

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL  
DE LA SALUD (OPS/OMS)**

**FEDERACIÓN MUNDIAL DE ASOCIACIONES DE SALUD PÚBLICA (WFPHA)  
ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (CPHA)  
ASOCIACIÓN COSTARRICENSE DE SALUD PÚBLICA (ACOSAP)**

**RELATORÍA**

**TALLER INTERNACIONAL**

**FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE LA FUERZA DE TRABAJO EN  
SALUD PÚBLICA EN APOYO A LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD  
PÚBLICA Y A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

**San José, Costa Rica, 16-18 agosto, 2005**

***Con el auspicio de la Agencia para el Desarrollo Internacional  
de los Estados Unidos (USAID) y la  
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA)***

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. BIENVENIDA Y APERTURA DEL TALLER</b>	<b>6</b>
<b>3. PRESENTACIÓN DEL OBJETIVO Y PRODUCTOS DEL TALLER</b>	<b>7</b>
<b>4. DESAFÍOS PARA LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA (FTSP).</b>	<b>10</b>
4.1 Perspectiva de los organismos internacionales	10
4.2 Análisis de la FESP #8 “Desarrollo de Recursos Humanos” y el Desafío para la FTSP	16
4.2.1 Experiencias nacionales seleccionadas	17
4.2.1.1 Costa Rica	17
4.2.1.2 Chile	22
4.2.1.3 Cuba	24
<b>5. CARACTERIZACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>28</b>
5.1 Experiencias nacionales seleccionadas	28
5.1.1 Estados Unidos	28
5.1.2 Brasil	32
5.1.3 México	33
<b>6. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>33</b>
6.1 Principales estrategias: Experiencias nacionales seleccionadas	33
6.1.1 Brasil	34
6.1.2 Canadá	36
6.1.3 México	37
6.2 Rol de las competencias: Experiencias nacionales seleccionadas	39
6.2.1 Estados Unidos	39
6.2.2 Canadá	40
6.2.3 Costa Rica	45
6.2.4 Cuba	46
<b>7. ELEMENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA AGENDA CONJUNTA DE TRABAJO DE ASOCIACIONES Y ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA Y MINISTERIOS DE SALUD</b>	<b>48</b>
7.1 Perspectivas nacionales seleccionadas	48

7.1.1	Jamaica	48
7.1.2	Estados Unidos	48
7.1.3	Chile	49
7.2	Perspectiva de los Organismos Internacionales	50
7.2.1	Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA)	50
7.2.2	Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública	51
7.2.3	Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)	51
8.	<b>ELEMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE ACCIÓN REGIONAL PARA LA DÉCADA DE LOS RECURSOS HUMANOS</b>	53
8.1	Perspectiva política	53
8.2	Elementos técnicos del plan de acción.	54
8.2.1	Funciones de la salud pública	54
8.2.2	Definición de competencias centrales de la fuerza de trabajo en salud pública	
8.2.2.1	Grupo de elementos ideológicos	54
8.2.2.2	Grupo de elementos técnicos	54
8.2.2.3	Grupo de elementos políticos	55
8.3	Metodologías e instrumentos	55
9	<b>CONSIDERACIONES GENERALES</b>	57
9.1	La salud pública y la fuerza de trabajo en salud pública	57
9.2	Instituciones formadoras y competencias centrales de la fuerza de trabajo en salud pública	59
9.3	Las instituciones formadoras y los desafíos para enfrentar los Objetivos de Desarrollo del Milenio	60
9.4	Las políticas públicas en recursos humanos y los desafíos para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública	62

## 1. INTRODUCCIÓN

En San José de Costa Rica, desde el día 16 al 18 de agosto del año 2005, con la importante participación de países seleccionados por las características de la organización de sus sistemas de salud y de su fuerza de trabajo en salud pública, se realiza el taller sobre “Fortalecimiento de la capacidad de la fuerza de trabajo en salud pública en apoyo a las Funciones Esenciales de Salud Pública y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio”.

Esta actividad tiene su origen en el X Congreso Mundial de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA) realizado en la ciudad de Brighton, Inglaterra, en el año 2004, en el que se admite como miembros a las Asociaciones Regionales de Escuelas de Salud Pública. La relación se fortalece en la 58<sup>ava</sup> Conferencia Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública en Mazatlán, México, también en el año 2004. En esta reunión miembros de la WFPHA y de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), deciden dar un primer paso en la estrategia de juntar a las asociaciones y a las escuelas de salud pública con el propósito de aunar contribuciones para fortalecer la fuerza de trabajo en salud pública en apoyo al alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), idea para la cual la Asociación Costarricense de Salud Pública, ACOSAP, se ofrece como anfitrión y propone a Costa Rica como sede.

Sin duda, la alianza estratégica de estos actores y agentes de la salud pública compromete la participación de organizaciones como los ministerios de salud y otras organizaciones y redes de salud pública, ante la urgencia y necesidad de estudiar la situación crítica acumulada por más de dos décadas en materia de reformas económicas y sectoriales en torno de los recursos humanos en salud, así como las perspectivas futuras para el desarrollo del personal activo en la gestión y provisión de servicios de salud pública.

Garantizar el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y contribuir con ello al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015, requiere de esfuerzos que puedan potencializar las capacidades de los trabajadores de la salud. La decisión amplia e integral, que lanza como reto y desafío para los gobiernos del mundo la Organización de Naciones Unidas (ONU), no será realizable sin la participación activa de la fuerza laboral en salud en la obtención de la buena salud cuyo papel es preponderante en la consecución de los ODM.

Con la participación de funcionarios de ministerios de salud, académicos de escuelas de salud pública y activistas de asociaciones de salud pública de ocho países claves, Canadá, Cuba, Chile, Costa Rica, Brasil, México,

Jamaica, Estados Unidos de América y la cooperación técnica de la OPS/OMS, se desarrolla el Taller con la finalidad de promover la colaboración entre las asociaciones de salud pública y las escuelas formadoras, para definir una agenda conjunta y colocarla con liderazgo en las estrategias de la Década de los Recursos Humanos en Salud que lanzará la OMS en el 2006 como política internacional prioritaria.

La relatoría de este taller se estructura con los ejes transversales de la caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública y el desarrollo de esta fuerza laboral. Se presenta también, la problemática y las estrategias propuestas de fortalecimiento de estos recursos humanos para mejorar su desempeño y empoderarlos. Para ello, se definen los lineamientos de un plan de acción regional que oriente las acciones de esa política y mandato de la OMS de la Década de los Recursos Humanos

Con las presentaciones, el análisis y las discusiones de los grupos y plenarias, se pretende destacar los aspectos sobresalientes de las experiencias de los países, en tanto fortalezas, características y, también, aquellos aportes de los modelos de desarrollo de las capacidades y del rol de las competencias laborales de la fuerza de trabajo en Salud Pública (FTSP). A partir de los insumos se definen algunas aproximaciones políticas, ideológicas, técnicas y operativas para el logro de los objetivos y productos esperados del taller.

La riqueza de las discusiones y los análisis, superan, sin duda, en mucho lo plasmado en un documento de esta naturaleza; no obstante, se tiene la certeza de que será un aporte para obtener mayor claridad sobre la problemática en cuestión y movilizará el grado de conciencia para actuar sin dilaciones, según el rol de cada cual y en conjunto para crear sinergia para el esfuerzo planteado.

Es ineludible e impostergable la tarea de fortalecer la capacidad de la fuerza de trabajo en salud pública, pues esta requiere y exige el desarrollo de procesos pertinentes y eficaces; por tanto, las conclusiones y discusiones ampliarán la visión para definir estrategias y prioridades en el cumplimiento del cometido.

Es necesario muy especialmente, situar estas reflexiones y estrategias por desarrollar en otras instancias y actores para que, con similares intenciones y propósitos, aprovechen los eventos de salud pública regionales e internacionales en favor de la reflexión- acción para el fortalecimiento de esta fuerza laboral en salud pública

## 2. BIENVENIDA Y APERTURA DEL TALLER

Se inaugura con la presencia de las autoridades nacionales del Ministerio de Salud de Costa Rica, Dr. César Gamboa, Director General de Salud, en representación de la señora Ministra de Salud; el representante de OPS/OMS en Costa Rica, Dr. Carlos Samayoa; el presidente de ALAESP y Director de la Escuela Salud Pública de la Universidad de Chile, Dr. Giorgio Solimano; el representante de WFPHA y presidente de ACOSAP, Ing. Federico Paredes y la Directora Ejecutiva de CPHA Dra. Elinor Wilson.

El Ing. Federico Paredes, coordinador del taller, da una cordial bienvenida a los representantes de las diferentes organizaciones e instituciones de los países participantes en nombre de la WFPHA y de ACOSAP, además de exhortar al grupo a disfrutar y producir el conocimiento y las acciones necesarias para el logro de los objetivos de tan importante actividad.

La Dra. Elinor Wilson, resalta la importancia de esta reunión y acota que los recursos humanos en salud son la base de la construcción de los sistemas de salud en los países y que su desarrollo es una responsabilidad de todos. Considera que deben plantearse elementos innovadores y estratégicos para fortalecer dicha fuerza laboral y ese es el tema prioritario del taller.

El Dr. Giorgio Solimano hace referencia a la primera reunión organizada en Mazatlán y explica que esta es la primera oportunidad de reunión de diferentes actores sociales relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en salud y, por tanto, se debe aprovechar para efectuar el análisis de la situación actual en nuestros países, los avances, las oportunidades, las amenazas, las debilidades y las fortalezas. Señala las limitaciones de ALAESP para trabajar sola ante retos tan complejos. Menciona, brevemente, las iniciativas en ejecución para el mejoramiento y el fortalecimiento de la formación de los recursos humanos y pide al grupo los mejores esfuerzos para el logro del propósito y los objetivos del taller.

El Dr. Carlos Samayoa, Representante OPS/OMS en Costa Rica, expresa que existe desatención en el tema de los recursos humanos, en momentos en que se afronta una economía enormemente cambiante con efecto en los servicios de salud. Coloca como ejemplo Argentina y Bolivia, con las nuevas situaciones epidemiológicas caracterizadas por enfermedades emergentes y re-emergentes y que para ello se ha recurrido a la alianza entre la Academia, el Sector Gubernamental, las Asociaciones de Salud Pública y las Organizaciones No-Gubernamentales, lo que será una palanca para coadyuvar a los problemas de Salud Pública con la prioridad que debe concedérsele tanto regional como subregionalmente.

El Dr. César Gamboa, expone con mucho énfasis que los recursos humanos están en el espíritu de cualquier construcción que aborde la salud

pública ya, que, en el contexto de la Globalización, se tienen que tomar en cuenta estos desafíos para fortalecer las alianzas estratégicas y trabajar coordinada y planificadamente. Concluye exponiendo que, gracias a la OPS, WFPHA y al CPHA, así como a todos los que respondieron a esta convocatoria, se están dando los primeros pasos que permitirán organizar una estrategia contundente y viable ante las autoridades de salud de las Américas, para atender los compromisos con la Década de los RRHH que declarará la OMS en el 2006.

