. Public policy analysis. An introduction. 2nd edition. Englewood. Cliff, NJ.: Prentice Hall.1994
 26. Cohen E, Franco R. "Evaluación. Concepto y especificidad" en: Cohen R et. al. "Evaluación de proyectos sociales". Buenos Aires, Argentina. ILPES/ONU – CIDES/OEA. Grupo Editor Latinoamericano. 1998.
 27. Sánchez R y Echeverri J. Validación de escalas de medición en salud. Rev. Salud Pública 2004 Nov [cited 2012 Mar 29]; 6(3): 302-318. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000300006&lng=en.
 28. Morales Vallejo P. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. La fiabilidad de los test y escalas. Universidad Pontificia de Madrid, 2007. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf>
 29. Testa M. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 1989.
 30. Bonnefoy J y Armijo M. Indicadores de desempeño en el sector público. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES. Serie Manual 45. Santiago de Chile. 2005
 31. Shack N. "Indicadores de Desempeño en los Organismos Públicos del Perú", en Gestión Pública por Resultados y Programación Plurianual, Serie Seminarios y Conferencias N°29, ILPES-CEPAL, Santiago de Chile. 2003
 32. Mayntz R, Holm K, Hübner P. Introducción a los métodos de la sociología empírica. Alianza Editorial, Madrid. 1996.
 33. Souza Minayo MCE. La artesanía de la investigación cualitativa. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2009.
 34. Statsoft Electronic Statistics Textbook. Reliability and Item Analysis. Disponible en: <http://www.statsoft.com/textbook/reliability-and-item-analysis/> (consultado el 30 de noviembre de 2012).
 35. Quero Virla M. Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. Telos, Revista de Estudios Interdisciplinarios en ciencias sociales. Vol. 12 (2): 248-252, 2010. Disponible en: <http://www.urbe.edu/publicaciones/telos/ediciones/pdf/vol-12-2/nota-2.PDF>

36. Oviedo Heidi Celina, Campo-Arias Adalberto. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2005 Dic [citado 2013 Feb 28] ; 34(4): 572-580. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en.
37. Pagano M, Gavreau K. Fundamentos de Bioestadística, 2da edición. Thomson editores, 2001.
38. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/index.html
39. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/MDG%20Report%202012%20-%20Complete%20Spanish.pdf> (consultado 3 de febrero).
40. World Bank.Oxford University Press. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition. 2006. Disponible: en <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP.pdf> (consultado el 2 de febrero de 2013).
41. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. www.deis.gov.ar
42. INDEC. Apartado referido a Salud. www.indec.gov.ar
43. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Indicadores Básicos de Calidad para establecimientos de salud. <http://www.msal.gov.ar/pngcam/normas4.htm>
44. OMS. Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/index.html
45. Proyecto FESP. Ministerio de Salud de la Nación. Estudio de carga de enfermedad en Argentina. 2010.
46. OMS. Abordar las enfermedades desatendidas con el enfoque de los derechos humanos. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/Human_rights_approach_to_NTD_Spa.pdf (consultado 2 de febrero de 2013)
47. OMS. La enfermedad de Chagas. Nota descriptiva N°340. Agosto de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/index.html> (consultado 2 de febrero de 2013).
48. Thielen L. Accreditation of Public Health Agencies. Exploring Public Health Experience with Standards and Accreditation. Disponible en:

<http://www.phaboard.org/wp-content/uploads/ExploringPublicHealthExperiencewithStandardsandAccreditation.pdf>

49. Beaulieu J, Scutchfield FD, Kelly AV. Content and criterion validity evaluation of National Public Health Performance Standards measurement instruments. *Public Health Rep.* 2003;118: 508-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14563908>
50. Beaulieu J, Scutchfield FD. Assessment of validity of the national public health performance standards: the local public health performance assessment instrument. *Public Health Rep.* 2002;117:28-36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497412/> (consultado el 2 de febrero de 2013)
51. Mays GP, Halverson PK. Conceptual and methodological issues in public health performance measurement: results from a computer-assisted expert panel process. *J Public Health Manag Pract.* 2000 Sep;6(5):59-65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11067662> (consultado el 2 de febrero de 2013)
52. Cook T y Reichardt C. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid. 1986.
53. Pineda E B; Alvarado E L; Canales F H. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud., 2da edición, OPS, Serie Paltex, 1994.
54. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva* Dic 2010; 6(3): 275-293.

APÉNDICE 1

ANTECEDENTES DE LA MEDICIÓN DE FESP Y CARACTERÍSTICAS DE LA HERRAMIENTA

En el año 2004, las provincias y el gobierno nacional acordaron el Plan Federal de Salud 2004-2007 (PFS). A partir de un análisis de la situación del sector salud luego de una de las mayores crisis que enfrentó Argentina, el PFS propuso un sendero de reformas que tendían a la paulatina integración de los subsectores, para mejorar la equidad regional. Además, resaltó la integración y articulación del sector alrededor de la reforma de la atención pública y promoción de la atención primaria. El PFS definió a la Atención Primaria de la Salud como organizadora del sistema, priorizó el fortalecimiento de la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud impulsando la participación comunitaria en todos los niveles.

Asimismo, el PFS planteó metas a alcanzar, en algunos casos progresivas, referidas a los ejes principales de las políticas sanitarias: salud del niño y el adolescente; salud materna; salud sexual y procreación responsable; acciones orientadas a personas con discapacidad; control del tabaco; compromisos sobre cobertura y acceso; conformación de redes de servicios; calidad de los servicios de salud; seguros de salud; accesibilidad a medicamentos; sistemas de información en salud; regulación de recursos humanos y regulación de tecnologías.

En el año 2007 comenzó a implementarse en Argentina el Proyecto Funciones y Programas Esenciales de Salud Pública (FESP), con el propósito de apoyar al Plan Federal de Salud 2004-2007 y sus objetivos de reducir de la mortalidad y la morbilidad asociadas a enfermedades colectivas. Es por ello que en la formulación del Proyecto FESP se incorporaron varias de las políticas de salud priorizadas en el PFS, como la salud materna, neonatal, infantil y adolescente, el control del tabaco y los compromisos sobre cobertura y acceso.

Dentro de los objetivos del Proyecto FESP se encuentra el de desarrollar competencias en el Ministerio de Salud de la Nación y en los ministerios provinciales para monitorear y medir resultados, promover la evaluación sistemática de políticas, programas y servicios, y usar datos de medición para mejorar la implementación de programas. Por otra parte, uno de los indicadores globales del Proyecto FESP está referido a la medición de funciones esenciales de salud pública, con estándares

acordados para las provincias y los programas priorizados. En ese marco, desde el Proyecto FESP se desarrolló una herramienta de medición de Funciones Esenciales de Salud Pública para ser aplicada en los ministerios provinciales.

El primer antecedente de medición de FESP en Argentina fue en marzo de 2001, cuando la Organización Panamericana de la Salud organizó en la ciudad de Buenos Aires el Taller Subregional para la capacitación de representantes de las autoridades sanitarias de diferentes países. A mediados de noviembre de ese mismo año, un mes antes del inicio de una de las peores crisis institucionales que vivió Argentina, se realizó el Taller Nacional de Evaluación de las Funciones Esenciales, con la participación de 32 profesionales de diferentes áreas e instituciones, apoyado por especialistas de OPS. Los resultados se encuentran publicados, junto a los de otros países de la Región en el libro “La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción”.

Esa experiencia de medición se repitió en el año 2004 en Tucumán, en Buenos Aires en el año 2006 y en Entre Ríos en 2007. Esta última provincia volvió a aplicar el instrumento de OPS en 2010, año en que también se realizaron mediciones en nuevas provincias.

Desarrollo de la herramienta.

El MSAL decidió desarrollar una herramienta de medición de desempeño de las FESP que considerara: (i) los rasgos conceptuales más importantes de cada una de las funciones; (ii) las políticas priorizadas en el PFS, (iii) las características del sistema de salud argentino; (iv) las capacidades de medición de los ministerios provinciales, (v) datos objetivos sustentados por medios de verificación; (vi) valoración de las FESP por sus resultados concretos en una serie de programas y políticas definidas.

La elaboración del instrumento estuvo a cargo de un equipo multidisciplinario del Área de Monitoreo y Evaluación de Resultados del Proyecto FESP, conformado por médicos y profesionales de las ciencias sociales con formación en epidemiología y salud pública. El trabajo se realizó de acuerdo a los siguientes pasos:

1. Revisión de las FESP y de los aspectos de injerencia de ministerios provinciales y programas en cada uno de ellos.

2. Construcción de indicadores según conclusiones del punto anterior, y selección de aquellos más relevantes contenidos en el Plan Federal de Salud y en la formulación del Proyecto FESP.
3. Rueda de consulta con autoridades sanitarias y referentes de programas, a los fines de lograr consenso en la definición de los indicadores, los estándares aplicables a cada uno de ellos y la ponderación dentro de cada FESP.
4. Prueba piloto de la herramienta de medición.
5. Redefinición de indicadores y elaboración de instrumento final.
6. Implementación de la medición en las provincias.
7. Análisis de resultados y elaboración de conclusiones.

Tabla 1. Características de la herramienta de medición

FESP	OPERACIONES	ACTIVIDADES INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	
			0-1	0-1-2
1	5	8	8	
2	6	21	15	6
3	3	8	8	
4	4	8	8	
5	5	9	9	
6	6	12	12	
7	5	11	10	1
8	5	10	10	
9	3	5	5	
10	4	7	7	
11	6	8	8	
TOTAL	52	107	100	7

Fuente: Elaboración propia

Se previó desarrollar una prueba piloto con el objeto de testear la herramienta de medición de Funciones Esenciales en al menos 2 provincias. Se implementó en la Provincia de Entre Ríos durante los meses de marzo y abril de 2011, lo que permitió obtener resultados de desempeño en todas las FESP. En ese proceso se recibieron devoluciones pertinentes para reformular diez indicadores y estándares, mejorando la

precisión y validez. Avatares políticos y de gestión impidieron que la prueba piloto se realizara en otras jurisdicciones.

Aplicación de la herramienta en trabajo de campo

La medición de las FESP se aplicó en 22 de las 24 provincias argentinas (no participaron Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires) entre los meses de junio y octubre de 2011.

Se conformaron equipos en cada una de las provincias, con referentes de programas y consultores provinciales del Proyecto FESP, quienes fueron los responsables de la aplicación de la herramienta. En cada una de las jurisdicciones se realizaron talleres para capacitar a los equipos en la aplicación de la medición. Los asistentes evaluaron esas capacitaciones como muy positivas, por su utilidad para comprender las FESP y la herramienta de medición, y por constituir una oportunidad interprogramática para discutir políticas sanitarias.

Con el objetivo de acompañar el proceso de aplicación de la herramienta, se implementó una mesa de ayuda en el Proyecto FESP que respondió consultas y brindó apoyo y asistencia técnica cuando fue requerido, tanto telefónicamente como por e-mail.

Una vez que los consultores FESP completaban la herramienta con todos los datos, la enviaban al ministro provincial para que diera el visto bueno y remitiera una copia al Proyecto FESP. La herramienta original con sus instructivos y los resultados obtenidos, quedó en la provincia para ser utilizada para la gestión.

De ese proceso, se destaca el compromiso de las provincias al completar la herramienta y cumplir con los plazos acordados, así como la confianza otorgada al Proyecto FESP al facilitar datos propios, algunos de ellos conflictivos, en un año electoral.

A lo largo del proceso de implementación de la herramienta surgieron desde los Ministerios de Salud provinciales cuestionamientos relacionados con tres asuntos:

- (i) indicadores no aplicables,
- (ii) indicadores mal formulados (errores en el numerador o denominador, ambigüedades en la definición operativa) y
- (iii) dificultades para construir el indicador por falta de información.

A partir de estos cuestionamientos se incorporaron algunas modificaciones, en la medida de lo posible, cuando la herramienta ya estaba en posesión de las provincias. Esto permitió corregir errores, buscando afectar lo menos posible el proceso de medición en las provincias, ya que 8 indicadores fueron modificados durante el trabajo de campo de la medición. Entre la prueba piloto y el trabajo de la mesa de ayuda, se reformularon en total 18 indicadores.

Una provincia solicitó asistencia técnica para llevar adelante una planificación estratégica basada en los resultados de la medición, lo que implica que en esa ocasión fue de utilidad el proceso implementado. Esto genera a su vez interés por identificar con mayor profundidad las posibilidades de uso de los resultados, para que la medición implementada no se convierta en un mero ejercicio.

Evaluación del proceso de medición por el MSAL

Una vez terminado el proceso en todas las provincias participantes, se realizó una encuesta on-line anónima a los consultores provinciales de gestión y administrativos del Proyecto FESP que participaron de la medición. Respondieron 26 personas sobre un total de 40 convocadas (tasa de respuesta 65%). De las respuestas se obtuvo información valiosa acerca de la percepción de las provincias participantes con respecto a la herramienta y el proceso de medición.