En síntesis, las palabras de las autoridades que inauguran este taller destacan con vehemencia la poca visibilidad de los recursos humanos en los sistemas de salud a pesar de que estos son los principales protagonistas del desarrollo de las funciones propias para promover y proteger la salud y prevenir la enfermedad, así como para gestionar los servicios; a pesar también de la subvalorización de esa fuerza de trabajo en la mayoría de los países y la inadecuada distribución de los trabajadores de la salud para brindar atención en forma más equitativa a todos los grupos sociales, lo que impide a los sistemas de salud lograr desempeños óptimos en la producción de la salud con control de las injustas desigualdades.

Reconocen y exhortan al grupo a comprometerse con esta iniciativa en forma articulada para ligar la experiencia y los conocimientos en una praxis de la salud pública, base exponencial para el logro de los ODM.

Con este mecanismo se pretende juntar diferentes actores con intereses y potencialidades para la investigación-acción en salud pública, como lo merecen las poblaciones para un mejor desarrollo y bienestar social; los objetivos y productos esperados planteados a los expertos asistentes al Taller, son desafíos y retos impostergables para la acción conjunta de tan importantes actores que resultan claves para el fortalecimiento de la fuerza de trabajo en salud pública.

### **3. PRESENTACIÓN DEL OBJETIVO Y PRODUCTOS DEL TALLER**

El Dr. Charles Godue, Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos del Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, OPS/OMS, Washington, con elocuencia presenta como principal objetivo del taller generar un reconocimiento social en la Región, a fin de obtener y defender los recursos humanos en salud para el desarrollo de los sistemas de salud y el bienestar de las poblaciones. Comenta que no existe una conceptualización clara y orientadora sobre los recursos humanos en salud y entre éstos y la fuerza de trabajo en salud pública. Insiste en que la salud pública regional exige gran protagonismo en este sentido, para fortalecer las capacidades de ese recurso clave; el desarrollo de los recursos humanos en salud presenta en la actualidad una seria crisis en la fuerza de trabajo en salud pública, cuyas causas y magnitud del problema en la

Región de las Américas, se reflejan en el déficit de ciertas categorías de personal, en la distribución inequitativa de dichos recursos en las distintas regiones de los países, en la planificación y la gestión de estos en las instituciones y en la formación descontextualizada y centrada en la técnica. Motiva la presentación de los objetivos con la reflexión de que aprender a trabajar juntos no es fácil, pero de eso se trata, hay que crear una gran alianza. Debemos imaginar, concluye, cómo es el trabajo de salud pública en términos de la cooperación en dicho rubro.

Por tanto, se requiere claridad para el desarrollo de los recursos humanos en salud con un enfoque integrado de los ODMs en el que concurren el desarrollo de los sistemas de salud y el desempeño de las FESP. El desarrollo de los RRHH en salud pública es una agenda en construcción, por lo que aprovechar la declaración del decenio que se inicia el próximo año como la Década de los Recursos Humanos en Salud, resulta estratégico y retador para todas las organizaciones involucradas en salud.

El Dr. Chris Rosene, Coordinador de Programa, Programas de Salud Global, Asociación Canadiense de Salud Pública, miembro de la directiva de WFPHA, plantea algunos de los antecedentes que dan origen a esta reunión. Señala que fue muy significativo que el primer paso en este sentido se dio en Brighton, Inglaterra en abril de 2004 durante el X Congreso de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública con el propósito de enfrentar la crisis de los recursos humanos de la salud pública y sus implicaciones en el logro de los ODMs. Insiste en que antes del XI Congreso de la WFPHA en el 2006 por efectuarse en Río de Janeiro, Brasil, se debería trabajar muy de cerca, muy unidas las Escuelas y Asociaciones y diseñar estrategias conjuntas frente a los desafíos que la realidad demanda y que, hasta ahora, dificultan el alcance de la política social internacional más importante decretada por la ONU para el 2015. Agrega también, acerca del crucial y fundamental rol de los Organismos Gubernamentales en esta tarea, lo que no es solamente una labor ni de la OPS ni de la OMS pues ha sido aprobada por las Naciones Unidas. Recuerda que en Ginebra, en el 2004, se firmó la Declaración de Trabajo Conjunta entre las Escuelas y Asociaciones y después en Mazatlán, México, en noviembre de 2004, durante el Congreso de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, se efectuó una sesión internacional especial entre Asociaciones y Escuelas de varios países, en la que se discutió sobre la crisis de los recursos humanos en salud pública, y ante la pregunta ¿Qué podemos hacer? se decide tomar este tema como eje central con la colaboración directa de todos. Ante estas condiciones desfavorables para el adecuado desarrollo y desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y la posibilidad certera de contribuir con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), habrán de crearse alianzas para el trabajo conjunto entre estos actores, desarrollar acuerdos y

establecer objetivos abarcadores y comprensivos para avanzar con mayor orientación en el desafío mayor.

A continuación explican el objetivo general y los resultados esperados en el taller.

El objetivo general del taller es determinar cómo las asociaciones y escuelas de salud pública de la Región de las Américas, pueden contribuir eficazmente a la meta general de fortalecer la capacidad del recurso humano en salud pública durante el decenio 2006-2015, ayudando de ese modo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En materia de resultados, se espera que el taller logre lo siguiente:

- Mayor conocimiento de los participantes acerca de la naturaleza y el grado de la crisis en los recursos humanos para la Salud Pública en las Américas y sus implicaciones para el logro de los ODM.
- Mayor claridad en la función de las Asociaciones de Salud Pública y las Escuelas de Salud Pública, en colaboración con gobiernos, instituciones multilaterales y otras partes interesadas, en trabajar para el logro de los ODM y el mejoramiento de la Salud Pública en las Américas.
- La preparación de un Proyecto de plan estratégico para la acción conjunta entre la “World Federation of Public Health Associations (WFPHA)” y la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESPE) en el fortalecimiento de la capacidad de los recursos humanos de Salud Pública, incluidos los siguientes componentes:
  - La participación en la “ampliación” de los recursos humanos para la salud durante el Decenio de los Recursos Humanos para la Salud (2006-2015);
  - La participación en las caracterizaciones por país de la fuerza laboral de salud pública en la región de las Américas;
  - Las recomendaciones para compartir los métodos y herramientas para el análisis de las competencias centrales de la fuerza laboral de salud pública, incluido el uso del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS;
  - Las recomendaciones para las actividades conjuntas adicionales que aprovechen los eventos de salud pública regionales e internacionales ya programados.

## **4. DESAFÍOS PARA LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA (FTSP)**

### **4.1 Perspectiva de los Organismos Internacionales**

Con el propósito de incrementar la discusión y el análisis en relación con los desafíos para la fuerza de trabajo en salud, se presenta la lectura de la realidad que sobre esta problemática hacen los tres organismos internacionales, a saber, OPS/OMS, WFPHA y ALAESP.

Desde la perspectiva de la OPS/OMS, en el marco de referencia de la magnitud y causas de la crisis actual de los Recursos Humanos en Salud y de la FTSP en la Región de las Américas, se evidencian grandes desafíos para enfrentar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, (ODM) en relación con la salud. El abordaje integral de las 18 metas incluidas en los 8 ODM y el cumplimiento de las FESP son hitos que promueve la OPS.

Se enfatiza que más allá de los objetivos específicos de las condiciones de la salud, del fortalecimiento de la capacidad de la FTSP y del desarrollo de los recursos humanos, la visión integral de los 8 ODM exige, entre otros aspectos, un abordaje de construcción de capacidades de los sistemas de salud; en ese contexto los RRHH son un elemento central para alcanzar los ODM para el 2015. La problemática de la FTSP es crítica y se deben desarrollar nuevas ideas para impulsar el logro de los objetivos de salud, inaplazables para cumplir con el compromiso sin precedentes asumido por los 189 países del Sistema de Naciones Unidas entre el 2000 y el 2015.

Este es un compromiso que la Región de las Américas hace a nivel de la sociedad civil, la organización de municipios, las comunidades y los grupos organizados. El reto se encuentra en que los objetivos del milenio logren permear y movilizar un gran rango de alianzas y que activen la agenda de salud de nuestros países, en términos de la toma de decisiones de los gobiernos.

Se parte de que, si bien hay dimensiones técnicas en el alcance de los objetivos del milenio, el desafío es meramente político. Se trata de colocar el tema de la salud en el centro de la agenda del desarrollo, partiendo del concepto de que la salud no es sólo un objeto de inversión sino que genera desarrollo. Es un esfuerzo de reposicionar el tema de la salud en un contexto más amplio de políticas públicas y de políticas de desarrollo que se evidencia en los 8 objetivos, las 18 metas y el monitoreo de los 48 indicadores, lo que indica el carácter específico de cada una de las metas y las torna

tangibles en el compromiso de su logro. Cabe destacar que las cuatro primeras metas tienen que ver con determinantes tradicionales de la salud; las otras cuatro se relacionan directamente con problemas de salud; tres de ellas son relativas a los determinantes ambientales de la salud y, por último, las otras siete metas se refieren a los nuevos determinantes globales de la salud o macro-determinantes.

Esos nuevos determinantes globales de la salud, a saber, los sistemas financieros, la integración de mercados, la movilidad de bienes, servicios y personas, los problemas relacionados con la deuda y el ayuntamiento de los países, la relación entre el gobierno y la sociedad civil y el acceso al trabajo, entre otros, hacen evidente, al examinar los objetivos del milenio desde la perspectiva de la salud, su coincidencia con la producción social de la salud en nuestros países, y sociedades.

La América Latina y el Caribe es una región donde suceden inequidades sociales de las más significativas del mundo, en cuanto al alcance de los ODM. La habitan casi 500 millones de personas de las cuales el 27% no tiene acceso regular a los servicios de salud; el 46% no cuenta con protección social en salud, o sea, con seguro de salud público o privado; 685 mil niños no están vacunados; 152 millones no tienen acceso a agua potable y condiciones sanitarias; 107 millones no cuentan con acceso a los servicios de salud por razones geográficas y 120 millones, por razones económicas. Incluso en los EEUU, 44 millones no tienen protegida su salud mediante seguros; además, en el contexto ambiental existe un serio atraso en acceso a condiciones sanitarias básicas de agua potable, cobertura de vacunación, etc. Hay exclusión social por acceso geográfico y/o económico. A esto se suman muy especialmente los grupos minoritarios que sufren de discriminación persistente, como los indígenas. En este contexto, el recurso humano es un factor crítico en relación con las barreras en el acceso a los servicios y la persistencia de discriminación.