Una de las preguntas estaba referida a cuestionamientos a indicadores realizados en la provincia. El 59% respondió que en su ministerio se realizaron observaciones de este tipo. Los indicadores más discutidos fueron los relacionados con la operación 2.4 de capacidad de control de riesgos y daños - especialmente los referidos al descenso de la mortalidad materna y las coberturas de vacunación a niños menores de un año-, los de Chagas, tuberculosis y el de gestión de pacientes de VIH/sida.

Con respecto a los talleres provinciales realizados para capacitar en la aplicación de la herramienta de medición, el 85% respondió que esos espacios fueron oportunidades importantes para el intercambio de conocimientos y experiencias de los programas. Otros aspectos positivos señalados con respecto a los talleres fueron que aportaron al conocimiento de las FESP en las provincias, al poner el tema en agenda, y contribuyeron a considerar a la evaluación como una herramienta de gestión indispensable.

En la mayoría de las provincias la medición fue interpretada como una oportunidad de autoevaluación y como un instrumento diagnóstico y línea de base. Algunas jurisdicciones llevaron adelante un análisis de los resultados que condujo a compromisos de trabajo para mejorar los indicadores o FESP con regular o bajo desempeño. Esto se observa en las respuestas de la encuesta, ya que el 95% respondió que la medición sirvió para la identificación de fortalezas y debilidades de la gestión, y el 84% que fue útil para el diseño y planificación de nuevas estrategias.

Conclusiones de la medición

1. Quizás debido a que la prueba piloto fue acotada a un solo caso, hubo limitaciones para determinar los atributos de validez y fiabilidad de la herramienta.
2. Los talleres de presentación de la herramienta y la implementación de la mesa de fueron utilizados por los equipos provinciales para plantear dudas y cuestionamientos por parte de las provincias, acerca de indicadores que no se aplicaban adecuadamente a diferentes realidades provinciales o que no estaban claramente formulados.
3. A raíz de ello, fue necesario realizar modificaciones a 8 indicadores durante el trabajo de campo, que se sumaron a las 10 reformulaciones realizadas a partir de la prueba piloto.
4. Se conocen algunas experiencias de difusión de los resultados al interior de los ministerios, y hay una experiencia de planificación a partir de ellos.
5. Resulta necesario profundizar en las posibilidades de uso de los resultados, para que la medición no sea un mero ejercicio y cumpla con su objetivo de fortalecimiento de la gestión de las provincias.

HERRAMIENTA COMPLETA (transcripción de la versión en Excel)

FESP N° 1: Monitoreo (Seguimiento), Evaluación y Análisis de la Situación de Salud						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	Escala	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
1.1. Evaluación de la situación y tendencias de salud de la población con especial énfasis en los lineamientos y metas del Plan Federal de Salud y la perspectiva de equidad	1.1.1 Cuenta con sala de situación y la actualiza periódicamente		1: cuenta con sala de situación y realiza un análisis o reporte mensual 0: no cuenta con sala de situación, o cuenta con una sala pero no realiza reportes mensuales	estructura		
	1.1.2. Cuenta con una unidad de análisis de situación de salud que produce información de calidad y boletines periódicos		1: cuenta con equipo técnico y produce boletines periódicos. 0: no cuenta con equipo ni produce boletines.	estructura		
1.2. Informatización de los centros de salud u hospitales de la provincia para la carga y sistematización de datos estadísticos	1.2.1. Porcentaje de efectores del sector público de la provincia informatizados		1: 60% o más de efectores informatizados 0: menos de 60% de efectores informatizados	estructura		
1.3. Producción y difusión de información acerca del estado de situación de las afecciones que representan la mayor carga de enfermedad	1.3.1. Elabora y difunde informes sanitarios que incluyen indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer y diabetes)		1: elabora un informe anual sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. 0: no realiza informes de esas características	proceso		

	1.3.2. Publica periódicamente una compilación de datos sobre la mortalidad y morbilidad debidas a lesiones intencionales y no intencionales.		1: elabora un informe anual sobre lesiones intencionales y no intencionales con las características mencionadas en la operacionalización. 0: no elabora este tipo de informes.	proceso		
	1.3.3. Recopila, sistematiza y difunde datos sobre salud mental, (demencia, trastornos motores, abuso de sustancias).		1: Tiene un registro en funcionamiento y produce informes. 0: No cuenta con registro de salud mental en la provincia y si no tiene no produce informes.	proceso		
1.4. Producción, sistematización y difusión de información de uso habitual y especial del sector salud, por parte del área de estadísticas vitales	1.4.1. Realiza reporte anual de estadísticas vitales		1: realiza reporte de estadísticas vitales 0: no realiza estos reportes	proceso		
1.5. Evaluación de la calidad de la información en epidemiología	1.5.1. Existen instancias periódicas para la evaluación de la calidad del sistema de vigilancia		1: realizó al menos una evaluación de la calidad de los datos de vigilancia en el último año. 0: no realizó evaluación de la calidad de los datos de vigilancia en el último año.	proceso		

FESP N° 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	Escala	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
2.1. Sistema de vigilancia en funcionamiento para identificar amenazas a la salud pública, en enfermedades transmisibles y no transmisibles	2.1.1. Índice de evaluación del Sistema de vigilancia con valor menor a 3		1: Índice de calidad de la vigilancia con un valor de 3 o menos para la provincia. 0: Índice de calidad de la vigilancia con un valor mayor a 3 para la provincia.	estructura		
	2.1.2. Cuenta con un referente para la vigilancia de Enfermedades No Transmisibles		1: Cuenta con un profesional de planta o contratado, dedicado a estas funciones. 0: No cuenta con un profesional de planta o contratado, dedicado a estas funciones .	estructura		
	2.1.3. Implementa registro de tumores		1: la provincia cuenta con un registro de cáncer. 0: La provincia no cuenta con registro de cáncer.	estructura		
	2.1.4. Implementa Unidad Centinela de lesiones		1= La provincia tiene implementada al menos una unidad centinela de lesiones. 0= no tiene unidad centinela de lesiones	estructura		
2.2. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para la investigación de casos	2.2.1. Investiga el 100% de los casos de sarampión notificados (N° de casos de sarampión investigados / N° de casos de sarampión notificados)		1: en la provincia se investigó el 100% de los casos notificados durante el último año, o la notificación de casos fue 0. 0: en la provincia se investigó menos del 100% de los casos notificados el último año	proceso		

	2.2.2. Investiga el 90% o más de los casos de rubeola notificados (N° de casos de rubeola investigados / N° de casos de rubeola notificados)		1: en la provincia se investigó el 90% de los casos notificados durante el último año, o si la provincia notificó 0 casos de rubéola durante ese período. 0: en la provincia se investigó menos del 90% de los casos notificados el último año.	proceso		
	2.2.3. Investiga el 90% o más de los casos de SUH notificados (N° de casos de SUH investigados / N° de casos de SUH notificados)		1: en la provincia se investigó más del 90% de los casos notificados durante el último año, o si la provincia notificó 0 casos. 0: en la provincia se investigó menos del 90% de los casos notificados el último año.	proceso		
2.3. Vigilancia intensificada de enfermedades infecciosas seleccionadas para facilitar su eliminación.	2.3.1. Logra y mantiene la eliminación de casos autóctonos de sarampión (Muestra reducción o mantiene en cero)		1= En la provincia se notificaron 0 casos autóctonos de sarampión. 0= La provincia notificó casos autóctonos de sarampión.	resultado		
	2.3.2. Logra y mantiene la eliminación de casos de rubéola congénita (Reduce a "0" los casos de rubeola congénita)		1= En la provincia se notificaron 0 casos de rubéola congénita. 0= La provincia notificó casos de rubéola congénita.	resultado		
2.4. Capacidad de control de riesgos y daños a la salud pública	2.4.1. Disminuye la mortalidad materna de acuerdo a las metas del Plan Federal		2= MM menor o igual que el año anterior, que cumple con las metas del Plan Federal. 1= La MM es menor al año anterior pero no cumple las metas del Plan Federal. 0= La M.M. es mayor a la del año anterior, y no cumple con las metas expresadas en el Plan Federal.	resultado		

2.4. Capacidad de control de riesgos y daños a la salud pública	2.4.2. Disminuye la mortalidad por aborto (tasa de mortalidad por aborto).		2= Menor al año anterior 1= Igual al año anterior 0= Mayor al año anterior	resultado		
	2.4.3. Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad infantil, de manera progresiva, de acuerdo a las metas del Plan Federal		2= Menor o igual que el año anterior, que cumple con las metas del Plan Federal. 1= Menor al año anterior pero no cumple con las metas del Plan Federal. 0= Mayor o igual a la del año anterior, y no cumple con las metas expresadas en el Plan Federal.	resultado		
	2.4.4. Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad neonatal, de acuerdo a las metas del Plan Federal		2= Menor o igual que el año anterior, que cumple con las metas del Plan Federal. 1= Menor al año anterior pero no cumple con las metas del Plan Federal. 0= Mayor o igual a la del año anterior, y no cumple con las metas expresadas en el Plan Federal.	resultado		
	2.4.5. Logró la eliminación del tétanos neonatal en la Provincia		1=La provincia tiene 0 casos de tétanos neonatal notificados en el último año. 0= La provincia notificó casos de tétanos neonatal en el último año.	resultado		
	2.4.6. Disminuye progresivamente los casos de sífilis congénita de acuerdo a las metas el Plan Federal		2=La provincia tiene 0 casos de sífilis congénita notificados. 1= El número de casos se mantuvo o descendió con respecto al año anterior, pero no llega a 0. 0= Aumentó el número de casos respecto al año anterior	resultado		

	2.4.7. Logran coberturas del 95% en las cuatro vacunas básicas del Calendario Nacional de Vacunación (en menores de 1 año) en al menos el 70% de los Departamentos		2: Logra coberturas del 95% en las cuatro vacunas básicas del calendario Nacional al año de edad, en al 70% de los departamentos. 1: Logra coberturas del 95% en las cuatro vacunas básicas del Calendario Nacional al año de edad en menos del 70% de los Departamentos pero en más del 50% de los mismos. 0: Logra coberturas del 95% en las cuatro vacunas básicas del Calendario Nacional al año de edad en el 50% o menos de los Departamentos	resultado		
	2.4.8. Porcentaje de pacientes bajo tratamiento DOTS		1= Al menos el 85% de los pacientes con baciloscopia positiva está recibiendo tratamiento DOTS. 0= Menos del 85% de los pacientes con baciloscopia positiva está recibiendo tratamiento DOTS.	proceso		
2.5. Estrategias de control de vectores para reducir la transmisión vectorial y vertical	2.5.1. Disminuye la transmisión vertical de Chagas		1=La provincia disminuyó el N° de casos de Chagas agudo congénito con respecto al año anterior. 0= La provincia aumentó o mantuvo el número de casos respecto al año anterior.	resultado		
	2.5.2. Cumple con las metas anuales de vigilancia de dengue		1: Se realizó vigilancia vectorial en al menos el 80% de las viviendas planificadas. 0: Se realizó vigilancia vectorial en menos del 80% de las viviendas planificadas.	proceso		

	2.5.3. Cumple con las metas anuales de vigilancia de Chagas		1: Se realizó vigilancia vectorial en al menos el 80% de las viviendas planificadas. 0: Se realizó vigilancia vectorial en menos del 80% de las viviendas planificadas.	proceso		
2.6. Laboratorios de salud pública con equipamientos, insumos y recursos humanos capaces de apoyar la vigilancia e investigaciones epidemiológicas	2.6.1. Cuenta con una red de laboratorios capaces de apoyar la vigilancia e investigaciones epidemiológicas		1: Al menos el 80% de los laboratorios del sector público están incorporados al SIVILA. 0: Menos del 80% de los laboratorios del sector público están incorporados al SIVILA.	estructura		
FESP N° 3: Promoción de la salud						
					Obtención de Información	
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	escala	Tipo de indicador	Medios de verificación	Programa / Referente
3.1. Diseño e implementación de una política de promoción de la salud con seguimiento en el tiempo, y en articulación con los gobiernos locales	3.1.1. Cuenta con una formulación escrita de su política de promoción de la salud (plan estratégico de promoción de la salud)	1	1: La provincia cuenta con una formulación escrita de su política de promoción de la salud avalada por resolución ministerial 0: No tiene una formulación escrita.	proceso		
	3.1.2. Cuenta con equipos multidisciplinarios para promoción de la salud	1	1: Equipo de trabajo multidisciplinarios nombrado y en funcionamiento. 0: No cuenta con equipo de trabajo interdisciplinario en promoción de la salud.	estructura		