En el marco estratégico de la OPS y de los gobiernos de la Región, los tres enfoques fundamentales en torno a la movilización de los ODM son: el técnico, el político (“policy advocacy”) y la movilización social. Asimismo, se enfocan los programas en relación con problemas específicos contenidos en los ODM. Se reconocen cuatro pilares para generar la salud para todos y hacer efectivo el derecho a la salud. En la gestión del conocimiento y la información, descansa en parte el éxito de: el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en su versión renovada, la capacidad de los Ministerios de Salud en el desempeño de las FESP; la noción de Protección Social en Salud

para encontrar nuevos mecanismos para proteger a la población de los riesgos y las consecuencias de la enfermedad y, muy especialmente, el desarrollo de los RRHH.

Alrededor de esto último, el tema de los recursos humanos en salud hace una “erupción” en la agenda política del siglo XXI. Sus problemáticas relacionadas y las del propio campo son muy complejas e invisibilizadas; una serie de iniciativas se están poniendo en marcha y se reconoce aún más la necesidad de incrementar el conocimiento sobre la naturaleza y el grado de la crisis y las implicaciones en las capacidades, conocimientos y habilidades de los RRHH, producto de la no intervención en este campo desde las reformas sectoriales en salud; quizás esta es la “década perdida” para los RRHH por la negligencia e invisibilidad que esto conlleva. Las disputas ideológicas entre profesiones en salud, el enfoque de las prácticas por programas, las enfermedades en lugar de visiones más amplias del desarrollo de los sistemas y de las instituciones, poca valorización del personal, su crisis y escasez que, además, busca la migración hacia otros países y, en fin, todos los problemas asociados con esta situación.

La urgencia de actuar debe ser pronta y oportuna; los procesos de reforma ocurridos durante la década de los 90 en la mayoría de los países de América Latina presentan en una u otra medida, descentralización, redirección del rol del Estado y, en algunos casos, privatización, lo cual trae una serie de consecuencias fundamentales sobre los Recursos Humanos a diferentes niveles. Con relación a esto, los observatorios de RRHH contribuyen al monitoreo de los procesos de reforma. Algunas manifestaciones internacionales, por ejemplo, dan cuenta de que en las islas del Caribe Inglés, se está dando un reclutamiento activo de enfermeras para laborar en los Estados Unidos, impulsado por el sector privado de ese país. Esto debido a que hay un déficit de este personal de enfermería en Canadá y los Estados Unidos. Esto se realiza sin detenerse a mirar el daño que ocasiona a estas islas caribeñas, lo que genera una seria distorsión en las relaciones intra países e inter países.

La iniciativa de la OPS desde hace 6 años cuando se organizaron los observatorios de Recursos Humanos en Salud, pretende trabajar sobre la idea de una década de RRHH que coincide con los 10 años faltantes para el alcance de los Objetivos del Milenio 2006 – 2015. Los contextos anteriores señalan la necesidad de generar un movimiento en términos de las políticas públicas en esa área e impulsar el logro en el acceso universal a los servicios y fortalecer las capacidades en materia de salud pública.

En las reuniones anuales de los observatorios en RRHH en América Latina, la centralidad en el contexto actual ha sido crear una plataforma regional consensuada y sostenible de 10 años de esfuerzos consistentes en esa materia. La idea es generar una plataforma estratégica de RRHH en salud pública con cinco ejes para el Plan Toronto que será expuesto en octubre de 2005 a los Ministros de Salud, y que son: formular una visión a mediano y largo plazo para el desarrollo de los recursos humanos en salud pública; intensificar la abogacía como movimiento social; ampliar y perfeccionar lo alcanzado; movilizar recursos financieros e institucionalizar los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, intensificando la cooperación horizontal, y fortalecer la formación e investigación en ese campo; lo anterior, para favorecer y explorar las políticas que se están gestando, las capacidades que se requieren y los indicadores que permitan monitorear un proceso alrededor de esa plataforma en la Región. En esta próxima reunión de Toronto, los países incorporarán información proveniente de los propios observatorios; la reunión es estratégica por cuanto, están invitados agencias de desarrollo, ministros(as) de salud, bancos de desarrollo, asociaciones regionales, entre otros. Esto, con el fin de empoderar actores críticos, orientar objetivos, negociar con sindicatos, identificar recursos financieros, revisar la agenda de cooperación, y poner énfasis en la cooperación horizontal entre los países, con base en dinámicas comunes sobre los procesos de integración alrededor de problemas e intereses compartidos.

En síntesis, queda planteado que el gran reto para la comunidad en salud pública es la tarea y el compromiso del desarrollo de los RRHH, ¿dónde se quiere estar en el 2015? ¿Con qué estrategias, desarrollos conceptuales y metodológicos se deberá actuar?

La WFPHA y ALAESP también han analizado institucionalmente los desafíos para fortalecer la fuerza de trabajo en salud pública.

Los acciones y avances de ALAESP se han dirigido hacia y para las escuelas y programas de posgrado en salud pública; todo ello con la decisión de implementar mejores prácticas en el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales en formación y lograr la solidez académica de estas instituciones.

Se cuenta, mediante el trabajo emprendido, con logros importantes para recuperar el espacio perdido, dada la percepción de instituciones formadoras de dudosa capacidad, con ofertas, comercialización y fantasías tentadoras. Se señala que en la inmensa mayoría de nuestros países no existe capacidad de regulación, pues se carece de mecanismos de acreditación y

certificación. ALAESP tiene recursos y capacidades limitadas en la modificación de situaciones internas y propias de las instituciones formadoras en los países; por ello, una mayor integración es necesaria entre Universidades, Gobiernos, Sociedad Civil (Sociedades Científicas y Gremiales) y ONG's.

Es importante que los profesionales deban reconocer el aporte de los organismos sociales y la comunidad. Los formadores de profesionales en salud pública deben asumir la irresponsabilidad compartida en cuanto a la calidad y pertinencia social de los RRHH que actualmente se forman. En la acción planificada con OPS se comparten dos objetivos estratégicos, uno, centrado en el mejoramiento de la calidad de los posgrados con la iniciativa de la gestión de calidad de la enseñanza de la salud pública, tema de las últimas reuniones y comunicaciones de ALAESP; estas dan cuenta de esta línea de trabajo orientada a reforzar las capacidades de los profesionales en este campo. Y el otro, relativo al mejoramiento de la investigación de recursos humanos en salud, especialmente ante la inadecuada oferta y demanda de los recursos humanos. La urgencia del trabajo conjunto con base en los principios vigentes de la salud pública y ante los desafíos identificados en el desarrollo de los RRHH debe contribuir al logro de los ODM para alcanzar las metas deseadas.

Además, ALAESP, participa y colabora para impulsar el plan estratégico de la "Iniciativa de aprendizaje conjunto en recursos humanos en salud", (Joint Learning initiative, JLI), financiado por la Fundación Rockefeller, consorcio de más de 100 líderes de salud con trabajo en red a nivel mundial, preocupado por la situación y el panorama crítico de los RRHH en salud. Actualmente analiza, mediante grupos de estudio, la situación mundial y desarrolla acciones con el fin de identificar estrategias para fortalecer esa fuerza laboral, mediante la propuesta dirigida a movilizar y fortalecer estos recursos humanos para superar la crisis en que se encuentran; relacionado esto también, con las condiciones de salud de algunos países del mundo, en especial los más pobres, y la construcción de sistemas de salud sustentables.

ALAESP comparte los análisis que destacan la insuficiencia numérica de trabajadores de salud, la mala distribución espacial que produce inequidades, los malos ambientes de trabajo sin recursos, poco estimulantes y con bases insuficientes de conocimientos y prácticas; además, una fuerza laboral amenazada por el VIH SIDA y los nuevos problemas que acarrea la migración de profesionales y las pocas e inadecuadas inversiones en este campo. La crisis en

RRHH es un problema de todos, necesita ser compartida con responsabilidad común y efectuar acciones conjuntas.

Esta iniciativa, por tanto, diseña una serie de alianzas estratégicas para fortalecer el poder de los trabajadores de salud, quienes han demostrado que su compromiso y determinación van más allá del simple cumplimiento del deber, por lo que estos actores de los sistemas de salud deben ser compensados y desarrollados de manera más integral.

Los ODM para el 2015 representan una oportunidad para actuar en tanto estos objetivos globales están movilizando la cooperación internacional, en especial, la construcción de la buena salud, ya que esta constituye una centralidad en el logro de ellos; además, plantea el drama de los flujos transnacionales laborales, de conocimiento y de financiamiento, los que implican el manejo inteligente de políticas y estrategias nacionales, las que, a su vez, dependen del apoyo internacional en la cooperación externa. En cuanto al tema de la responsabilidad global en el desarrollo de la fuerza laboral en salud, este cobra vigor y vigencia por la influencia de políticas y actores internacionales. En el plano nacional, se trata no sólo de procesos técnicos, sino también de índole política que, además, comprometen no solo al sector salud sino al campo intersectorial en los sectores de finanzas, educación, trabajo y otros relacionados. Esto involucra a más líderes de los campos académicos, asociaciones profesionales, sindicatos y organismos no gubernamentales.

ALAESP asume también los tres objetivos centrales que persigue la “JLI” en relación con el desempeño de la fuerza laboral en salud, a saber, lograr coberturas adecuadas que atiendan las poblaciones más vulnerables; incrementar la motivación con mejores salarios, condiciones laborales apropiadas y con recursos, así como oportunidades de desarrollo laboral. Por otro lado, se precisa la identificación de las competencias básicas para mejorar el desempeño en relación con actitudes, habilidades y destrezas y acuciosidad sobre su propio y permanente aprendizaje para fomentar el liderazgo y la creación e innovación en el trabajo de la salud, en lo que ALAESP se suma con compromiso declarado.

La WFPHA, secunda los análisis en torno a los desafíos actuales para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública, se señala el factor político gubernamental, pues varios países de la Región están envueltos en procesos electorales con cambios de gobierno en los próximos años; habrán próximas elecciones en Costa Rica en menos de nueve meses y también en otros países. Este hecho

implica ganar tiempo en el diseño de políticas de estado en el campo de los RRHH en salud para volverlas sostenibles y sustentables. La incertidumbre abunda cuando no se sabe qué partido político asume el poder; no obstante se debe actuar rápidamente frente a la situación de crisis de los RRHH en el campo de la salud pública para retomar este gran reto y mejorar las condiciones de esta fuerza laboral para un mejor desempeño de las FESP y una mayor disponibilidad de personal apropiado de su rol central y protagónico en el alcance de los ODM para el 2015. No duda que la acción sinérgica de actores nacionales e internacionales es determinante para respaldar las nuevas iniciativas que vuelven su mirada a la FTSP y para su consecución en el corto y mediano plazo.

El plenario de la reunión coincide en la complejidad de las situaciones que atraviesa la FTSP para su desarrollo y los desafíos por enfrentar; por tanto, se enfatiza en la necesidad de desarrollar estrategias para buscar viabilidad y sostenibilidad técnica, económica y administrativa para la ejecución de las políticas para el fortalecimiento de la FTSP, dada la realidad del campo de la salud en los países donde faltan puestos de trabajo en las instituciones de salud empleadoras y no se observa la generación de nuevos empleos; más bien, aumenta el subempleo, persiste el desfase entre la oferta en la formación de RRHH y las posibilidades de absorción de esa fuerza laboral en salud, que, además, demanda trabajo en condiciones dignas.