	3.1.3. Posee una formulación escrita de su plan de prevención de adicciones	1	1= Tiene formulación escrita de su Plan de Prevención de adicciones. 0= No tiene plan de adicciones escrito.	proceso		
	3.1.4. La provincia ha cumplido con la meta de incorporación de municipios como miembros titulares o adherentes al Programa de Municipios Saludables (según compromisos FESP, metas anuales)	1	1: La provincia cumplió con las metas anuales de incorporación de Municipios Saludables Adherentes y/o Titulares, expresadas en el Compromiso de Gestión Anual. 0: La provincia no cumplió con las metas anuales de incorporación de Municipios Saludables Adherentes y/o Titulares	resultado		
	3.1.5. La provincia ha realizado al menos una campaña de comunicación para promover hábitos saludables, en el último año	1	1= Se realizó una campaña de comunicación o más durante el último año. 0= No se realizó ninguna campaña durante el último año.	proceso		
	3.1.6. Desarrolla la estrategia de escuelas promotoras de salud en el territorio provincial	1	1= La provincia cuenta con una comisión interministerial entre salud y educación en funcionamiento (avalada por convenio o resolución), y trabaja en la implementación del autodiagnóstico escolar. 0= La provincia no cuenta con una comisión interministerial entre salud y educación en funcionamiento (avalada por convenio o resolución)	estructura		

3.2. Elaboración de normas destinadas a promover ambientes y conductas saludables	3.2.1. Cuenta con ley provincial de control del tabaco.	1	1=Ley provincial de control del tabaco publicada en el Boletín Oficial y reglamentada. 0= la provincia no cuenta con ley de control del tabaco debidamente reglamentada, publicada en el Boletín Oficial.	estructura		
3.3. Articulación con otros sectores, para el desarrollo de políticas que contribuyan a la promoción de la salud	3.3.1. Articula con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, para impulsar políticas que contribuyan a la promoción de la salud (acuerdos con productores de alimentos, medidas impositivas, políticas de vivienda, infraestructura para realizar actividad física, etc.)	1	1=Existencia de convenios firmados y vigentes para el impulso de políticas que contribuyan a la promoción de la salud. 0= No hay registro de convenios firmados y vigentes para el impulso de políticas que contribuyan a la promoción de la salud.	proceso		
FESP N° 4: Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	escala	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
4.1. Promueve el acceso de los ciudadanos a la información, para facilitar la toma de decisiones en salud	4.1.1. El ministerio brinda servicios gratuitos de consulta para los ciudadanos con información de prevención de enfermedades y asesoramiento en derechos		1= La provincia brinda servicios gratuitos de acceso a la información en salud y/o estimula el uso de los servicios nacionales. 0=La provincia no cuenta con servicios gratuitos de acceso a la información en salud y tampoco estimula el uso de los servicios nacionales.	proceso		

	4.1.2. Realiza un análisis del N° de consultas a las líneas telefónicas gratuitas de información.		1= Cuenta con reportes de sistematización de consultas y demandas elevados a los referentes de programas y otras autoridades. 0=No hay registros de ningún reporte de sistematización de consultas y demandas de los usuarios a través de los servicios gratuitos de consulta.	resultado		
	4.1.3. Los servicios de salud individuales y colectivos hacen públicos los resultados de la habilitación categorizante		1= Al menos 60% de los establecimientos que realizaron habilitación categorizante difundieron sus resultados a los usuarios. 0= Menos del 60% de los establecimientos que realizaron habilitación categorizante difundieron sus resultados a los usuarios.	proceso		
4.2. Considera la participación comunitaria como eje para la definición e implementación de políticas de salud	4.2.1. El ministerio fomenta la participación comunitaria mediante la conformación de consejos locales o mesas de trabajo intersectorial		1= El ministerio provincial da cuenta de articulación con espacios de participación comunitaria a nivel local. 0= El ministerio no articula con espacios de participación comunitaria a nivel local.	resultado		
	4.2.2. Los programas priorizados incluyen un componente de participación social en salud en sus planes y proyectos anuales.		1= De los diez programas priorizados que implementa el ministerio, al menos cinco cuentan con un componente de participación social en su planificación anual. 0= De los diez programas priorizados que implementa el ministerio, menos de cinco cuentan con un componente de participación social en su planificación anual.	estructura		

	4.2.3. Estimula la conformación de grupos de pares y de asociaciones de personas afectadas y familiares, usuarios y /o beneficiarios (N° de grupos que funcionan en hospitales o espacios facilitados por el sistema de salud provincial)		1=Uno o más de los programas priorizados articula acciones con grupos de pares o asociaciones de personas afectadas, familiares y/o beneficiarios. 0=Ninguno de los programas priorizados articula acciones con grupos de pares o asociaciones de personas afectadas, familiares y/o beneficiarios.	resultado		
4.3. Estimula y fomenta el desarrollo de buenas prácticas de participación social en salud	4.3.1. Cuenta con un porcentaje del presupuesto destinado al desarrollo de proyectos de salud pública realizados por organizaciones de la sociedad civil		1=El ministerio cuenta con una línea presupuestaria para el financiamiento de proyectos de participación comunitaria. 0= El ministerio no cuenta con una línea presupuestaria para el financiamiento de proyectos de participación comunitaria	estructura		
4.4. Capacita a los equipos locales de salud en estrategias de promoción de la participación comunitaria	4.4.1. Ha desarrollado al menos una capacitación en participación social en salud destinada a equipos locales de salud, en el último año		1= El ministerio desarrolló una capacitación en participación comunitaria para personal de salud y/o equipos provinciales, durante el último año. 0= El ministerio no desarrolló una capacitación en participación comunitaria para personal de salud y/o equipos provinciales, durante el último año.	proceso		

FESP N° 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	Escala	tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
5.1. Liderazgo en el desarrollo de una agenda provincial de políticas de salud	5.1.1. El ministerio difunde y publicita sus políticas de salud y los consensos alcanzados con otros actores, en el marco de CORESA, COFESA y otros espacios de gestión multisectoriales, a través de su página web y otros medios de comunicación		1= El ministerio provincial da cuenta de la difusión de sus políticas sanitarias a otros actores del sistema. 0= El ministerio provincial no da cuenta de la difusión de sus políticas sanitarias a otros actores del sistema.	proceso		
5.2. Herramientas de gestión para el Seguimiento y Monitoreo en programas priorizados	5.2.1. La provincia tiene implementado el Sistema de Seguimiento y Monitoreo de Insumos para los programas de Sangre, TBC y PAI		1= El SSMI se encuentre implementado para los Programas de Sangre, TBC y PAI. 0= El SSMI no se encuentre implementado para los Programas de Sangre, TBC y PAI.	proceso		
	5.2.2. % de los efectores incorporados al Sistema de Información Sanitario Argentino (SIISA) con página general completa (80%)		1= El 80% o más de los establecimientos de salud de la provincia (públicos y privados), están cargados en el SIISA. 0= Menos del 80% de los establecimientos de salud de la provincia (públicos y privados), están cargados en el SIISA.	proceso		

<p>5.3. Articulación con organizaciones de la sociedad civil para fortalecer la implementación de políticas sanitarias</p>	<p>5.3.1. El ministerio cuenta con convenios con organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y otros organismos gubernamentales, para fortalecer la implementación de políticas sanitarias</p>	<p>1= El ministerio puede dar cuenta de convenios vigentes con organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y otros organismos gubernamentales. 0= El ministerio puede dar cuenta de convenios vigentes con organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y otros organismos gubernamentales.</p>	<p>proceso</p>		
<p>5.4. Capacidades para el desarrollo de planificación estratégica y evaluación de las políticas</p>	<p>5.4.1. El ministerio cuenta con un área o equipo específico de planificación estratégica y evaluación de las políticas.</p>	<p>1= El ministerio cuenta con un equipo de trabajo (al menos dos personas contratadas o en planta) para el desarrollo de actividades de planificación. 0= El ministerio no cuenta con un equipo de trabajo (al menos dos personas) contratadas o en planta para el desarrollo de actividades de planificación</p>	<p>estructura</p>		
<p>5.5. Estructura y equipos necesarios para gestionar y cumplir las metas de políticas y programas priorizados</p>	<p>5.5.1. SANGRE: Tiene un programa de donación voluntaria, que ha realizado al menos tres colectas durante el último año</p>	<p>1= El programa provincial de sangre ha desarrollado al menos 3 colectas de sangre en el último año. 0= El programa provincial de sangre ha desarrollado menos de 3 colectas de sangre en el último año.</p>	<p>proceso</p>		
	<p>5.5.2. VECTORES: Implementa un Plan de control de vectores (dengue, chagas, etc.)</p>	<p>1=La provincia cuenta con un Plan Estratégico de Control de Vectores aprobado y consensuado con el Programa Nacional. 0=La provincia no cuenta con un Plan Estratégico de Control de Vectores aprobado y consensuado con el Programa Nacional.</p>	<p>estructura</p>		

	5.5.3. VIH- SIDA: informatización de los efectores para la correcta gestión de pacientes con VIH SIDA y ETS.		1= El 70% o más de los hospitales que atienden VIH/sida y ETS está en red computarizada con el programa provincial y el Programa Nacional. 0= Menos del 70% de los hospitales que atienden VIH/sida y ETS está en red computarizada con el programa provincial y el Programa Nacional.	estructura		
	5.5.4. Implementa el Plan para los Pueblos Indígenas, mediante articulación entre programas provinciales y nacionales	1	1= La provincia cumple con los compromisos anuales estipulados para la salvaguarda (implementa el PPI). 0= La provincia no cumple con los compromisos anuales estipulados para la salvaguarda.	proceso		

FESP N° 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	Escala	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
6.1. Capacitación en evaluación de tecnologías sanitarias	6.1.1. El ministerio cuenta con personal capacitado en Evaluación de tecnologías sanitarias por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica		1= El ministerio cuenta con al menos un profesional que acredita capacitación en evaluación de tecnologías sanitarias. 0= El ministerio no cuenta con al menos un profesional que acredita capacitación en evaluación de tecnologías sanitarias.	estructura		

6.2. Implementa estrategias de evaluación, regulación y supervisión de servicios, para mejorar la calidad de la atención de la salud y fiscalizar el cumplimiento de normas	6.2.1. Cuenta con hospitales provinciales del sector público con habilitación categorizante aprobada por el Programa según Res. 1262/06 y normativas complementarias		1= Al menos el 70% de los efectores del sector público provincial cuenta con habilitación categorizante, durante el último año. 0= Menos del 70% de los efectores del sector público provincial cuenta con habilitación categorizante.	resultado		
	6.2.2. Cumple con las acciones de autoevaluación y supervisión de los CAPS		1= La provincia cumple con la meta de 70% de CAPS autoevaluados y supervisados, durante el último año. 0= La provincia no cumple con la meta de 70% de CAPS autoevaluados y supervisados	proceso		
	6.2.3. Implementa la supervisión de farmacias		1= La provincia cuenta con al menos el 80% de farmacias supervisadas, durante el último año. 0= La provincia cuenta con menos del 80% de farmacias supervisadas.	proceso		
	6.2.4. Cuenta con servicios de salud sexual locales supervisados		1= La provincia cuenta con al menos el 80% de los servicios de salud sexual supervisados, durante el último año. 0= La provincia cuenta con menos del 80% de los servicios de salud sexual supervisados, durante el último año.	proceso		
	6.2.5. Cuenta con servicios de vacunatorios supervisados		1= La provincia cuenta con al menos el 80% de los vacunatorios supervisados. 0= La provincia cuenta con menos del 80% de los vacunatorios supervisados.	proceso		

<p>6.3. Desarrolla y fiscaliza el cumplimiento de los códigos sanitarios y/o normas relacionados con el programa de acreditación y control de la calidad de los servicios, utilización de tecnologías sanitarias aprobadas por autoridad competente</p>	<p>6.3.1. La autoridad sanitaria provincial fiscaliza el cumplimiento de normas sanitarias de control de calidad de los servicios y utilización de tecnologías sanitarias aprobadas según lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de la atención médica</p>		<p>1= El 70% o más de los efectores cuentan con protocolos de atención médica y tecnologías sanitarias acordes con el nivel de atención. 0= Menos del 70% de los efectores cuentan con protocolos de atención médica y tecnologías sanitarias acordes con el nivel de atención.</p>	<p>proceso</p>		
<p>6.4. Adhiere a normativas nacionales o cuenta con legislación propia relacionada con el acceso a medicamentos y derechos de los pacientes y monitorea su cumplimiento</p>	<p>6.4.1. La Provincia adhiere a la Ley Nacional 25.649 de Prescripción de medicamentos por su nombre genérico; de lo contrario, tiene leyes provinciales o normas vinculadas al tema</p>		<p>1= La Provincia adhiere a la Ley Nacional 25.649 de Prescripción de medicamentos por su nombre genérico; o tiene leyes provinciales o normas vinculadas al tema en vigencia y reglamentadas. 0= La provincia no adhiere a la Ley Nacional 25.649 de Prescripción de medicamentos por su nombre genérico; tampoco tiene leyes provinciales o normas vinculadas al tema en vigencia y reglamentadas.</p>	<p>estructura</p>		
	<p>6.4.2. Porcentaje de las recetas se prescriben por nombre genérico.</p>		<p>1= El 80% o más de las recetas, en el ámbito provincial, se prescriben por nombre genérico. 0= Menos del 80% de las recetas, en el ámbito provincial, se prescriben por nombre genérico.</p>	<p>resultado</p>		