#### **4.2 ANÁLISIS DE LA FESP #8 “DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS” Y EL DESAFÍO PARA LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA**

Los resultados de la medición del desempeño de las once FESP en su conjunto, realizada en la Región entre los años 2001 y 2002 y, en especial, el de la función #8 correspondiente al “Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud”, crea y desata una polémica importante que desnuda la realidad de este componente humano estructural en los sistemas de salud y constituye otro de los desafíos por considerar en el fortalecimiento de la FTSP.

La medición de las FESP impulsada por la OPS es el primer esfuerzo realizado para conocer el estado y la situación de los RRHH en cada país y en la región. Su análisis y reflexión en torno a estos en la salud pública, ya generó acciones y política, no las suficientes, pero está movilizando voluntades políticas y gremiales para su intervención pronta y oportuna; sin duda, requerirá integrar a todos los actores envueltos en los desafíos identificados, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones formadoras, ministerios de salud y otros.

Las experiencias de algunos países confirman y sostienen las debilidades que originan los desafíos para el desarrollo de la FTSP, que evidencian la realidad de los resultados de la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) realizadas en tres países con sistemas de salud distintos, Costa Rica, Chile y Cuba.

Las observaciones en lo particular señalan estados muy diferentes en el desarrollo de esta función y en la definición de políticas públicas y abordajes para resolver o modificar los panoramas críticos en la producción y distribución, así como en la gestión de los RRHH.

#### **4.2.1 Experiencias nacionales seleccionadas**

##### **4.2.1.1. Costa Rica**

Los resultados de la medición de la FESP #8 en este país se da en el marco de importantes cambios y antecedentes histórico-políticos que dan cuenta de las características actuales del sistema y del sector salud a partir de la reforma del Estado y Sectorial; en especial, en la Caja Costarricense de Seguro Social, (CCSS) desde 1994. La fragmentación de las prácticas en la atención institucional de la salud y el impacto ideológico y operativo por la distribución, funcionamiento y nuevas prácticas de los trabajadores de los servicios de salud, se produce ante el traspaso que hace el Ministerio de Salud a la CCSS, de las acciones del primer nivel de atención de la salud a las personas y a las comunidades en los planos de la atención primaria, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Ante estos cambios, otros nuevos retos organizacionales y de conducción institucional en la implementación de la función de rectoría y de regulación en el Ministerio de Salud se originan; así como en los servicios de salud de la CCSS; esto sin mayor desarrollo de las capacidades institucionales y de la FTSP en conocimientos y prácticas en estas áreas. Se aúna a esta realidad, la complejidad del contexto por los cambios mundiales, la acción de la globalización y la situación económico-social del país.

Es en ese panorama situacional de debilidad y falta de protagonismo con que en el país, el Ministerio y otras instituciones asumen las FESP como rescate a la salud pública; además, ante la constante y persistente desvalorización de este campo por un largo período y

frente a la intencionalidad de las políticas de la Reforma del Sector Salud, centradas en la modernización de las instituciones y en la reducción del gasto en salud, y en la disminución del financiamiento de la atención médica y de salud.

Se reconoce que el análisis multistitucional y compartido entre muchos actores, producto del proceso de medición de las FESP, permitió agregarles valor, difundirlas en forma amplia y poner en relieve aquellas funciones claves para la salud pública. Se llama la atención, sin embargo, al carácter reduccionista de las FESP ante el quehacer general de la salud pública, pues invisibiliza los elementos de tipo político inminentes en estas prácticas, entre otros.

La calificación del conjunto de las FESP reportan que 6 de las funciones están por debajo del 50% de su desempeño y logro. La calificación promedio general del país resulta superior a la de las distintas regiones de salud del país, aunque conserva el mismo patrón de respuesta en cada una de las FESP. En este sentido, pone en evidencia las desigualdades en el quehacer de la salud pública en las que probablemente la FTSP tenga mucha centralidad. El resultado de la calificación reporta a las funciones 8 y 10, en particular la FESP # 8 “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública” como la segunda más mal evaluada (36%) junto con la función “Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública”; tal y como se demuestra en los siguientes cuadros.

## Evaluación FESP

N°	Función Esencial	% de cumplimiento
1	Monitoreo y Evaluación: ASIS	59
2	Vigilancia de la Salud	64
3	Promoción de la Salud	39
4	Participación Ciudadana	52
5	Desarrollo de Políticas y Gestión	44
6	Regulación y Fiscalización	32
7	Evaluación del acceso a los Servicios de Salud	75
8	<b>Desarrollo de Recursos Humanos</b>	<b>36</b>
9	Garantía y Mejoramiento de la Calidad	37
10	Investigación	26
11	Emergencias y Desastres	72

Al desagregar por cada uno de los indicadores componentes de la función #8, el resultado de la medición reporta para el indicador “caracterización de la fuerza de trabajo”, junto con el de “recursos humanos formados en características socioculturales de la población”, un cumplimiento apenas del 17%; este comportamiento se explica, en parte, por la falta de un diagnóstico de requerimientos de personal para el trabajo en salud pública, según las necesidades de salud diferenciadas de los grupos sociales y, además, la ausencia en los programas educativos de componentes de diversidad cultural, género, etnia y generación, por el contrario, centralidad en las dimensiones técnicas, la especialización y lo disciplinar; explicaciones estas que, al no modificarse, difícilmente aportan cualidades en la FTSP para enfrentar con solidez el logro de los ODM; le sigue en bajo nivel de cumplimiento el indicador “mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo”, con un 25%, lo que en parte se origina, por la falta de sistematicidad o la ausencia de la evaluación del desempeño de los trabajadores; de igual forma lo relativo a incentivos.

Los otros indicadores obtuvieron una mejor calificación. El segundo mejor calificado es la “educación continua y de posgrado en salud pública”, con un 40%; es meritorio mencionar que la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR) contribuye en esta labor, en forma conjunta con la CCSS como patrocinador

de los programas de capacitación en todo el país sobre gestión local de la salud y atención integral en salud, responsabilidad que coordina el Centro de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social, (CENDEIISS) de esa Institución para el personal en servicio del primer nivel de atención. También, la Escuela de Salud Pública mantiene un programa de posgrado desde 1989 con gran impacto en la formación de cuadros para la conducción del sistema de salud. Por su parte, también, los colegios profesionales contribuyen con sus programas de certificación para impulsar la educación continua. Finalmente, el mejor indicador con mayor calificación “asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales, obtiene un 80%, cifra que influye en la calificación promedio de esa función #8; una posible explicación a su buen cumplimiento se relaciona con la definición de acciones de planificación, organización, supervisión y el apoyo sistemático institucional a los procesos de desconcentración del modelo de atención en salud que presta la CCSS, lo que refleja claramente su cultura institucional.



### Medición Función N° 8

N°8	Función Esencial Desarrollo de RRHH en el Campo de la Salud Pública	% de cumplimiento
1	Fuerza de trabajo	17
2	Calidad de la Fuerza de Trabajo	25
3	Educación Continua y Permanente	40
4	Característica Socioculturales de la población	17
5	Apoyo a niveles subnacionales	80

Producto de este análisis de las FESP, varias iniciativas y estrategias se implementan por el Ministerio de Salud, en particular la creación por decreto de la Comisión Sectorial en Salud para la definición de políticas públicas de recursos humanos y la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, en apoyo a esta tarea; ambas con planes de trabajo orientados a concertar intereses y lógicas propias de


los distintos actores del campo de la salud, entre ellos, colegios profesionales, sindicatos, gestores y otros.

El Ministerio de Salud realizó un proceso de mayor profundidad en el análisis, con los datos existentes, sobre la situación de los RRHH, este se documenta en la publicación “Análisis Sectorial en Salud” en el año 2002. El objetivo del estudio es la caracterización de la situación actual y observar algunas tendencias en la formación, gestión, mercado y conflictividad en la FTSP, así como las regulaciones existentes en este campo.

Con base en la problemática encontrada el Ministerio de Salud encamina diferentes estrategias con el propósito de buscar alianzas y consensos en el Sector Salud para la definición de políticas, entre las más importantes, la inclusión del tema de desarrollo de RRHH en la Agenda Sanitaria y la creación de la Comisión antes mencionada el 2 de febrero del 2005, mediante el Decreto No. 32209-S. En esta se integran representantes de instituciones del sector salud: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN), Acueductos y Alcantarillados (A y A), Ministerio de Salud, Universidad de Costa Rica (UCR) y la Federación de Colegios Profesionales; no obstante, el trabajo efectuado por la Comisión antes de su formalización y legalización estuvo orientado a consolidar un plan de trabajo, en el que se destacan las actividades relativas a la organización de un Sistema de Información Nacional de Recursos Humanos (apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, con fondos de un préstamo); con este, se espera contar en doce meses con la información básica sobre recursos humanos en salud alimentado por las diferentes instituciones públicas y privadas, empleadoras y/o formadoras. El Sistema estará administrado por el Ministerio con el apoyo de la Comisión Técnica y esta será la base para fortalecer el Observatorio de Recursos Humanos en Salud. También, como otra de las actividades importantes está la formulación de políticas públicas específicas en el campo de los recursos humanos en salud. Todo lo anterior, alimenta la expectativa de mejorar la toma de decisiones en esta materia y contribuir significativamente al mejoramiento y fortalecimiento del sistema de salud del país.

#### 4.2.1.2 Chile

Si se analiza el desarrollo de los recursos humanos desde los resultados de la medición de la FESP# 8, se reconoce que a pesar de los importantes avances en el campo de la salud, existen grandes retos por enfrentar la situación de los RRHH. La realidad y evolución de las condiciones de salud en la transición demográfica del país y los cambios demográficos desde 1950 al 2015, refleja el ensanchamiento de la pirámide poblacional y las repercusiones de esto en la situación de salud y, por ende, en la dotación de RRHH; la importante baja en algunos indicadores según la evolución reflejan una importante mejoría en la mortalidad materna e infantil entre 1960 y el 2000; lo que contribuye al alcance de los ODM y expresan el acercamiento a estos en la actualidad respecto de lo esperado en las metas para el 2010, según se refleja en el siguiente cuadro.


**Recursos Humanos en Salud  
Pública y Metas Milenio**  
 Chile: Indicadores Milenio / Objetivos Sanitarios

Indicadores, Metas Milenio y Objetivos Sanitarios	1990	2000	2002	Meta Mil. 2015	Meta Obj.San. 2010
Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años (por mil grupo etario)	0,79	0,31	0,39	0,26	No planteado
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	16,0	8,9	7,8	5,3	7,5
Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)	4,0	1,9	1,7	1,0	1,2
Mortalidad por SIDA (por 100.000 hab.)	0,57	1,7	2,62	1,0	1,7
Nacidos vivos madres menores 19 años (%)	13,8	16,2	15,0	8,9	11,3

El grado de avance es aceptable, aunque se avizoran desafíos importantes y difíciles, dados los cambios en el perfil epidemiológico y la prevalencia de enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la diabetes; además del predominio de factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol en la población. Se considera que la Reforma en marcha debería prever los recursos para garantizar ciertas intervenciones que, a su vez, se traducen en las metas del sistema de salud; el plan de salud pública y la nueva autoridad sanitaria representan oportunidades para el logro de aquellas metas dependientes de esos cambios culturales complejos; asimismo, merecen mención las

desigualdades sociales asociadas a las condiciones de salud de algunos grupos, en especial, aquellas relativas a condiciones de sexo y edad, reportadas también en la encuesta nacional de salud del 2003, a pesar de que los principios de la Reforma explicitan el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad, entre otros.

Las políticas de monitoría y gestión de las garantías iniciadas en el 2005 evidencian la formulación de las políticas públicas con el eje público - privado y presentan el modelo de desarrollo del país con base en la integración, la libre competencia y la capacidad de la empresa privada en el Estado moderno, democrático cuya política se orienta a la focalización del gasto social en los pobres; acción por cierto que redujo la pobreza del 40% en 1987 al 18% en el 2004. Existen estrategias relativas a la formación en salud pública y la gestión de servicios salud, con la capacitación de directivos de hospitales complejos y directivos de la red de asistencia de servicios de salud; además de la formación de profesionales en salud pública, se organizan pasantías para el personal del MINSAL para el fortalecimiento de la APS, todo ello entre el 2000 y el 2005.

Respecto de la calificación del cumplimiento de la FESP #8 es clara la deficitaria situación en el desarrollo de los RRHH; esta función obtuvo la más baja calificación de todas las FESP (13%). Los indicadores de educación continua y asesoría y apoyo técnico a niveles subnacionales, reportan 0% según se nota en la tabla; de igual forma la FESP # 10, investigación esencial en salud pública, obtuvo un puntaje final de 39%. Ante esta realidad el país inició estrategias importantes para modificar la situación encontrada, situando la interdisciplina en el eje del desarrollo del personal y también orientándose hacia la búsqueda de financiamiento público-privado.



## Recursos Humanos en Salud Pública y Metas Milenio

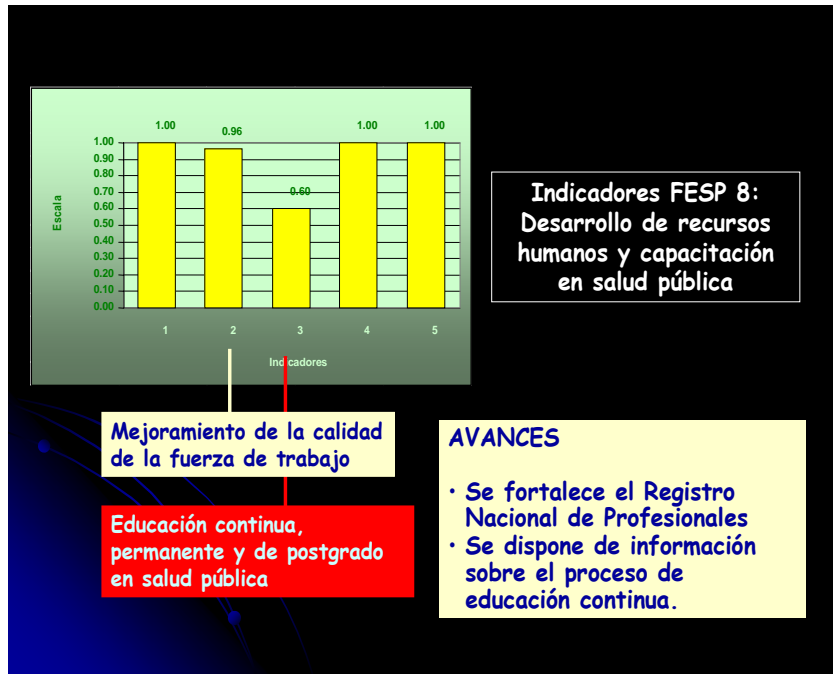
Función Esencial de Salud Pública N° 8.  
Desarrollo RRHH y Capacitación en SP

✓ Puntaje final :	0,13
✓ Caracterización de la FT :	0,28
✓ Mejoramiento de la calidad FT:	0,19
✓ Educación Continua:	0,00
✓ Perfeccionamiento RRHH:	0,17
✓ Asesoría y apoyo técnico:	0,00

### 4.2.1.3 Cuba

En este campo, el país da importancia clave a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en los programas de reformas y en el mejoramiento de la capacidad institucional; con este enfoque el resultado de la medición del desempeño de las once funciones obtienen promedio nacional que supera el 90%, en especial la FESP # 8 con 91%; sin embargo, comenta que los promedios regionales y subregionales en esa función, apenas se aproximan al 40%.

El análisis de las calificaciones obtenidas en los indicadores componentes de la función #8 refleja los bajos porcentajes en el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo con un 60%, y en educación continua con un 95%; que no son muy buenos, por cuanto los otros indicadores tuvieron una calificación de 100%; la tabla siguiente muestra claramente lo indicado.



Las estrategias para reportar buenos indicadores y superar aún más la situación encontrada incluyen el diseño de políticas relativas a la organización de un sistema de información en educación continua y de un registro nacional de profesionales.

En la política cubana en salud pública el Estado y la sociedad son los pilares básicos y estratégicos. En este sentido, la interrelación entre trabajo, educación y salud es una función rectora que desarrolla el MINSAP, en la que incorpora la política de RRHH como parte de la política de salud del país. La política y la planificación de RRHH incluye la universalización de la educación médica con sedes universitarias municipales, y el Policlínico y la regulación de las instituciones formadoras por parte del Sector Salud; estos y otros elementos son las claves de la formación; entre ellos, la pertinencia con el modelo de atención y las características de la formación nacional e internacional en grado y posgrado en los que la estrategia pedagógica de la integración docencia – investigación - servicio, es la garante de la calidad de la atención, además de la puesta en operación del sistema de superación profesional y técnica en el posgrado. Este último con maestrías y doctorados en varios campos de la salud.

Muy importante es el señalamiento de que las FESP son parte intrínseca de cada diseño curricular por competencias para la formación de recursos humanos en Salud.

Es aspiración del Sistema Nacional de Salud (SNS), la búsqueda de la excelencia de las instituciones mediante el alcance de la calidad de los servicios y la satisfacción de la población, en que el eje es la Atención Primaria en Salud dispensada por los médicos y enfermeras de familia.

Los recursos humanos del SNS son su fortaleza. Los objetivos priorizados del SNS son alcanzar una esperanza de vida superior a los 80 años (hoy 77 años) y reducir cada vez más la mortalidad infantil de 5,8 por 1000 nacidos vivos.

En cuanto a la formación de personal, existen cambios en el tránsito del pregrado, el ingreso y su descentralización al Policlínico, y del Postgrado con su tránsito de un Sistema de Superación Profesional y Técnica a un Programa de Perfeccionamiento de todos los trabajadores en función de la apertura de nuevos servicios, la introducción de nuevas tecnologías, la masividad en la capacitación y la flexibilidad en los programas; su base está en los problemas de salud de la población y su integración a las Áreas de Salud; la capacitación está dirigida desde los obreros hasta los doctorados; existen maestrías y especialidades que se desarrollan en la ENSAP, en donde cuentan con la formación de directivos en modalidad semi-presencial, se hacen las tesis en los centros de trabajo; y además cuentan con cursos, diplomados y maestrías internacionales para los programas sociales de Latinoamérica y el Caribe.

Los buenos indicadores de RRHH por población y el sistema de perfeccionamiento del personal de salud para la excelencia de las instituciones son prioritarios para lograr el aumento de la calidad de los servicios y la satisfacción de la población; la fuerza laboral es amplia y tiene diversas categorías técnicas y profesionales, se destaca que los médicos de familia son una prioridad según sus políticas de atención y modelo vigente en la salud pública.

Las constataciones en torno a este desafío son complejas y variadas. Una de las principales es la falta de claridad en cuanto a la especificidad conceptual sobre quienes constituyen la fuerza laboral en salud y quienes lo son en el campo de salud pública, aspecto en que están en juego muchos factores de confusión; el traslape conceptual entre esos campos, establece una de las principales dificultades en la medición de esta función. Sin embargo, existe coincidencia en el potencial del indicador para reflejar la debilidad de ese rubro en los sistemas de salud, así como las desigualdades internas en los países y entre ellos; por tanto, establece y prioriza la consideración de ese desafío en la FTSP en la Región de la Américas.

Casi sin excepciones la función #8 es la segunda más bajamente calificada junto con la de investigación en salud en los países. Esta realidad sitúa con prioridad la preocupación a nivel de esa evaluación; los criterios o parámetros monitoreados, a saber, caracterización de la fuerza de trabajo en Salud Pública, calidad de la fuerza de trabajo, formación continua y de postgrado, perfeccionamiento de los RRHH apropiados a las características socioculturales de la población y la noción de apoyo a los niveles descentralizados. Estos sin duda, representan los elementos mínimos para contar con una masa crítica a fin de colaborar en la construcción social de la salud de grupos y poblaciones.

A manera de reflexión final sobre los desafíos de la fuerza de trabajo en salud pública, las experiencias de los países son reveladoras de las diferencias existentes en el análisis situacional mediante la medición de la FESP # 8. Parece incongruente que países con buenos desarrollos en sus sistemas de salud se encuentren en condiciones deficitarias en el desarrollo de sus RRHH, con excepción de Cuba.

Se reconoce que se están haciendo esfuerzos en todos los países para superar esta crisis acumulada por falta de políticas públicas estatales y acciones institucionales que privilegien esos desarrollos de la FTSP; no obstante, el interrogante primordial es cuál deberá ser el perfil de la FTSP para fortalecer la salud pública y acercarnos al logro de los ODM. Para esto se valora la necesidad de contar con un enfoque sectorial para analizar con un visión de futuro las características de los recursos humanos, su proceso educativo, el contexto epidemiológico y demográfico de las poblaciones y sus implicaciones en el cumplimiento de las metas, ya que persiste el enfoque curativo y biológico en la formación y en las prácticas de salud en detrimento de la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la protección social de la salud.

Por otro lado, queda planteado que las Metas del Milenio no se movilizarán tan fácilmente desde los avances en salud, pues eso sería posicionar una visión reduccionista. Hay problemas para el logro de los ODM que se asocian con eventos de salud provocados por la pobreza y la falta de desarrollo, como el alcoholismo, la drogadicción, la violencia familiar, entre otras, y hasta por la corrupción y no exclusivamente las referidas al desempeño de los recursos humanos en salud, esta es una hipótesis por verificar. Sin duda habrá que incrementar acciones para mejorar las condiciones y características de los RRHH, pero también será urgente visualizar otras estrategias de los sistemas de salud y de los actores sociales, en busca de iniciativas y nuevas intervenciones de solidaridad y nuevas intervenciones de asistencia y cuidado a ciertas poblaciones especiales o grupos vulnerables.