	6.4.3. La provincia adhiere a la Ley 26529 sobre Derechos de los pacientes y Consentimiento Informado		1= la provincia adhirió a la ley nacional 26529, o tiene en vigencia una legislación propia referida al tema. 0= la provincia no adhirió a la ley nacional 26529, y tampoco tiene en vigencia una legislación propia referida al tema.	estructura		
6.5. Cuenta con regulaciones que inciden sobre los determinantes de la salud	6.5.1. El área de salud ambiental articula con dependencias provinciales y municipales de ambiente para promover el cumplimiento de las legislaciones relacionadas con determinantes ambientales sobre la salud (calidad del agua, del aire y del suelo, distintos tipos de contaminación, etc.)		1= El ministerio provincial cuenta con convenios, acuerdos, o acciones conjuntas con otros sectores, para promover el cumplimiento de las legislaciones relacionadas con la salud ambiental. 0= El ministerio provincial no cuenta con convenios, acuerdos, o acciones conjuntas con otros sectores, para promover el cumplimiento de las legislaciones relacionadas con la salud ambiental.	proceso		
6.6. Contribuye a optimizar la gestión de residuos en Establecimientos de Salud, de acuerdo a la normativa vigente	6.6.1. Tiene un Registro de Instituciones de salud generadoras de residuos peligrosos		1= El 70% o más de los establecimientos de salud provinciales se encuentran registrados como generadores de residuos peligrosos. 0= Menos del 70% de los establecimientos de salud provinciales se encuentran registrados como generadores de residuos peligrosos.	proceso		

FESP N° 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	escala	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
7.1. Mejora del acceso de la población infantil sin obra social a los servicios de salud	7.1.1. Mantuvo o incrementó la cobertura del Plan Nacer, a partir de la implementación de la Asignación Universal por Hijo en la Provincia		2= La cobertura del Plan Nacer aumentó luego de la implementación de la AUH. 1= La cobertura del Plan Nacer se mantuvo constante luego de la implementación de la AUH. 0= La cobertura del Plan Nacer descendió luego de la implementación de la AUH.	resultado		
7.2. Fortalecimiento de la estrategia de APS como organizadora del sistema	7.2.1. Facilita a los gobiernos locales herramientas y asistencia técnica para fortalecer la APS		1= Durante el último año, el ministerio provincial brindó asistencia técnica, capacitación y/u otras formas de fortalecimiento de APS en los municipios. 0= Durante el último año, el ministerio provincial no brindó asistencia técnica, capacitación y/u otras formas de fortalecimiento de APS en los municipios.	proceso		
	7.2.2. Cuenta con establecimientos de Atención Primaria o CAPS con horarios extendidos		1= El 50% o más de los efectores de APS atienden en doble turno. 0= Menos del 50% de los efectores de APS atienden en doble turno.	estructura		

	7.2.3. Posee Centros de Atención Primaria habilitados con vacunatorios		1= El 70% o más de los centros de APS cuentan con vacunatorios y enfermeras capacitadas en PAI. 0= Menos del 70% de los centros de APS cuentan con vacunatorios y enfermeras capacitadas en PAI.	estructura		
7.3. Anticoncepción quirúrgica en Hospitales de la provincia	7.3.1. Facilita el acceso de la población a la contracepción quirúrgica.		1 = En la provincia todos los hospitales que cuentan con la complejidad requerida, realizan las prácticas de LT y Vasectomía en los términos establecidos por la ley nacional 26.130. 0 =En la provincia no todos los hospitales que cuentan con la complejidad requerida, realizan las prácticas de LT y Vasectomía en los términos establecidos por la ley nacional 26.130.	estructura		
7.4. Monitoreo de la disponibilidad de insumos anticonceptivos en los efectores provinciales	7.4.1. Los efectores provinciales cuentan con disponibilidad regular de insumos anticonceptivos		1= El 20% o menos de los efectores reportaron falta de insumos en el último año. 0= Más del 20% de los efectores reportaron falta de insumos en el último año.	resultado		
7.5. Acceso de la población a servicios de prevención y atención y a tratamientos en temas priorizados	7.5.1. Facilita el acceso al diagnóstico de TBC, a través de efectores de segundo y tercer nivel que realizan baciloscopías		1= Al menos el 80 % de los efectores de segundo y tercer nivel de atención realizan baciloscopías 0= Menos del 80 % de los efectores de segundo y tercer nivel de atención realizan baciloscopías	resultado		

	7.5.2. Facilita el acceso al tratamiento de los pacientes diagnosticados VIH (Al menos el 95% de los pacientes diagnosticados con VIH/sida reciben tratamiento antiretroviral.)		1= Al menos el 95% de los pacientes diagnosticados con VIH/sida reciben tratamiento antiretroviral. 0= Menos del 95% de los pacientes diagnosticados con VIH/sida reciben tratamiento antiretroviral.	resultado		
	7.5.3. Implementa los Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo para VIH, de acuerdo a las metas acordadas en el compromiso de gestión anual		1= La provincia cubrió la brecha expresada en el CGA sobre implementación de CEPAT 0= La provincia no cubrió la brecha expresada en el CGA sobre implementación de CEPAT	estructura		
	7.5.4. Las embarazadas VIH+ reciben profilaxis para la transmisión vertical (Al menos el 95% de las embarazadas VIH+ reciben profilaxis para la transmisión vertical)		1= Al menos el 95% de las embarazadas VIH+ reciben profilaxis para la transmisión vertical. 0= Menos del 95% de las embarazadas VIH+ reciben profilaxis para la transmisión vertical.	resultado		
	7.5.5. Cuenta con una red de servicios gratuitos de cesación tabáquica en efectores de la provincia.		1= La provincia cuenta con servicios gratuitos de cesación tabáquica. 0= La provincia no cuenta con servicios gratuitos de cesación tabáquica.	estructura		

FESP N° 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	Escala	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
8.1. Cuenta con resoluciones y leyes laborales actualizadas que guíen la práctica de formación, capacitación y contratación de los RRHH destinados a los servicios de salud pública.	8.1.1. En la provincia hay una Ley de Residencia médicas actualizada y reglamentada		1= La provincia cuenta con una Ley de Residencias actualizada y reglamentada. 0= La provincia no cuenta con una Ley de Residencias actualizada y reglamentada.	estructura		
	8.1.2. Posee mecanismos legales y administrativos que facilitan la contratación del personal capacitado por la Provincia		1= Posee una normativa o procedimiento legal o administrativo que garantice o facilite al personal capacitado por la provincia, el acceso a cargos dentro del área de salud. 0= No Posee una normativa o procedimiento legal o administrativo que garantice o facilite al personal capacitado por la provincia, el acceso a cargos dentro del área de salud.	estructura		
8.2. Dispone de un área que realiza evaluación del estado de situación de los recursos humanos en salud y analiza necesidades profesionales.	8.2.1. Cuenta con un área responsable de la planificación para el desarrollo y capacitación de los recursos humanos de salud.		1= El ministerio da cuenta de la existencia de un área o equipo de trabajo encargado del diagnóstico de necesidades y planificación de políticas de fortalecimiento de RRHH 0= El ministerio no da cuenta de la existencia de un área o equipo de trabajo específico encargado del diagnóstico de necesidades y planificación de políticas de fortalecimiento de RRHH	estructura		

	8.2.2. Cuenta con comité que realiza definición y cálculo de planteles hospitalarios de acuerdo a normativas vigentes		1= El ministerio cuenta con un reporte / informe de brecha del Área de RRHH en salud. 0= El ministerio no cuenta con un reporte / informe de brecha del Área de RRHH en salud.	estructura		
8.3. Propicia la consolidación de los equipos de trabajo en los programas	8.3.1. El personal del Ministerio con contrato temporario no supera el 30% del total de trabajadores.		1= El personal del ministerio provincial con contrato temporario es del 30% o menos del total de los trabajadores. 0= El personal del ministerio provincial con contrato temporario es superior al 30% del total de los trabajadores.	estructura		
	8.3.2. % de médicos comunitarios formados en la Provincia que fueron incorporaron a planta		1= La provincia contrató al menos al 80% de los profesionales que se formaron en el Programa de Médicos Comunitarios. 0= La provincia contrató a menos del 80% de los profesionales que se formaron en el Programa de Médicos Comunitarios	estructura		
8.4. Orienta y promueve procesos de educación continua, permanente y formación de posgrado en salud pública	8.4.1. El ministerio brinda educación continua y capacitaciones en servicios con recursos propios	1	1= Durante el último año, el ministerio ha realizado educación continua y/o capacitaciones en servicios a personal de salud. 0= Durante el último año, el ministerio no ha realizado educación continua ni ha brindado capacitaciones en servicios a personal de salud.	proceso		

	8.4.2. El ministerio tiene en vigencia acuerdos formales e informales con instituciones académicas para permitir el acceso a educación continua	1	1= El ministerio tiene en vigencia acuerdos con instituciones académicas para brindar educación continua a personal del ministerio y/o equipos de los servicios de salud. 0= El ministerio no tiene en vigencia acuerdos con instituciones académicas para brindar educación continua a personal del ministerio y/o equipos de los servicios de salud.	proceso		
8.5. Realiza capacitación del personal de salud en temáticas específicas priorizadas, para promover una mejora en la atención	8.5.1. La provincia realiza eventos o jornadas interdisciplinarias destinadas a promover el abordaje multicultural (plazo anual)		1= Durante el último año, el ministerio realizó eventos, jornadas, capacitaciones en estrategias de abordaje multicultural, destinadas al equipo de salud. 0= Durante el último año, el ministerio no realizó capacitaciones en estrategias de abordaje multicultural, destinadas al equipo de salud.	proceso		
	8.5.2. Realiza capacitaciones conjuntas con Programas Nacionales		1= Durante el último año, el ministerio realizó capacitaciones al personal de salud en forma conjunta con al menos tres programas priorizados. 0= Durante el último año, el ministerio no realizó capacitaciones al personal de salud en forma conjunta con al menos tres programas priorizados.	proceso		

FESP N° 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	Escala	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
9.1. Acreditación y control de la calidad de los servicios	9.1.1. Cuenta con un área de fiscalización que incorpora indicadores de calidad en la supervisión de los servicios de salud		1= El ministerio cuenta con un área de fiscalización que incorpora indicadores de calidad en la supervisión de los servicios de salud. 0= El ministerio cuenta con un área de fiscalización que no incorpora indicadores de calidad en la supervisión de los servicios de salud.	estructura		
	9.1.2. Cuenta con un Registro de profesionales de la salud que ejercen en la Provincia , y fiscaliza la acreditación de especialidades		1= El ministerio lleva adelante un registro actualizado de profesionales de la salud que ejercen en la Provincia. 0= El ministerio no lleva adelante un registro actualizado de profesionales de la salud que ejercen en la Provincia.	estructura		
9.2. Aplicación de guías y protocolos de atención basados en la mejor evidencia disponible	9.2.1. Tiene y difunde guías de práctica clínica y protocolos de atención elaborados por la Dirección de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación, Programas Nacionales y Provinciales, sociedades científicas		1= La provincia aplica guías de práctica clínica y protocolos de atención vinculados a la APS y elaborados por la Dirección de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación, Programas Nacionales y Provinciales, sociedades científicas 0= La provincia no aplica guías de práctica clínica y protocolos de atención elaborados por la Dirección de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación, Programas Nacionales y Provinciales	resultado		

9.3. Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios de servicios de salud	9.3.1. Cuenta con servicios que aplicaron encuestas de satisfacción a usuarios durante los últimos 24 meses		1= El ministerio informa que los servicios de salud de la provincia aplican encuestas de satisfacción a usuarios. 0= El ministerio reporta que los servicios de salud de la provincia no aplican encuestas de satisfacción a usuarios.	proceso		
	9.3.2. Se realizan análisis de esas encuestas a fin de mejorar la oferta de servicios		1= El ministerio reporta que los servicios de salud de la provincia implementaron mejoras a partir de los resultados de encuestas de satisfacción a usuarios. 0= El ministerio reporta que los servicios de salud de la provincia no implementaron mejoras a partir de los resultados de encuestas de satisfacción a usuarios.	resultado		

FESP N° 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública

Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	Escalas	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
10.1. Registro provincial y rectoría de investigación en salud pública	10.1.1. Realiza un relevamiento de prioridades en salud, a fin de armar una agenda de investigación para la provincia.		1= El ministerio cuenta con una agenda de investigación para la salud que responde a un relevamiento de prioridades. 0= El ministerio no cuenta con una agenda de investigación para la salud que responde a un relevamiento de prioridades, o no realizó el mencionado relevamiento.	proceso		

	10.1.2. Cuenta con registro provincial de investigaciones para la salud		1= El ministerio cuenta con un registro de investigaciones para la salud realizadas en la provincia. 0= El ministerio no cuenta con un registro de investigaciones para la salud realizadas en la provincia.	estructura		
10.2. Capacidad institucional para la investigación en salud pública	10.2.1. El ministerio ha financiado, en el último año / últimos 12 meses, algún proyecto de investigación acerca de problemas relevantes para la salud pública		1= El ministerio financió proyectos de investigación para la salud en el último año. 0= El ministerio no financió proyectos de investigación para la salud en el último año.	proceso		
	10.2.2. El ministerio cuenta con un área orientada al desarrollo y financiamiento de investigaciones para la salud		1= El ministerio cuenta con un área o equipo de trabajo destinado a orientar políticas de investigación para la salud. 0= El ministerio no cuenta con un área o equipo de trabajo destinado a orientar políticas de investigación para la salud.	estructura		
10.3. Utilización de resultados de investigaciones para mejorar las prácticas de salud pública	10.3.1. Desarrolla estrategias de promoción de uso de resultados de investigaciones, destinadas a funcionarios y equipos de salud.		1= El ministerio desarrolló estrategias de difusión de resultados de investigaciones en el último año. 0= El ministerio no desarrolló estrategias de difusión de resultados de investigaciones en el último año.	proceso		

10.4. Genera alianzas con universidades, sociedades científicas e instituciones, para promover y mejorar la investigación y el desarrollo de soluciones innovadoras en la provincia	10.4.1. Tiene en vigencia convenios de colaboración con universidades, sociedades científicas e instituciones para participar de investigaciones o contribuir a su desarrollo y/o recibir capacitación en investigación		1= El ministerio cuenta con convenios con otros sectores para fortalecer la investigación para la salud en la provincia. 0= El ministerio no cuenta con convenios con otros sectores para fortalecer la investigación para la salud en la provincia.	proceso		
	10.4.2. Existen Comités de Bioética o de Ética en Investigación, con funciones educativa, consultiva, normativa y de revisión de investigaciones, incorporando la dimensión ética para el diseño, gestión y evaluación de las políticas de salud.		1=La Provincia cuenta con un Comité de Bioética que desarrolla funciones consultivas, normativas y de revisión de investigaciones. 0=No cuenta con este Comité	estructura		
FESP N° 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud						
Operaciones	Acciones / indicadores	Cumple	Escalas	Tipo de indicador	Obtención de Información	
					Medios de verificación	Programa / Referente
11.1. En articulación con el ministerio nacional, desarrolla normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.	11.1.1. Cuenta con planes para hospitales y protocolos de atención a población evacuada y de reducción de los riesgos en caso de emergencia		1= La provincia cubrió la brecha expresada en el CGA de preparación de planes de contingencia para hospitales. 0= La provincia no cubrió la brecha expresada en el CGA de preparación de planes de contingencia para hospitales.	proceso		

<p>11.2. Promueve alianzas estratégicas con otros sectores para mejorar su capacidad de respuesta ante emergencias y desastres</p>	<p>11.2.1. Tiene en vigencia convenios con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales para actuar en forma conjunta ante emergencias y desastres</p>	<p>1= El ministerio tiene en vigencia convenios con otros sectores para enfrentar emergencias y desastres de manera rápida y oportuna. 0= El ministerio no tiene en vigencia convenios con otros sectores para enfrentar emergencias y desastres de manera rápida y oportuna.</p>	<p>proceso</p>		
<p>11.3. Entrenamiento y capacitación del personal en emergencias desastres</p>	<p>11.3.1. Capacita periódicamente al personal de salud para actuar ante situaciones de emergencia y desastres</p>	<p>1= El ministerio da cuenta de capacitaciones en emergencias destinadas al personal de salud del sistema provincial. 0= El ministerio no da cuenta de capacitaciones en emergencias destinadas al personal de salud del sistema provincial.</p>	<p>proceso</p>		
	<p>11.3.2. Realiza periódicamente ejercicios de simulacros para situaciones de desastres</p>	<p>1= La provincia cubrió la brecha expresada en el CGA de realización de ejercicios de simulacros hospitalarios para situaciones de desastres (ASP 37). 0= La provincia no cubrió la brecha expresada en el CGA de realización de ejercicios de simulacros hospitalarios para situaciones de desastres (ASP 37).</p>	<p>proceso</p>		
<p>11.4. Orienta recursos financieros y materiales para responder a las diferentes emergencias y desastres (All Hazard)</p>	<p>11.4.1. Brinda asistencia financiera y/o RRHH para la implementación de planes de contingencia para afrontar las consecuencias de emergencias y desastres</p>	<p>1= Durante el último año, el ministerio brindó asistencia financiera o recursos humanos para contribuir al enfrentamiento de emergencias y desastres. 0= Durante el último año, el ministerio no brindó asistencia financiera o recursos humanos para contribuir al enfrentamiento de emergencias y desastres.</p>	<p>estructura</p>		

11.5. Cuenta con mapeo de riesgos y recursos para enfrentar adecuadamente emergencias y desastres	11.5.1. Realiza mapeo de riesgos por localidad		1= El área de emergencias del ministerio provincial realiza mapeo de riesgos por localidad. 0= El área de emergencias del ministerio provincial no realiza mapeo de riesgos por localidad	proceso		
	11.5.2. Realiza mapeo de recursos para facilitar las intervenciones en casos de emergencias		1= El área de emergencias del ministerio provincial realiza mapeo de recursos para afrontar emergencias y desastres. 0= El área de emergencias del ministerio provincial no realiza mapeo de recursos para afrontar emergencias y desastres.	proceso		
11.6. Desarrolla estrategias de prevención y control de sanidad de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional	11.6.1. Controla la sanidad de las fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional y las acciones sanitarias de control y prevención en el ámbito del tránsito inter jurisdiccional		1= El ministerio realiza acciones de prevención y control en materia de sanidad de fronteras. 0= El ministerio no realiza acciones de prevención y control en materia de sanidad de fronteras.	proceso		

APÉNDICE 2

MODELO DE CUESTIONARIO Y TABLAS DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

1. ENCUESTA ACERCA DE LA METODOLOGÍA DE MEDICIÓN DE FESP

Estimado funcionario: Nos dirigimos a usted para solicitarle que por favor complete la siguiente encuesta, con el objetivo de mejorar la metodología de medición de Funciones Esenciales de Salud Pública en los ministerios provinciales. Debido a su rol activo en el proceso de medición que se realizó durante 2011, su contribución resulta fundamental para planificar una nueva implementación de la herramienta. Estimamos que no llevará más de 20 minutos responder a este cuestionario.

1. Por favor, califique en una escala de 1 a 5 la utilidad de: 1) los talleres de presentación de la herramienta; 2) la guía de la herramienta¹⁰; 3) la mesa de ayuda. Marque con una cruz según corresponda: 5 es el nivel más alto de utilidad, mientras que 1 es el más bajo.

	Taller	Guía de la herramienta		Mesa de ayuda
	a. Taller útil para comprender la carga de datos y el uso de la herramienta de medición	b. Guía útil para conocer mejor las funciones esenciales de salud pública	c. Guía útil para conocer las características de la herramienta	d. Mesa de ayuda útil para resolver dudas y problemas relacionados con la aplicación de la herramienta
5				
4				
3				
2				
1				
NS / NC*				

*NS/NC: No sabe o no desea contestar.

2. Por favor, califique la herramienta de medición en cuanto a los siguientes atributos. Al igual que en los casos anteriores, 5 es el nivel más alto de simplicidad, pertinencia o utilidad, mientras que 1 es el más bajo.

	a. Simplicidad de la herramienta	b. Pertinencia de los indicadores	c. Utilidad para medir el desarrollo de las FESP	d. Utilidad de los resultados para la gestión del ministerio
5				
4				
3				
2				
1				
No conozco la herramienta				

¹⁰Documento Word entregado en mano al momento de realizar el taller, en el que constan los fundamentos políticos y metodológicos de la medición y la operacionalización de indicadores

3. Por favor, si los hubo, marque a continuación los factores institucionales del ministerio provincial que incidieron positiva y/o negativamente en la aplicación del instrumento

	Incidió positivamente	Incidió negativamente
1. Cantidad de RRHH		
2. Calificación de los RRHH		
3. Estructura ligada a planificación y gestión		
4. Disponibilidad de información en los programas y áreas consultadas		
5. Decisión política		
6. Antecedentes de mediciones similares.		
7. Otras:		
8. Ninguna		

4. Por favor, si los hubo, marque a continuación los factores contextuales que incidieron positiva y/o negativamente en la aplicación del instrumento.

	Incidió positivamente	Incidió negativamente
1. Año electoral		
2. Emergencias sanitarias		
3. Acontecimientos sociales		
4. Acontecimientos económicos		
5. Acontecimientos políticos		
6. Desastres naturales		
7. Otros:		
8. Ninguno		

5. ¿En su provincia se utilizaron los resultados de la herramienta para planificar acciones y políticas?

Sí: → pase a pregunta 6.
 No: → pase a pregunta 7.

6. Por favor, describa un ejemplo de planificación a partir de los resultados de la herramienta.

7. Por favor, si los hubo, marque a continuación los factores institucionales del ministerio provincial que incidieron positiva y/o negativamente en la utilización de los resultados de la medición para la planificar acciones y políticas.

	Inició positivamente	Inició negativamente
1. Cantidad de RRHH		
2. Calificación de los RRHH		
3. Estructura ligada a planificación y gestión		
4. Disponibilidad de información en los programas y áreas consultadas		
5. Decisión política		
6. Antecedentes de mediciones similares.		
7. Otras:		
8. Ninguna		

8. Por favor, si los hubo, marque a continuación los factores contextuales que incidieron positiva y/o negativamente en la utilización de los resultados de la medición para la planificar acciones y políticas.

	Inició positivamente	Inició negativamente
1. Año electoral		
2. Emergencias sanitarias		
3. Acontecimientos sociales		
4. Acontecimientos económicos		
5. Acontecimientos políticos		
6. Desastres naturales		
7. Otros:		
8. Ninguno		

9. ¿Qué estrategias considera que deberían implementarse desde el Proyecto FESP a fin de contribuir al uso de los resultados de la medición para la planificación de políticas?

10. Recomendaciones y observaciones generales.

Muchas gracias!!!!

		Prov 1 NQN	Prov 2 STA FE	Prov 3 ER	Prov 4 RN	Prov 5 MDZ	Prov 6 S del E	Prov 7 MS	Prov 8 SJ	Prov 9 FOR	Prov 10 COR
1	1.1a	4	4	3	5	5	3	5	4	5	4
	1.2a	5	5	4	4	3	0	5	5	5	4
	1.2b	3	5	4	3	3	0	5	5	5	4
	1.3a	0	4	3	0	0	0	5	5	0	4
2	2a	4	4	4	4	5	3	5	4	4	4
	2b	4	3	3	4	4	4	5	5	5	3
	2c	4	3	3	5	5	5	5	4	5	4
	2d	5	3	4	4	1	4	5	5	5	5
3 positivo	3.1p				1			1	1	1	1
	3.2p		1		1	1		1	1	1	1
	3.3p		1		1				1	1	1
	3.4p		1	1	1	1		1	1	1	1
	3.5p		1	1	1		1	1	1	1	
	3.6p			1	1						
	3.7p			OPS							
	3.8p	1									
3 negativo	3.1n		1	1							
	3.2n			1							
	3.3n			1							
	3.4n						1				
	3.5n										
	3.6n							1			

	3.7n						se estaba replanteando el rol del FESP en la provincia, sacarlo del rol del financiador, con más presencia técnica. Ese trabajo previo allanó el camino			Cambios de Ministros y referentes de Programas que interrumpió continuidad de uso de la herramienta	
	3.8n	1				1			1		1
4 positivo	4.1p		1								
	4.2p										1
	4.3p										
	4.4p										
	4.5p										
	4.6p		1								
	4.7p										
4.8p	1				1		1	1	1	1	
4 negativo	4.1n			1						1	
	4.2n										
	4.3n										
	4.4n										
	4.5n									1	
	4.6n										
	4.7n										