## **5. CARACTERIZACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA**

### **5.1 Experiencias nacionales seleccionadas**

En el desarrollo de este tema se aportan a la discusión resultados de estudios y reflexiones realizadas en Estados Unidos para señalar desafíos relativos a esta problemática; además, el abordaje de otros aspectos que influyen en la caracterización y evaluación de la FTSP en países como Brasil y México que enriquecen la situación y las realidades actuales.

#### **5.1.1 Estados Unidos**

La experiencia de los EEUU, ilustra las limitaciones encontradas y los aprendizajes obtenidos en la investigación para caracterizar a la FTSP en ese país. El conjunto de situaciones críticas que complican la disponibilidad de datos e información es uno de los aspectos de infraestructura en los sistemas de salud más complejos en la realización de estos estudios, y esto es necesario para garantizar la preparación y capacitación de la FTSP, junto con las interrelaciones propias de los sistemas de salud.

La disponibilidad de información particularizada sobre la FTSP precisa dar respuestas sobre quiénes forman parte de esa fuerza laboral, cómo se evalúan las competencias de esos trabajadores y qué se debe hacer para fortalecer las habilidades y capacidades de estos para el desempeño de las FESP.

Los principales problemas se presentan con las definiciones operacionales relativas a la FTSP. Las principales preguntas que habrá que plantearse se refieren a si la FTSP corresponde a las personas responsables por la provisión y el desempeño de las

funciones donde hacen su trabajo; o, si son los profesionales en el rubro o bien las personas relacionadas con tal disciplina, las que se emplean para mejorar la salud de las poblaciones.

Esas definiciones implicarían que se puede incluir a todo el personal de las agencias de salud pública, entre ellos epidemiólogos, enfermeras, dentistas, estadísticos, etc. Pero también, podría incluirse al personal de las agencias gubernamentales como las instituciones que tratan del ambiente o la seguridad ocupacional; o bien, se contempla al personal del sector privado que efectúa acciones relativas a control de infecciones en los hospitales, o al personal voluntario relacionado con asociaciones comunitarias que atienden problemas de salud específicos. Ejemplo, cáncer, pulmones, violencia, etc.

Por tanto, el gran reto y cuestión clave por discutir se refiere a que no todos los graduados en salud pública están incluidos. Pero a muchos que no son profesionales en salud pública si los incluyen y otros individuos se consideran porque parte de su tiempo parcial lo dedican a labores de salud pública.

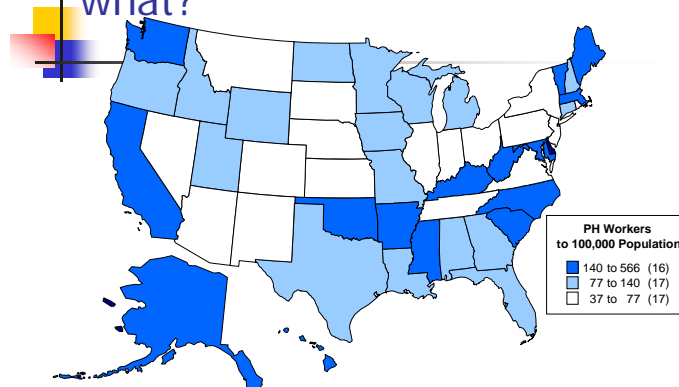
Además, otro desafío vinculado con el conteo de la FTSP es cómo se definen las preguntas cuándo se realizan investigaciones; esto para eliminar y controlar los subregistros. En el año 2000 en los EEUU se censaron solamente 448.254 trabajadores asalariados del nivel estatal y local en los departamentos de salud pública y en escuelas de salud pública; no obstante, esta cifra no incluye otro tipo de trabajadores gubernamentales, también son datos insuficientes sobre personal de salud ambiental y de las ONGs.

La forma de plantear preguntas claras y lograr consistencia en las respuestas requiere considerar, por ejemplo, quién es una persona graduada ¿cómo obtener la información sobre esto?; ¿cómo se identifica a la persona?, ¿cómo médico clínico o como gestor de un servicio de salud?; ¿cuál es el cargo que ocupa la persona? (cómo obtener la información del empleador); ¿en qué y cómo utiliza su tiempo la persona?) (Completo, parcial, etc.).

La investigación de la FTSP efectuada por las Escuelas de Enfermería y Salud Pública de la Universidad de Columbia en el año 2000, refleja en el resumen nacional, respecto de los tipos de personal encuestados, que un 25% no reportan la categoría de personal, un 14% es personal técnico, el 44% son profesionales, un 4% es de tipo administrativo y el 13% son de apoyo logístico. Esta información indica claramente el reto de conocer quienes son todos los que forman la FTSP.

Entre otros resultados de ese estudio, el trabajador de la salud pública en EEUU no muestra una distribución uniforme en todo el país, la densidad de trabajadores de salud pública por habitante fluctúa entre 140 a 586 por 100 mil habitantes en algunos estados y de 37 a 77 en otros estados, como se evidencia en la figura siguiente: un 34% está en el nivel local, 33% en el estatal, 19% en el federal y 14% en otros. A guisa de ejemplo, el personal de enfermería en salud pública se ubica más en los niveles locales que en estatales y federales; el 13% son comunitarias y de salud pública. La definición de esta categoría de personal incluye solamente las trabajadoras que desarrollan prácticas de salud en poblaciones focalizadas, en cuidados en el hogar y en atención ambulatoria, de igual forma se incluye otro grupo de personas que trabajan en agencias centrales y regionales de salud y agencias reguladoras.

## Public Health Worker Density: so what?



PAHO, August 18, 2005

COLUMBIA UNIVERSITY  
School of Nursing

En síntesis, el desafío para recolectar información sobre la FTSP consiste en hacer censar el personal de salud pública, para ello es requisito contar con definiciones operacionales estandarizadas para clasificar a la FTSP, organizar las rutinas para la captación de los datos con sus procedimientos de verificación y, por último, el procesamiento adecuado de los datos para obtener la información; más importante aún, incrementar la habilidad en la utilización de las bases de datos.

La enseñanza de la salud pública constituye otro desafío crítico en la caracterización de la FTSP, en general las escuelas de salud pública y las universidades no están preparando a los profesionales para el desempeño de buenas prácticas en salud pública. Es una característica en este país que la mayoría de los

profesionales que ingresan a estas escuelas tienen como profesión de base la enfermería.

En materia de salud pública los temas de mayor énfasis son la salud ambiental, la que irá en incremento y trascendencia debido al calentamiento del planeta, y la salud global; en la enseñanza de la salud pública el gran interés está centrado en el tema del bioterrorismo.

En los servicios públicos de salud existen dificultades para encontrar personal de salud pública bien formado y son pocos los profesionales con maestrías en ese campo, la FTSP es una población envejecida, algunas categorías son escasas como los dentistas, en especial para atender a poblaciones desprotegidas. En estos servicios se sabe que un 14% son técnicos, se calcula 1 trabajador por cada 600 habitantes en promedio en la actualidad y más de 55 puestos o categorías diferentes de trabajadores en las prácticas locales de salud pública.

Respecto de la evaluación del desempeño en la FTSP existen dificultades, pues no se cuenta con procedimientos y metodologías sistemáticas que contemplen la complejidad del campo, del quehacer, la masividad y diversidad de esta fuerza laboral.

Un cuestionamiento marcado en la atención de la salud pública son algunas poblaciones vulnerables; ejemplo de esto, es la exclusión de las poblaciones reclusas en centros penales, sin atención de salud pública, en las que ahora es frecuente encontrar casos reportados de tuberculosis, entre otras enfermedades infecciosas.

Otro tipo de información obtenida de estudios de la FTSP en EEUU hace referencia a las siguientes cuestiones: que las personas que trabajan en salud pública deberían estar al servicio de lo público, que los trabajadores de la salud pública están bien posicionados para influenciar políticamente, que hay falta de tecnología en los servicios locales de salud y que la atención de salud pública tiene la capacidad de absorber las personas que han sido expulsadas del sector privado; por otro lado, los profesionales en salud pública se desempeñan en forma similar en el sector privado, solo que las poblaciones atendidas son las de menos acceso; en EEUU, un tercio de la población es atendida por los servicios de salud pública.

Cada vez más se plantea la necesidad de establecer alianzas entre los niveles locales y las escuelas de salud pública prestando servicios comunitarios.

La investigación en salud pública debe desarrollar intervenciones, relaciones de trabajo con la comunidad, interés y explicación de los problemas sociales. El personal tiene que mejorar la capacidad de aprender y mantenerse actualizado. Abordar los problemas interculturales (migración e intergeneración). Los conceptos de salud pública deben tener presencia en cualquier tema y modalidad de atención relacionada con la salud. También, es necesaria la investigación para identificar las brechas sociales, de forma que se relacionen y articulen las necesidades con las políticas y el reclutamiento de la FTSP.

Sobre las destrezas y habilidades individuales de la FTSP, se sugiere en términos generales incluir los elementos políticos y técnicos, cuidar que el personal esté educado y capacitado, y revisar que todos los programas de atención estén relacionados con la salud pública, también, incrementar la educación continua que construye el mejoramiento del individuo y la capacidad institucional; además, es necesario mejorar la administración del personal, caracterizar la fuerza de trabajo (dónde, cómo, que hacen?), y tratar que la FTSP este altamente motivada y comprometida con su trabajo más que otras profesiones.

Se estima que el sistema público está en crisis pues los sistemas de aseguramiento son muy pobres, la mayoría de la población no cuenta con seguro de salud, lo que obliga al gasto del bolsillo de las personas y a usar servicios del sector privado.

### **5.1.2 Brasil**

Sobre la caracterización de la FTSP debe plantearse en primer término que la salud es el principal y más importante componente humano. Desde esa perspectiva se puede observar la realidad y las condiciones deficitarias y crueles de algunos países pobres de la Región, y las dificultades que tendrán para alcanzar los ODM; las formulaciones de expertos y funcionarios internacionales reflejan esa situación como verídica y palpable y coloca a los países en franca desventaja. En esas circunstancias, el compromiso es técnico y político y obliga a conceptualizar bien la salud pública, conocer en términos operativos sus tareas y coberturas básicas; por tanto se requiere definir y decidir si la salud es un producto social y un derecho humano inherente a la calidad de vida de las personas.