	4.8n	1			1		1			1
5		0	0	1	1	0	1	1	1	0
6				Se realizaron reuniones de trabajo interprogramáticas	Se organizó un área de investigación		Se cambió la relación con los programas. Se armó un equipo que depende directamente de ministro, que realizan el monitoreo y recopilan la información de los programas.	A través de la identificación de puntos críticos a mejorar en el marco del Fortalecimiento o de determinadas FESP, se trabajó en conjunto con los Responsables de Programas y Direcciones a fin de lograr el cumplimiento de los indicadores propuestos por la herramienta y que incidieron tanto en cuestiones de estructura como de procesos, por ejemplo en el área de: Emergencias(El	Programa Provincial de Adicciones	

							aboración de más planes de contingencia en hospitales y aumento de capacitación), Investigación(C onformación del Área de investigación para lograr la centralización de las Investigaciones en salud), Promoción de la salud(Plan de Promoción), Vigilancia sanitaria(Vigilancia de Tumores, SIVILA y designación del responsable de ENT provincial) y análisis de situación sanitaria provincial(ins-titucionalización de la Sala de situación, socialización			
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

							periódica y utilización de la información elaborada por la misma). Ha permitido además mejorar la articulación interprogramática			
7 positivo	7.1p				1					
	7.2p		1		1		1			1
	7.3p			1	1					
	7.4p		1	1	1		1			
	7.5p				1		1	1		
	7.6p									
	7.7p	Evaluación realizada justo antes del cambio de gestión								
7 negativo	7.8p									
	7.1n		1	1					1	1
	7.2n			1					1	
	7.3n			1					1	1
	7.4n								1	1
	7.5n					1				
	7.6n									
7.7n										

	7.8n	1					1	1			
8 positivo	8.1p										
	8.2p										1
	8.3p										
	8.4p										
	8.5p										
	8.6p										
	8.7p					cambio de autoridades					
	8.8p	1			1		1	1	1		
8 negativo	8.1n									1	1
	8.2n										
	8.3n										
	8.4n										
	8.5n									1	
	8.6n										
	8.7n										
	8.8n				1		1	1	1		

9	<p>Creo que si bien fue un interesantísimo trabajo por parte de los equipos técnicos, sería necesario trabajar más para que el estamento político comprendiera la utilidad de este instrumento. La herramienta me pareció de gran ayuda para orientar las acciones, ya que muchas veces no es tan evidente la forma en que las FESP podrían plasmarse en acciones concretas.</p>	<p>Hacer talleres de trabajo con los resultados, uno por provincia o por región.</p>	<p>Discusión de resultados con funcionarios de alto rango</p>	<p>Seguimiento</p>	<p>Presentaciones ante las autoridades, más difusión, "vender" más la herramienta, porque las autoridades políticas no la conocen. Es necesaria una mayor apropiación por parte de las autoridades políticas como una herramienta de gestión.</p>	<p>Acompañamiento técnico en comunicación y difusión de los resultados. Se pasaron los resultados en un documento, hubiera sido más interesante realizar un taller o un trabajo de análisis con los programas. Ver cómo presentar resultados a los gestores para ayudarlos con la gestión.</p>	<p>Elaboración de un plan de trabajo donde se logre el compromiso de todos los actores a fin de realizar el seguimiento permanente de los resultados obtenidos.</p> <p>Capacitación permanente en planificación, gestión y evaluación de programas y proyectos destinados a los actores involucrados en las áreas que intervienen en la medición.</p> <p>Mayor difusión de la herramienta y sus contribuciones como también</p>	<p>Realizarlo anualmente y presentar conclusiones al ministro y secretarios</p>	<p>Interesar a las nuevas Autoridades Superiores, Niveles de Dirección y de Departamentos sobre la importancia del uso de esta herramienta de medición de resultados a fin de mejorar gestión, corregir desvíos etc.</p> <p>El principal déficit es la falta de entendimiento en el uso de la importancia de los resultados que no solo aporta información</p>	<p>Taller post medición de las FESP. Contribuir a la decisión política de su utilidad</p>
---	--	--	---	--------------------	---	--	---	---	--	---

							de las FESP. Contemplar los puntos críticos resultantes de las mediciones para elaborar nuevas ASP incorporar al menú actual que apoyen al cumplimiento de los objetivos y metas siempre que sean priorizados por el proyecto.		ara mejorar gestión sino además refleja los indicadores sanitarios que se alcanzan que para el Área de Salud debería ser de sumo interés	
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

10	<p>Que se trabaje en los COFESA para que las autoridades políticas comprendan mejor la utilidad de la herramienta. Algunos de los ítems eran de utilidad en relación con los objetivos programáticos nacionales pero no necesariamente se adaptaban a las realidades provinciales (por diferentes estructuras o formas de funcionamiento) lo cual podía dar por no cumplidas pautas solo</p>					<p>Enviar toda la información antes de la medición, en tiempo y forma. Prepara previamente los talleres e invitar más claramente, para que la gente sepa a qué va. Que estén los jefes de programas en los talleres, sino se desconectan de todo el proceso.</p>			<p>Como recomendación sugiero volver a realizar un segundo taller e incorporar esta Herramienta de Medición como de uso "obligatorio" haciendo responsables a las Areas de responsabilidad de suministrar la información necesaria para cumplimentar esta medición.</p>	<p>Sería muy importante poder llevar a cabo bi anualmente la ejecución de la herramienta de medición de las FESP</p>
----	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

porque la modalidad no se ajustaba a la solicitada. Creo que la herramienta que envió el FESP era más fácil de contestar, pero en algunos puntos podría haber sido más rica (de hecho el instrumento original completo tiene muchas cosas muy interesantes que se podrían haber aprovechado más).										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APÉNDICE 3

Tabla de comparación entre metas de los PFS 2004-2007 y PFS 2010-2016, e indicadores de la herramienta

Metas del PFS 2004-2007	Metas del PFS 2010-2016	Indicadores herramienta
<i>Salud del niño y del adolescente</i>	<i>Salud de los niños y niñas</i>	
	Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil 36% con respecto al valor correspondiente al año 2007	2.4.3. Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad infantil, de manera progresiva, de acuerdo a las metas del Plan Federal
	Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil por malformaciones un 20% con respecto al valor correspondiente al año 2007.	
Lograr en 4 años que las tasas de mortalidad neonatal e infantil del país disminuyan en un 25% respecto del año 2002 y que, ambas tasas, no superen en ninguna jurisdicción los respectivos valores de los promedios nacionales del año 2002. • Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad neonatal e infantil de la jurisdicción con el valor más alto no sea mayor al doble de la tasa de la jurisdicción con el valor más bajo (equidad).	Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal en un 40 % con respecto al valor correspondiente al año 2007	2.4.4. Mantiene una disminución de la tasa de mortalidad neonatal, de acuerdo a las metas del Plan Federal
	Reducir la Tasa de Mortalidad Neonatal por causas reducibles un 45% con respecto al valor correspondiente al año 2007.	
	Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal precoz un 40% con respecto al valor correspondiente al año 2007.	
	Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal de recién nacidos con peso entre 1000 y 1500 gramos, en un 50%. respecto al valor correspondiente del año 2007	
	Disminuir la Tasa de Mortalidad Neonatal por	

	causas perinatales en un 50% con respecto al valor correspondiente del año 2007	
	Reducir la Tasa de Mortalidad Postneonatal 30 % con respecto al valor correspondiente del año 2007	
• Disminuir en 4 años en el país las muertes ocurridas en el período postneonatal por causas reducibles, en un 50% respecto del 2002.	Reducir la Tasa de Mortalidad Postneonatal por causas reducibles un 35 % con respecto al valor correspondiente del año 2007	
	Reducir la Tasa de Mortalidad Postneonatal por causa respiratoria 35% con respecto al valor correspondiente del año 2007	
	Lograr que la Tasa de Mortalidad Infantil de aquellas jurisdicciones (Formosa, Chaco) que presentaron valores superiores, disminuya un 50%. con respecto al valor correspondiente del año 2007	
	Lograr 40% de lactancia materna continuada al año	
• Lograr en 4 años el mantenimiento de la lactancia materna hasta el 6to. mes en un 35% de los niños y en forma exclusiva hasta el 4to mes en un 45%.	Lograr 80% de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses	
• Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años del país disminuya en un 25% respecto del año 2002.	Reducir la Tasa de Mortalidad de menores de 5 años un 36,5% con respecto al valor correspondiente al año 2007	
• Reducir en 4 años un 40% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en los menores de 2 años.	Reducir en un 40% la prevalencia de anemia en los menores de 2 años con respecto al valor correspondiente al período 2004-2005	
	Reducir en un 25% la prevalencia de obesidad en niños menores de 6 años con respecto al valor correspondiente al año de 2007	
	Ninguna jurisdicción con valores superiores a los basales nacionales 2004-2005 de prevalencia de obesidad en niños menores de 6 años	
	Alcanzar el 95% de Diagnóstico y Tto. de niños al ingreso escolar 1río y 2dario en las pcias de alto	

	riesgo que ya hayan alcanzado la interrupción vectorial.	
	Disminuir 24% la prevalencia de discapacidad mental de los niños en los primeros cuatro años de vida.	
• Eliminar en 4 años el tétanos neonatal y la sífilis congénita en todas las jurisdicciones.		2.4.5. Logró la eliminación del tétanos neonatal en la Provincia 2.4.6. Disminuye progresivamente los casos de sífilis congénita de acuerdo a las metas el Plan Federal
• Lograr en 4 años coberturas de inmunizaciones mayores al 95% en niños menores de 2 años.		
• Lograr en 4 años la reducción al 35% de los egresos hospitalarios de menores de 5 años por enfermedades prevalentes (Infección Respiratoria Aguda, Diarrea y Desnutrición).		
• Lograr en 4 años que al menos el 75% de los niños menores de 5 años tengan por lo menos un control de salud anual (cobertura).		
• Lograr en 4 años que al menos el 50% de los niños menores de 1 año bajo programa cumplan con el calendario de controles según norma.		
	Salud del Adolescente	
	La tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes de 10 a 14 es de 1,56/100.000 hab focalizando en la cuota parte aportada por varones	
	La tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes de 15 a 19 es de 9,52/100.000 hab, focalizando en la cuota parte aportada por varones	
	La tasa de mortalidad por suicidios en jóvenes de 20 a 24 años es de 12,43/100.000 hab. respectivamente. Focalizando en la cuota parte aportada por varones	

	<i>En relación a los factores de riesgo</i>	
	Reducir la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes escolarizados a un 20% a fin del 2016 con respecto al valor correspondiente al año 2007	
• Disminuir en 4 años la tasa de fecundidad en adolescentes del país en al menos un 10% respecto del año 2002.	Reducir la Tasa de Natalidad específica entre adolescentes de 10 a 14 años a 0,73 ‰	
	Reducir la Tasa de Natalidad entre adolescentes de 15 a 19 años a 28,48‰	
	Reducir la prevalencia de consumo de alcohol en población de adolescentes escolarizados de 13 a 16 años a 51,12 %	
	Reducir el consumo de alcohol episódico de riesgo en la población joven de 18 a 24 años al 17%	
	Aumentar al 93% la proporción de adolescentes encuestados de 15 a 19 años que usaron preservativos con pareja ocasional en la última relación sexual	
	Aumentar al 90% la proporción de adolescentes de 20 a 24 años que usaron preservativos con pareja ocasional en la última relación sexual	
	<i>De la mujer en relación al embarazo, parto y puerperio</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna del país disminuya en un 20% en relación con el valor del año 2002. • Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna no mayor al doble de la tasa nacional del año 2002 se acerquen a dicho valor. • Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna por debajo de la media nacional del año 2002 reduzcan en un 50% su diferencia respecto a la jurisdicción con la tasa 	Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna del país disminuya en un 70% en relación al valor correspondiente al año 2007	2.4.1. Disminuye la mortalidad materna de acuerdo a las metas del Plan Federal 2= MM menor o igual que el año anterior, que cumple con las metas del Plan Federal. 1= La MM es menor al año anterior pero no cumple las metas del Plan Federal. 0= La M.M. es mayor a la del año anterior, y no cumple con las metas expresadas en el Plan Federal.