En segundo término, debe comentarse que no existen modelos de evaluación de la FTSP únicos ni exhaustivos, pero un camino prometedor es incluir y diseñar un proceso de seguimiento y evaluación de los profesionales graduados en salud pública, actividad que debe ser de responsabilidad de las escuelas formadoras. La salud pública requiere constituirse como una organización social en la que participan escuelas, servicios de salud, comunidades y asociaciones gremiales, profesionales y académicas, por lo que la evaluación debe ser una responsabilidad de todas las instituciones en los aspectos pertinentes a su función. Además, se precisa ampliar los modelos de evaluación para que estos se apliquen para valorar el desempeño de las instituciones y no sólo el de la FTSP.

### **5.1.3 México**

Los comentarios sobre la evaluación de la FTSP incluyen como principales problemas los de tipo macro-social; en ese sentido se enfatiza sobre la tendencia a la exportación de trabajadores de la salud pública del sector público hacia los países del Norte. Además, se habla de la existencia de escuelas privadas capacitando enfermeras para trabajar en los EEUU; éxodo que se produce sin mayor control ya que el país no tiene regulaciones en esa materia. En la actualidad no se visualizan políticas para el fortalecimiento de la FTSP que el país necesita en virtud de las necesidades de salud de las poblaciones y los requerimientos de los servicios de salud, por lo que es urgente una redefinición en estos aspectos; por otro lado, se requiere que los modelos de evaluación de la FTSP sean particulares de las distintas instituciones de salud tanto públicas como privadas.

## **6. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA**

### **6.1 Principales estrategias: Experiencias nacionales seleccionadas**

Al abordaje de este aspecto contribuyen las experiencias de un país como Brasil y sus desarrollos centrados en estrategias priorizadas para promover el desarrollo de los recursos humanos de la salud. Complementan estos aportes los planteamientos estratégicos para desarrollar la fuerza laboral en los servicios de salud pública en Canadá y México.

### 6.1.1 Brasil

La experiencia en la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud del Ministerio de Salud de este país se prioriza en la formulación histórica de estrategias para el desarrollo de la FTSP, desde la instancia del Sistema Único de Salud (SUS) creado en 1988 y articuladas con el sector académico de la salud pública. Se destacan tres grandes estrategias centradas en la educación en salud pública, la producción científica en ese campo y la gestión de la capacitación en el servicio.

Estos desarrollos ocurren con distintas intensidades desde el año 1900 y se coloca a la Fundación Oswaldo Cruz con el liderazgo en este campo. Esta institución es la iniciadora de la salud pública en la investigación y en docencia; desde 1922 existen en el país cursos para la formación de persona;l en 1957 se funda la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP). En 1969 se crean los departamentos de medicina preventiva, se organizan residencias médicas y de salud y desde 1970 a finales de los 80s se organizan maestrías en medicina social y salud pública que se redefinen a la luz de los nuevos enfoques de la salud colectiva. Los cursos estratégicos en el campo de la salud colectiva y temas afines para apoyar el desarrollo del SUS, toman fuerza desde 1986 y en los 90s, ante el embate de las reformas neoliberales, se diseñan estrategias para enfrentar la influencia de las relaciones mercantiles en la cuestión de la salud. Con estas capacitaciones se articula estrechamente la academia y el SUS y se hacen socios para la construcción conjunta del sistema en el marco de la solidaridad e ideología compartida para la consecución de los objetivos de salud.

Las características polares del SUS cuyos pilares básicos son la universalidad, la equidad y la integralidad, se sustentan en la atención que realizan 23 mil equipos en el programa central del sistema de salud, denominado salud de la familia; el SUS también abarca otros niveles de complejidad de la atención, por ejemplo, Brasil se ubica en el segundo lugar en el mundo en la realización de trasplantes.

La magnitud del campo de trabajo en salud pública es muy amplia, cuentan con 50 mil profesionales dedicados a la gestión y gerencia del SUS, con instituciones distribuidas en forma inequitativa en las distintas regiones del país, así el 47% se localiza en el sudeste, casi el 22% en el nordeste, el 20% en el sur, mientras el norte y centro-oeste reportan apenas el 3.8 y 6.4 % de ellas.

Lo anterior refleja la complejidad del sistema y los retos frente a la FTSP en un sistema descentralizado, con autonomía de los entes federativos en sus tres niveles, gestor, federal y agencias reguladoras.

En cuanto a las estrategias de desarrollo de la FTSP, en el panorama del SUS y sus políticas de recursos humanos, destaca uno de sus ejes, la educación en salud y en salud colectiva; existen más de 1000 escuelas de salud (grado y posgrado en medicina, enfermería, odontología, técnicos, posgrados en salud pública).

La distribución de cursos de salud pública o salud colectiva (*Latu Sensu*) por regiones del país, es muy importante en cantidad pero evidencia la misma desigualdad que con la distribución de las instituciones. El 51 y 21 % de los cursos se imparten en las regiones del sudeste y nordeste respectivamente; en contraste con el resto del país. Sin embargo, es el sector público el que ofrece la mayor capacitación a la FTSP y no el sector privado. La existencia de cursos tiene mayor peso en el primero, aunque mantiene la misma desigualdad en las regiones. Estrategias de desarrollo de personal como el CADRHU y los demás cursos estratégicos organizados e impartidos representan acciones abarcadoras y comprehensivas.

La educación de pregrado y la de posgrado son parte de las políticas de RRHH; respecto a la educación de pregrado, refleja un incremento de escuelas y programas tanto en medicina como en enfermería. Esta última es la de mayor crecimiento, en especial en las regiones sur, sureste y noreste. Los posgrados "*strictu sensu*" también muestran un aumento importante con énfasis en los niveles de maestrías académicas y doctorados, no así en maestrías profesionales en salud de reciente impulso en el país.

Otra de las estrategias ligadas al mundo académico de investigación en salud es la relacionada con la producción científica en los campos biomédicos, clínicos y de salud colectiva. Brasil en el año 2001 ocupó el décimo octavo lugar en el mundo de publicaciones en ISI. También ocupa en el área médica, incluyendo la salud colectiva, el 0.9% de la producción mundial. Ello la coloca en la vigésimo tercera posición, en circunstancias de que, a nivel mundial, la producción científica en salud pública apenas representa el 1.3% en ISI. Al interior del país el liderazgo en la producción y publicación de artículos en salud pública es notorio, al compararlo con seis países de América Latina con el mayor porcentaje entre los años 1973 a 1992, es el 1er autor con un 60.7%.

Las estrategias mencionadas dan cuenta de los esfuerzos en este rubro de las políticas de recursos humanos; no obstante, varias reflexiones y críticas señalan que están pendientes cuestiones por ser enfrentadas; entre ellas, precisar la especificidad del campo de la salud colectiva y la necesaria definición de criterios que valoricen no solo la producción científica tipo “*artículos*,” sino también, la producción que surge de las intervenciones en salud. De igual forma urge la formación de salubristas generalistas con visión política en la formulación de éstas.

Entre los aspectos estratégicos señalados se enfatiza la necesidad de establecer y considerar movimientos paralelos para el desarrollo de nuevas estrategias como la organización de residencias multiprofesionales en salud, incentivar cambios significativos en el pregrado en especial en la consideración de su objeto de estudio, diseñar carreras de grado en gestión de salud y salud pública, promover la apertura de las maestrías profesionales incluyendo el campo de los RRHH en salud; asimismo, volver la atención a las estrategias de realización de cursos avanzados en recursos humanos nacionales como el CADRHU e internacionales como los CLARHUS. Por otro lado, buscar formas de combatir el impacto en el campo de la salud de la existencia de los MBA y la proliferación del sector privado en la formación de personal.

Actualmente, la propuesta de la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud es priorizar las estrategias que establecen nexos con la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO) y sus asociados, el refuerzo a la investigación y al posgrado *Strictu Sensu* con la introducción de las temáticas de interés del SUS, el restablecimiento de las relaciones de cooperación entre gestores del SUS y la academia y el combate a la fragmentación por los intereses mercantiles. Es decir, fortalecer una propuesta de apoyo institucional y planes específicos para los directores de la red de escuelas de gobierno en salud. Por último, se plantea que deben construirse puentes para disminuir la distancia entre la academia y la gestión real del SUS, muy importante también es buscar las estrategias para disminuir las diferencias regionales en el país.

### **6.1.2 Canadá**

Las estrategias de desarrollo de la FTSP indican que el sistema de salud de Canadá y Brasil es similar en el sentido que ambos son sistemas descentralizados. Se añade que la salud pública no siempre está situada como una de las bases claves de los sistemas de salud y que esta debería ser la forma para disminuir el número

de personas que necesitan del sistema formal en los servicios de salud; en ese logro se requiere de los movimientos sociales. Se insiste en que la salud pública se percibe y se asocia con mayor fuerza con las labores que ejecutan organizaciones como el CDC, siendo que no es solo eso, sino que trasciende ese quehacer especializado.

El reto de cumplir con el logro de los ODM es básico y estratégico para que cualquier país deba ser capaz de alcanzarlos. En la actualidad, las crecientes inequidades y brechas socioeconómicas entre las personas son también una responsabilidad de la salud pública. Las alianzas entre la salud pública y la APS necesitan ser establecidas y fortalecidas para contribuir significativamente con esos objetivos.

En el presupuesto global para la salud de Canadá se invierte y se consideran algunos aspectos de la formación de recursos humanos, así como aquellos que se vinculan con la planificación de RRHH y cuyo objetivo es asegurar a los canadienses los cuidados de salud apropiados.

Se estima de gran importancia diseñar y mantener estrategias adecuadas para el reclutamiento de los trabajadores de la salud, a fin de movilizar su participación en el campo de la salud, al tiempo que se deben contemplar mejores condiciones de trabajo para su retención; por todo ello urgen definiciones operacionales de fuerza de trabajo en salud pública y planificación de su desarrollo. También se necesita preparar los recursos humanos con visión de largo plazo; las universidades deben preocuparse por la pertinencia de su enseñanza y colaborar entre sí en vez de competir en busca de atraer cada vez más estudiantes.

En Canadá existen 15 programas de posgrado en salud pública y varios centros: “*Unidades de Enseñanza de Salud Pública*”, para apoyar la capacitación de los trabajadores en todas las categorías. Se considera de gran importancia estratégica el establecimiento de relaciones para promover la cooperación entre la academia, las asociaciones de salud pública y las instancias gubernamentales para el desarrollo de estrategias integrales.

### **6.1.3 México**

En este país, el desarrollo de la FTSP está fuertemente relacionado con las políticas públicas de salud y también las propias de los procesos de formación de RRHH en salud. Esto se ejemplifica con las políticas públicas recientes y los avances y dificultades acerca

del Seguro Popular, para lo que se creó un servicio paralelo en la propia Secretaría de Salud cuyas estrategias de desarrollo del personal no están claras.

Respecto de la formación de profesionales en salud en pregrado y grado se reconoce la fragmentación de la oferta, aunque esté regulada por la Secretaría; en cuanto a los posgrados están desapareciendo aquellos de bajo nivel de titulación dados los actuales requerimientos de certificación que se aplican en el país.