más baja.		
	Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna por Causas Directas del país disminuya en un 80% en relación con el valor correspondiente al año 2007.	
	Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna por aborto del país disminuya en un 80% en relación con el valor correspondiente al año 2007	2.4.2. Disminuye la mortalidad por aborto (tasa de mortalidad por aborto). 2= Menor al año anterior 1= Igual al año anterior 0= Mayor al año anterior
• Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna de las jurisdicciones por encima del doble de la tasa nacional del año 2002 disminuya en un 50%.	Lograr que la Tasa de Mortalidad Materna de aquellas jurisdicciones (Formosa, La Rioja y Jujuy) que presentaron valores superiores, disminuya 50%.	
	Reducir la Tasa de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas al 4%	
	Reducir la Tasa de Transmisión Vertical de VIH/SIDA al 3%	7.5.4. Las embarazadas VIH+ reciben profilaxis para la transmisión vertical (Al menos el 95% de las embarazadas VIH+ reciben profilaxis para la transmisión vertical)
	Alcanzar la notificación del 95% del total de casos de chagas congénito estimados por año (1300)	2.5.1. Disminuye la transmisión vertical de Chagas
• Eliminar en 4 años el tétanos neonatal y la sífilis congénita en todas las jurisdicciones.	Reducir la Sífilis Congénita un 90% con respecto al valor correspondiente al año 2007.	
	En relación a los factores de riesgo	
• Lograr en 4 años que al menos el 60% de las mujeres embarazadas haya tenido un primer control precoz (durante el primer trimestre).	Lograr que al menos el 80% de las mujeres embarazadas hayan tenido su primer control antes de la semana 20.	
• Reducir en 4 años un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada.	Reducir en un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada con respecto al valor correspondiente al año 2007	
	Reducir en un 15 % los embarazos no planificados	
	Reducir en un 25% la prevalencia de obesidad en	

	mujeres de 10 a 49 años con respecto al valor correspondiente al año 2005 (ENNyS)	
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar programas de salud sexual y procreación responsable en todas las jurisdicciones del país para el 2007; en este período lograr que al menos el 60% de los efectores de cada provincia se haya incorporado al programa y que al menos el 80% de los anteriores cuente con disponibilidad regular de insumos. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr en 4 años reducir en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto a los valores del año 2000/2001. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr al 2007 que al menos el 60% de las mujeres en situación de post parto y post aborto sean referidas a los programas de salud sexual y procreación responsable de cada jurisdicción provincial. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr en 4 años que en todas las jurisdicciones se apliquen las normas, en estudio, para el tratamiento post aborto y violencia. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar al 2007 que todas las mujeres, bajo programa provincial, hayan realizado al menos un PAP en los últimos 3 años. 		
	<i>del adulto y adulto mayor</i>	
	Disminuir la Tasa de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de 213,6 x 100000 habitantes en el año 2007 a menos de 180 por 100000 habitantes en el año 2016	
	Reducir la Tasa de Mortalidad por lesiones de tránsito por vehículo a motor de 10,1x100000 habitantes en el año 2006 a menos de 8 por 100000 habitantes en el año 2016.	
	Reducir en 2 puntos la Tasa de Mortalidad por	

	cáncer cérvico uterino con respecto al valor correspondiente al año 2008	
	Reducir a 2,6 ‰ los casos de SIDA	
	Reducir a 30 ‰ habitantes la Mortalidad por SIDA	
	Reducir la Incidencia por Tuberculosis en un 50% con respecto a los valores registrados en 1990	
	Reducir la Tasa de Mortalidad por Tuberculosis en un 50% con respecto a los valores registrados en 1990	
	Eliminar la rabia humana transmitida por el perro	
	Mantener la letalidad por Dengue <1%.	2.5.2. Cumple con las metas anuales de vigilancia de dengue 5.5.2. Implementa un Plan de control de vectores (dengue, Chagas, etc.)
	Erradicar la equinococosis quística en la Provincia de Tierra del Fuego	
	Reducir la letalidad por leishmaniasis visceral	
	<i>En relación a los factores de riesgo</i>	
	Disminuir la tendencia al crecimiento de la obesidad y el sobrepeso en nuestra población	
• Disminuir la prevalencia del consumo de tabaco un 10% a fin del 2007.	Disminuir la prevalencia del consumo de tabaco en adultos (18 a 64) años al 25%	
	Disminuir la exposición al humo de tabaco ambiental al 35%	
	Disminuir consumo de Sal a menos de 9 gr por habitante	
	Reducir la prevalencia de presión arterial elevada al 30% en adultos de 18 a 64 años	
	Disminuir la prevalencia de colesterol elevado al 20%	
	Disminuir la prevalencia de consumo regular de	

	riesgo de alcohol en adultos de 18 a 64 años a un 20%	
	Disminuir la prevalencia de personas con bajo nivel de actividad física a un 40%	
	Aumentar consumo de frutas y hortalizas a 300 gr por día por persona	
	Certificar la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas en 16 provincias y consolidar las acciones para la interrupción de la transmisión vectorial en 5 provincias (Chaco, S del Estero, Formosa, San Juan y Mendoza	2.5.3. Cumple con las metas anuales de vigilancia de Chagas 5.5.2. VECTORES: Implementa un Plan de control vectores (dengue, Chagas, etc.)
	Lograr una cobertura del 60% de al menos una citología para cada mujer entre 35 y 64 años sin cobertura de salud en 11 provincias prioritarias	
	Lograr que el 100% de los casos de tuberculosis completen el tratamiento.	2.4.8. Porcentaje de pacientes bajo tratamiento DOTS
	Eliminar la transmisión vectorial de paludismo autóctono , manteniendo el índice parasitario anual < 1%o en las áreas de riesgo	
	Asegurar al diagnóstico y tratamiento oportuno en al menos el 90% de los casos de leishmaniasis visceral	
	Detectar por lo menos el 70% de los casos de TBC	
	Disminuir el riesgo de rabia humana transmitida por otras especies distinta de la canina	
	Aumentar la cobertura de inmunización anti influenza a un 31 % para la población de Adultos Mayores (Mayores de 60 años)	
	Disminuir la tendencia del incremento de la prevalencia de diabetes. en adultos mayores de 65 años	
	Aumentar la cobertura	

	de inmunización anti tetánica a un 25 % para la población de Adultos Mayores (Mayores de 60 años)	
	Reducir la prevalencia de Inactividad Física a un 50% en adultos mayores de 60 años	
	Reducir la prevalencia de hipertensión arterial a un 50% en adultos mayores de 65 años	
	Reducir la prevalencia de colesterol elevado a un 35% en adultos mayores de 65 años	

APÉNDICE 4

Tablas de contingencia de Test Exacto de Fisher y tablas de correlación entre variables según test Alpha de Cronbach

Tablas de contingencia y resultado Test Exacto de Fisher

Recuento		1.1.2		Total
		0	1	
1.1.1	0	3	0	3
	1	1	18	19
Total		4	18	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,632 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad ^b	9,912	1	,002		
Razón de verosimilitudes	13,027	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,003	,003
Asociación lineal por lineal	14,921	1	,000		
N de casos válidos	22				

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla de contingencia 1.2.1 * 1.3.3

Recuento		1.3.3		Total
		0	1	
1.2.1	0	6	0	6
	1	7	9	16
Total		13	9	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,712 ^a	1	,017		
Corrección por continuidad ^b	3,622	1	,057		
Razón de verosimilitudes	7,837	1	,005		
Estadístico exacto de Fisher				,046	,023
Asociación lineal por lineal	5,452	1	,020		
N de casos válidos	22				

Tabla de contingencia 1.2.1 * 1.5.1

Recuento		1.5.1		Total
		0	1	
1.2.1	0	3	3	6
	1	1	15	16
Total		4	18	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,615 ^a	1	,018		
Corrección por continuidad ^b	3,059	1	,080		
Razón de verosimilitudes	5,063	1	,024		
Estadístico exacto de Fisher				,046	,046
Asociación lineal por lineal	5,359	1	,021		
N de casos válidos	22				

Tabla de contingencia 1.3.1 * 1.3.2

Recuento

		1.3.2		Total
		0	1	
1.3.1	0	9	2	11
	1	3	8	11
Total		12	10	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,600 ^a	1	,010		
Corrección por continuidad ^b	4,583	1	,032		
Razón de verosimilitudes	6,994	1	,008		
Estadístico exacto de Fisher				,030	,015
Asociación lineal por lineal	6,300	1	,012		
N de casos válidos	22				

2.4.1 * 2.4.4

Tabla de contingencia

Recuento

		2.4.4			Total
		0	1	2	
2.4.1	0	5	6	2	13
	1	2	0	2	4
	2	1	0	4	5
Total		8	6	8	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	9,138 ^a	4	,058	,050		
Razón de verosimilitudes	11,093	4	,026	,048		
Estadístico exacto de Fisher	7,933			,049		
Asociación lineal por lineal	3,131 ^b	1	,077	,104	,052	,026
N de casos válidos	22					

2.4.3 * 2.4.4

Tabla de contingencia

Recuento		2.4.4			Total
		0	1	2	
2.4.3	0	6	2	0	8
	1	1	3	0	4
	2	1	1	8	10
Total		8	6	8	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	19,388 ^a	4	,001	,000		
Razón de verosimilitudes	21,686	4	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	16,868			,000		
Asociación lineal por lineal	12,449 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	22					

2.4.3 * 2.5.3

Tabla de contingencia

Recuento		2.5.3		Total
		0	1	
2.4.3	0	3	3	6
	1	3	0	3
	2	1	6	7
Total		7	9	16

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,422 ^a	2	,040	,052		
Razón de verosimilitudes	7,871	2	,020	,041		
Estadístico exacto de Fisher	5,871			,052		
Asociación lineal por lineal	1,749 ^b	1	,186	,278	,148	,095
N de casos válidos	16					

2.4.4 * 2.5.1

Tabla de contingencia

Recuento		2.5.1		Total
		0	1	
2.4.4	0	8	0	8
	1	4	2	6
	2	3	5	8
Total		15	7	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	7,211 ^a	2	,027	,029		
Razón de verosimilitudes	9,298	2	,010	,029		
Estadístico exacto de Fisher	7,148			,029		
Asociación lineal por lineal	6,875 ^b	1	,009	,015	,007	,006
N de casos válidos	22					

2.4.4 * 2.5.3

Tabla de contingencia

Recuento

		2.5.3		Total
		0	1	
2.4.4	0	3	3	6
	1	4	1	5
	2	0	5	5
Total		7	9	16

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,654 ^a	2	,036	,047		
Razón de verosimilitudes	8,608	2	,014	,047		
Estadístico exacto de Fisher	6,370			,047		
Asociación lineal por lineal	2,287 ^b	1	,130	,152	,112	,080
N de casos válidos	16					

2.4.6 * 2.5.1

Tabla de contingencia

Recuento

		2.5.1		Total
		0	1	
2.4.6	0	2	3	5
	1	13	2	15
	2	0	2	2
Total		15	7	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8,479 ^a	2	,014	,007		
Razón de verosimilitudes	9,011	2	,011	,007		
Estadístico exacto de Fisher	7,641			,014		
Asociación lineal por lineal	,001 ^b	1	,970	1,000	,643	,313
N de casos válidos	22					

Tabla de contingencia 3.1.2 * 3.1.3

Recuento

		3.1.3		Total
		0	1	
3.1.2	0	4	1	5
	1	3	14	17
Total		7	15	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,924 ^a	1	,009		
Corrección por continuidad ^b	4,348	1	,037		
Razón de verosimilitudes	6,674	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,021	,021
Asociación lineal por lineal	6,609	1	,010		
N de casos válidos	22				

Tabla de contingencia 3.1.2 * 3.3.1

Recuento

		3.3.1		Total
		0	1	
3.1.2	0	4	1	5
	1	4	13	17
Total		8	14	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,324 ^a	1	,021		
Corrección por continuidad ^b	3,164	1	,075		
Razón de verosimilitudes	5,287	1	,021		
Estadístico exacto de Fisher				,039	,039
Asociación lineal por lineal	5,082	1	,024		
N de casos válidos	22				

Tabla de contingencia 5.4.1 * 5.5.2^a

Recuento		5.5.2 ^a		Total
		0	1	
5.4.1	0	4	2	6
	1	1	9	10
Total		5	11	16

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,605 ^a	1	,018		
Corrección por continuidad ^b	3,278	1	,070		
Razón de verosimilitudes	5,735	1	,017		
Estadístico exacto de Fisher				,036	,036
Asociación lineal por lineal	5,255	1	,022		
N de casos válidos	16				

6.1.1 * 6.3.1

Tabla de contingencia

Recuento		6.3.1		Total
		0	1	
6.1.1	0	9	2	11
	1	4	7	11
Total		13	9	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	4,701 ^a	1	,030	,080	,040	
Corrección por continuidad ^b	3,009	1	,083			
Razón de verosimilitudes	4,915	1	,027	,080	,040	
Estadístico exacto de Fisher				,080	,040	
Asociación lineal por lineal	4,487 ^c	1	,034	,080	,040	,036
N de casos válidos	22					

6.2.2 * 6.2.5

Tabla de contingencia

Recuento		6.2.5		Total
		0	1	
6.2.2	0	3	0	3
	1	5	14	19
Total		8	14	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,079 ^a	1	,014	,036	,036	
Corrección por continuidad ^b	3,312	1	,069			
Razón de verosimilitudes	6,941	1	,008	,036	,036	
Estadístico exacto de Fisher				,036	,036	
Asociación lineal por lineal	5,803 ^c	1	,016	,036	,036	,036
N de casos válidos	22					

6.2.3 * 6.4.3

Tabla de contingencia

Recuento

		6.4.3		Total
		0	1	
6.2.3	0	3	0	3
	1	5	14	19
Total		8	14	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,079 ^a	1	,014	,036	,036	
Corrección por continuidad ^b	3,312	1	,069			
Razón de verosimilitudes	6,941	1	,008	,036	,036	
Estadístico exacto de Fisher				,036	,036	
Asociación lineal por lineal	5,803 ^c	1	,016	,036	,036	,036
N de casos válidos	22					

6.3.1 * 6.4.3

Tabla de contingencia

Recuento

		6.4.3		Total
		0	1	
6.3.1	0	8	5	13
	1	0	9	9
Total		8	14	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8,703 ^a	1	,003	,006	,004	
Corrección por continuidad ^b	6,247	1	,012			
Razón de verosimilitudes	11,518	1	,001	,006	,004	
Estadístico exacto de Fisher				,006	,004	
Asociación lineal por lineal	8,308 ^c	1	,004	,006	,004	,004
N de casos válidos	22					

8.1.2 * 8.2.1

Tabla de contingencia

Recuento		8.2.1		Total
		0	1	
8.1.2	0	4	4	8
	1	1	13	14
Total		5	17	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,324 ^a	1	,021	,039	,039	
Corrección por continuidad ^b	3,164	1	,075			
Razón de verosimilitudes	5,287	1	,021	,115	,039	
Estadístico exacto de Fisher				,039	,039	
Asociación lineal por lineal	5,082 ^c	1	,024	,039	,039	,037
N de casos válidos	22					

8.2.1 * 8.3.1

Tabla de contingencia

Recuento		8.3.1		Total
		0	1	
8.2.1	0	4	1	5
	1	3	14	17
Total		7	15	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,924 ^a	1	,009	,021	,021	
Corrección por continuidad ^b	4,348	1	,037			
Razón de verosimilitudes	6,674	1	,010	,021	,021	
Estadístico exacto de Fisher				,021	,021	
Asociación lineal por lineal	6,609 ^c	1	,010	,021	,021	,020
N de casos válidos	22					

9.1.2 * 9.2.1

Tabla de contingencia

Recuento		9.2.1		Total
		0	1	
9.1.2	0	2	0	2
	1	3	17	20
Total		5	17	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	7,480 ^a	1	,006	,043	,043	
Corrección por continuidad ^b	3,423	1	,064			
Razón de verosimilitudes	6,674	1	,010	,043	,043	
Estadístico exacto de Fisher				,043	,043	
Asociación lineal por lineal	7,140 ^c	1	,008	,043	,043	,043
N de casos válidos	22					

10.1.1 * 10.1.2

Tabla de contingencia

Recuento		10.1.2		Total
		0	1	
10.1.1	0	11	5	16
	1	1	5	6
Total		12	10	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	4,774 ^a	1	,029	,056	,043	
Corrección por continuidad ^b	2,905	1	,088			
Razón de verosimilitudes	5,035	1	,025	,056	,043	
Estadístico exacto de Fisher				,056	,043	
Asociación lineal por lineal	4,557 ^c	1	,033	,056	,043	,041
N de casos válidos	22					

Tabla de contingencia 10.1.2 * 10.2.1

Recuento

		10.2.1		Total
		0	1	
10.1.2	0	9	3	12
	1	3	7	10
Total		12	10	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,455 ^a	1	,035		
Corrección por continuidad ^b	2,825	1	,093		
Razón de verosimilitudes	4,603	1	,032		
Estadístico exacto de Fisher				,084	,046
Asociación lineal por lineal	4,253	1	,039		
N de casos válidos	22				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,55.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

11.2.1 * 11.3.1

Tabla de contingencia

Recuento

		11.3.1		Total
		0	1	
11.2.1	0	4	4	8
	1	0	14	14
Total		4	18	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8,556 ^a	1	,003	,010	,010	
Corrección por continuidad ^b	5,525	1	,019			
Razón de verosimilitudes	9,772	1	,002	,010	,010	
Estadístico exacto de Fisher				,010	,010	
Asociación lineal por lineal	8,167 ^c	1	,004	,010	,010	,010
N de casos válidos	22					

11.2.1 * 11.4.1

Tabla de contingencia

Recuento		11.4.1		Total
		0	1	
11.2.1	0	7	1	8
	1	3	11	14
Total		10	12	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8,964 ^a	1	,003	,006	,005	
Corrección por continuidad ^b	6,497	1	,011			
Razón de verosimilitudes	9,740	1	,002	,006	,005	
Estadístico exacto de Fisher				,006	,005	
Asociación lineal por lineal	8,556 ^c	1	,003	,006	,005	,005
N de casos válidos	22					

11.2.1 * 11.5.1

Tabla de contingencia

Recuento		11.5.1		Total
		0	1	
11.2.1	0	8	0	8
	1	5	9	14
Total		13	9	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8,703 ^a	1	,003	,006	,004	
Corrección por continuidad ^b	6,247	1	,012			
Razón de verosimilitudes	11,518	1	,001	,006	,004	
Estadístico exacto de Fisher				,006	,004	
Asociación lineal por lineal	8,308 ^c	1	,004	,006	,004	,004
N de casos válidos	22					

11.3.1 * 11.4.1

Tabla de contingencia

Recuento		11.4.1		Total
		0	1	
11.3.1	0	4	0	4
	1	6	12	18
Total		10	12	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,867 ^a	1	,015	,029	,029	
Corrección por continuidad ^b	3,486	1	,062			
Razón de verosimilitudes	7,402	1	,007	,029	,029	
Estadístico exacto de Fisher				,029	,029	
Asociación lineal por lineal	5,600 ^c	1	,018	,029	,029	,029
N de casos válidos	22					

11.3.1 * 11.6.1

Tabla de contingencia

Recuento		11.6.1		Total
		0	1	
11.3.1	0	4	0	4
	1	6	12	18
Total		10	12	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,867 ^a	1	,015	,029	,029	
Corrección por continuidad ^b	3,486	1	,062			
Razón de verosimilitudes	7,402	1	,007	,029	,029	
Estadístico exacto de Fisher				,029	,029	
Asociación lineal por lineal	5,600 ^c	1	,018	,029	,029	,029
N de casos válidos	22					

11.4.1 * 11.5.1

Tabla de contingencia

Recuento		11.5.1		Total
		0	1	
11.4.1	0	9	1	10
	1	4	8	12
Total		13	9	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	7,246 ^a	1	,007	,011	,010	
Corrección por continuidad ^b	5,091	1	,024			
Razón de verosimilitudes	7,989	1	,005	,011	,010	
Estadístico exacto de Fisher				,011	,010	
Asociación lineal por lineal	6,916 ^c	1	,009	,011	,010	,010
N de casos válidos	22					

11.4.1 * 11.5.2

Tabla de contingencia

Recuento

		11.5.2		Total
		0	1	
11.4.1	0	8	2	10
	1	3	9	12
Total		11	11	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,600 ^a	1	,010	,030	,015	
Corrección por continuidad ^b	4,583	1	,032			
Razón de verosimilitudes	6,994	1	,008	,030	,015	
Estadístico exacto de Fisher				,030	,015	
Asociación lineal por lineal	6,300 ^c	1	,012	,030	,015	,014
N de casos válidos	22					

11.5.1 * 11.5.2

Tabla de contingencia

Recuento

		11.5.2		Total
		0	1	
11.5.1	0	10	3	13
	1	1	8	9
Total		11	11	22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	9,214 ^a	1	,002	,008	,004	
Corrección por continuidad ^b	6,769	1	,009			
Razón de verosimilitudes	10,174	1	,001	,008	,004	
Estadístico exacto de Fisher				,008	,004	
Asociación lineal por lineal	8,795 ^c	1	,003	,008	,004	,004
N de casos válidos	22					

Tablas Alpha de Cronbach

FESP 1

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1.1.1	4,68	2,894	,163	,743	,627
1.2.1	4,82	2,251	,551	,556	,516
1.3.2	5,09	2,087	,588	,458	,494
1.4.1	4,59	3,015	,205	,288	,618
1.3.1	5,05	2,331	,396	,519	,565
1.3.3	5,14	2,409	,352	,493	,581
1.5.1	4,73	2,874	,136	,556	,636
1.1.2	4,73	2,874	,136	,784	,636

FESP 2

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2.1.1	10,53	14,124	,345	.	,694
2.1.2	10,47	13,695	,488	.	,680
2.1.3	10,40	14,971	,145	.	,712
2.1.4	10,47	13,695	,488	.	,680
2.2.3	10,20	15,171	,227	.	,706
2.3.2	10,20	14,886	,373	.	,699
2.4.1	10,67	13,524	,296	.	,700
2.4.2	10,80	14,029	,211	.	,711
2.4.3	10,13	11,695	,496	.	,670
2.4.4	10,20	10,886	,691	.	,633
2.4.6	10,33	16,381	-,220	.	,749
2.4.8	10,33	16,381	-,256	.	,740
2.5.1	10,80	13,600	,516	.	,678
2.5.2	10,53	14,981	,116	.	,715
2.5.3	10,53	13,552	,505	.	,678
2.6.1	10,40	13,400	,622	.	,669

FESP 3

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
3.1.1	5,05	2,236	,152	,275	,459
3.1.2	4,86	1,838	,599	,552	,261
3.1.3	4,95	1,855	,490	,402	,297
3.1.4	4,82	2,442	,098	,349	,472
3.1.5	4,68	2,418	,385	,438	,412
3.1.6	5,09	2,468	-,005	,353	,528
3.2.1	5,00	2,667	-,118	,286	,568
3.3.1	5,00	2,000	,342	,291	,369

FESP 4

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
4.1.1	3,95	2,522	-,097	,231	,521
4.1.2	4,55	1,879	,360	,339	,352
4.1.3	4,55	2,165	,123	,223	,460
4.2.1	4,00	1,905	,437	,471	,331
4.2.2	4,27	1,732	,407	,242	,318
4.2.3	4,00	2,476	-,077	,261	,524
4.3.1	4,41	2,158	,085	,336	,482
4.4.1	4,00	1,905	,437	,318	,331

FESP 5

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
5.2.1	4,36	1,170	,255	,433	,146
5.2.2	4,14	1,055	,678	,817	-,100 ^a
5.4.1	4,43	1,033	,379	,380	,026
5.5.1	4,21	1,874	-,311	,415	,500
5.5.3	4,64	1,786	-,256	,339	,510
5.5.4	4,14	1,516	,049	,528	,296
5.1.1	4,07	1,302	,522	,723	,091

FESP 6

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
6.1.1	6,64	5,004	,374	,649	,665
6.2.1	6,77	5,136	,334	,497	,672
6.2.2	6,27	5,255	,462	,455	,657
6.2.3	6,27	5,065	,591	,639	,640
6.2.4	6,64	5,766	,039	,346	,724
6.2.5	6,50	4,833	,484	,605	,645
6.3.1	6,73	4,494	,645	,788	,612
6.4.2	6,32	5,846	,063	,243	,709
6.4.3	6,50	4,929	,436	,732	,654
6.5.1	6,32	5,561	,219	,446	,689
6.6.1	6,41	5,491	,199	,368	,694

FESP 7

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
7.1.1	7,59	3,301	,017	,510	,562
7.2.1	8,32	2,989	,389	,635	,457
7.2.2	8,55	2,831	,308	,672	,467
7.2.3	8,27	3,255	,228	,651	,498
7.3.1	8,59	2,920	,239	,717	,491
7.4.1	8,23	3,327	,273	,767	,497
7.5.1	8,36	3,385	,030	,668	,544
7.5.2	8,32	3,275	,146	,517	,514
7.5.3	8,73	2,684	,384	,807	,439
7.5.4	8,27	3,446	,048	,530	,532
7.5.5	8,59	2,729	,362	,549	,448

FESP 8

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
8.1.1	6,55	3,022	-,081	,445	,585
8.1.2	6,68	2,037	,573	,650	,356
8.2.1	6,55	2,355	,414	,656	,432
8.2.2	6,95	2,236	,412	,417	,425
8.3.1	6,64	2,338	,356	,464	,448
8.3.2	6,91	2,468	,230	,464	,495
8.4.1	6,36	2,814	,315	,209	,490
8.4.2	6,36	2,909	,179	,551	,511
8.5.1	6,45	2,831	,110	,528	,525
8.5.2	6,41	3,301	-,283	,226	,598

FESP 9

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9.1.1	1,82	,537	,374	,160	,333
9.1.2	1,73	,589	,518	,450	,265
9.2.1	1,86	,600	,189	,578	,501
9.3.1	2,55	,736	,171	,485	,478
9.3.2	2,59	,825	,101	,599	,504

FESP 10

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
10.1.1	3,18	2,918	,300	,436	,604
10.1.2	3,00	2,476	,534	,590	,522
10.2.1	3,00	2,571	,466	,366	,547
10.2.2	2,91	2,848	,282	,320	,611
10.3.1	3,05	3,093	,139	,169	,655
10.4.1	2,64	2,909	,392	,394	,580
10.4.2	2,95	2,807	,305	,267	,603

FESP 11

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
11.1.1	3,95	5,665	,453	,589	,818
11.2.1	3,86	5,266	,670	,622	,787
11.3.1	3,68	5,846	,535	,537	,808
11.3.2	4,00	5,810	,386	,253	,827
11.4.1	3,95	5,093	,726	,567	,778
11.5.1	4,09	5,134	,718	,656	,780
11.5.2	4,00	5,238	,650	,735	,790
11.6.1	3,95	6,045	,287	,415	,840