Las estrategias más importantes para el desarrollo del personal de salud están centradas en que todas las escuelas de salud pasan por un proceso de acreditación y que existen instrumentos de validación y evaluación del proceso educativo. También existen mecanismos formales e informales que garantizan superar los cambios circunstanciales de los movimientos políticos. Existe tradición de hacer consultas, por asambleas a la sociedad civil; a los institutos de investigación en salud pública; así mismo a la red de organizaciones de salud; todo esto soporta a la Secretaría con el cabildeo en las acciones que se toman.

Se plantea la necesidad de que existan claras estrategias para el desarrollo de la FTSP, en parte porque se debe reconocer que las brechas de desigualdades e inequidades se han ampliado en los últimos 30 años. La formación de grado en las profesiones de la salud debe ser atendida y no sólo el posgrado, esto por cuanto la formación sigue siendo de carácter curativo; la interrogante sigue siendo ¿hasta cuándo va a ser sustituido el modelo biomédico de la salud? Existe la tendencia en los estudiantes a menospreciar la salud pública y hasta sugieren eliminarla del plan de estudios; sin embargo, otros piensan que esa situación se está superando, que se está pasando del modelo de salud paternalista hacia uno más autónomo y con una mayor participación de los actores.

Por último, se estima importante contar con mayor evidencia sobre todas las acciones y estudiar mejor las situaciones en los países; otras preguntas que quedan en el ambiente se refieren a la influencia de la FESP # 8 sobre las demás FESP, o si esta función es de carácter terminal en la política de fortalecimiento de los recursos humanos en salud. La visión que se tenga de los recursos humanos debe hacerse desde el sector salud y no solo desde los que generan servicios de salud. Por otro lado, sigue pendiente la definición política sobre la adecuada y justa distribución, organización y composición de la FTSP para el alcance de los ODM, cómo mejorar las actitudes y motivaciones desde la posición de trabajadores de la salud. Además, ¿cómo podrán acercarse los países a una definición amplia y real de la FTSP?, así como también ¿qué

implicaciones tienen los determinantes sociales de la salud, con más peso que el de la FTSP para el logro de los ODM? y ¿qué implicaciones para el desempeño de los trabajadores de la salud y para la formación y capacitación, tiene el cumplimiento de los ODM?

## **6.2 Rol de las competencias: Experiencias nacionales seleccionadas**

En relación con este tema crítico y clave para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública, se presentan las experiencias de algunos países. La utilización del enfoque de definición de competencias en las áreas laborales pertinentes ha demostrado ser estratégico para definir acciones que se conviertan en ejes para el desarrollo de la FTSP. En ese sentido, es muy valiosa la experiencia de Canadá y las respectivas de Costa Rica y Cuba.

### **6.2.1 Estados Unidos**

La experiencia de este país pone de manifiesto otro desafío para las instituciones formadoras, en tanto se coloca como problema central la definición de las competencias en salud pública de la FTSP. Se considera que más que la cuestión numérica de cuántos y de cuáles categorías existen, se debe pensar qué hace y en qué se capacita esa FTSP. La gran pregunta es si los trabajadores tienen los conocimientos y destrezas adecuadas para desempeñar las tareas y lograr los objetivos de su trabajo; ese es un requerimiento actual ante las demandas propias del siglo XXI, con el avance y el embate de la globalización, de los avances científicos y de tecnología médica; además, de los cambios demográficos de la población.

La definición de las competencias de la FTSP se convierte en uno de los desafíos cruciales para mejorar el desempeño de las personas trabajadoras de salud pública y en esto se viene trabajando desde los comienzos de los 90s. Recientemente, el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias del país ha identificado ocho nuevas áreas de contenido de estas: *la cultural, de comunicación, la de investigación-acción con base comunitaria, la de salud global, la de políticas de salud y legislación, ética, informática y una relacionada con el genoma humano.*

Las competencias las clasifican en básicas, intermedias y avanzadas; esto según el nivel de entrada de los trabajadores, en tanto experiencia, destrezas y conocimientos en salud pública.

Además, el enfoque de competencias instruccionales tiene una variedad de usos, en la actualización y revisión de la descripción de

puestos de trabajo, en la capacitación en servicio o educación continua, en la auto-evaluación de los trabajadores y en la enseñanza de la salud pública y el desarrollo del currículo.

Se enfatiza la importancia de establecer alianzas entre los socios involucrados con el desarrollo de la FTSP; entre ellas, agencias empleadoras, escuelas y asociaciones, las cuales obtienen buenos y grandes beneficios al contar con la especificidad de las competencias; un ejemplo es el centro de capacitación en salud pública de New Jersey, el que tiene como socios a los niveles locales y estatales de salud pública, a tres escuelas y a varias asociaciones de salud de tipo comunitario. Algunos de los productos de utilidad práctica para ese Centro son las metodologías para evaluar necesidades de capacitación y la facilidad para diseñar capacitaciones en línea con contenidos de salud pública básica y el desarrollo de las competencias culturales. Sin duda, experiencias de este tipo contribuyen en forma amplia a particularizar y analizar otros desafíos cuya transformación implica decisiones y acciones políticas del sector salud y de los gobiernos para conocer el qué, cuánto, dónde y cómo de la FTSP.

### **6.2.2 Canadá**

El rol de las competencias, la importancia de su definición en la fuerza de trabajo en salud pública para orientar los procesos de desarrollo de este personal, así como su rol en las capacidades que deberán desarrollar también las instituciones para la gestión del recurso humano e incidir positivamente en el mejoramiento de la salud, se enmarcan en los principios, la organización y el funcionamiento actual del sistema de salud canadiense y los eventos históricos y políticos que lo originan.

Cronológicamente los hechos y procesos recientes que han afectado la salud pública en ese país son, en 1999 el *reporte del auditor general* y en el 2000 el *reporte Walkerton E*, en relación con la enfermedad del cólera que pone en evidencia los serios problemas de la administración de la salud pública; en el 2001 el reporte sobre la cuestionada capacidad de la salud pública y en el 2002 uno de los reportes más trascendentales en la historia de la salud pública de Canadá, conocido como *Romanow report*, en el que se analiza la real situación de la salud pública y se destaca el énfasis y el incremento que esta debería tener en el mejoramiento de la salud de las personas y las poblaciones; se incluye también, la crítica situación del derecho a la salud y de la sostenibilidad del sistema. Estos análisis permiten colocar a la salud como eje del desarrollo social canadiense. Por otra parte, en el año 2002 el

*reporte del Senado* que pone el énfasis en la reforma del sector salud y, finalmente, el impacto y las lecciones aprendidas, especialmente por la epidemia del “SARS” y la enfermedad del virus del Nilo Occidental.

Respecto de las prioridades actuales de la salud pública se mencionan las cuatro más importantes: el fortalecimiento y estabilización de la FTSP, el énfasis en las líneas del frente del sistema de salud pública, el desarrollo de una fuerza de trabajo en salud pública competente y el desarrollo del liderazgo nacional en este campo. Algunos logros políticos en la respuesta nacional para mejorar la salud pública del país son: la creación en el 2003 del cargo de un Ministro de Estado para la salud pública y de la Agencia Canadiense de Salud Pública; en el 2004 el “*Oficial Jefe de Salud Pública*” hace incrementos importantes al presupuesto de salud pública para apoyar la estrategia nacional de inmunización, fortalecer la infraestructura de los servicios, en especial con tecnología, y apoyar el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en todos los niveles de gobierno con lo que se sustenta el compromiso y la alianza con los objetivos de la salud pública.

Por su parte, son importantes las respuestas del Ministerio de Salud: la identificación de la salud pública como la máxima prioridad en la agenda de salud, el reconocimiento de que en la salud pública las áreas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, lesiones y daños son los ejes críticos para alcanzar los resultados de una mejor salud y reducir las presiones por la atención en los servicios de salud, y el compromiso de acelerar e incrementar el trabajo para mejorar la salud pública a través de la Nación. También, los cambios en la organización política del sistema de salud, el que consta de dos distintos niveles de gobierno con poderes separados: el nivel de Gobierno de salud de Canadá, y el nivel de Gobierno Provincial y Territorial.

Fue definido el plan decenal del 2004 para el fortalecimiento de la Salud; en este los ministros de ambos niveles de gobierno se comprometen a compartir la agenda para renovar la salud en el país y acuerdan desarrollar el plan de acción concentrando las acciones en la capacitación, reclutamiento y retención de los profesionales de la salud, por lograrse en el 2005.

Muy especialmente se destacan los contenidos filosófico y político, objetivos y acciones sustantivas de salud de la “*Estrategia Pancanadiense de Recursos Humanos en Salud*”; en cuyos lineamientos se encuentra la planificación de recursos humanos

para asegurar el acceso adecuado de la población a los servicios de salud, la educación interprofesional para el logro de una práctica centrada en la colaboración del cliente, el aprendizaje para promover las actitudes de colaboración entre los proveedores de la salud, y, por último, el reclutamiento y retención de los recursos humanos para fomentar que más trabajadores se interesen por el área de los cuidados de la salud y crear mejores condiciones para mantenerlos.

En Canadá, en todos los niveles de gobierno existen los mandatos de dos Comités Consejeros que buscan articular las iniciativas de salud pública; uno, es el Comité Consejero de Recursos Humanos que se encarga de planear, organizar y brindar servicios de salud, incluyendo los temas de RRHH y, el otro, es el Comité Consejero en Salud de las Poblaciones y Salud Ocupacional, que establece los consensos y colaboraciones de la población sobre esos temas de importancia nacional. En la planificación existen dos marcos de referencia en marcha que orientan el quehacer, el Plan Canadiense para la Planificación de los Recursos Humanos y el denominado “Construyendo la Fuerza de Trabajo en Salud Pública para el Siglo XXI”.

En este sentido, se considera en la definición operacional sobre la FTSP que las funciones de su campo de trabajo son: *la caracterización de la salud de la población, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, lesiones y daños, la protección de la salud y la vigilancia en salud.*

Por otro lado se describe la misión y visión de la Agencia Canadiense de Salud Pública, ubicada en Ottawa y Winnipeg con sus seis oficinas regionales, las que fundamentalmente tratan de proveer a nivel federal liderazgos en salud pública y la colaboración en y entre las jurisdicciones; así mismo impulsan y promueven la salud pública nacional e internacional; para ello, se tienen estrategias prioritarias definidas para el 2005-2006, que contienen, entre los cuatro programas importantes, el desarrollo de la fuerza de trabajo.

Existen “grupos de tarea” cuya función, entre otras, es reportar a la Conferencia de Ministros de Salud, liderar desde los Comités Consejeros y su mandato es el planeamiento, la investigación, la educación y la capacitación a largo plazo de los recursos humanos.

Las metas de esta Agencia, en resumen, se orientan a conseguir el aumento de las capacidades en todas las jurisdicciones, el

desarrollo de la fuerza de trabajo interprofesional y el cumplimiento de las FESP; además, incrementar los modelos de servicios centrados en el cliente y un mayor compromiso en todas las jurisdicciones para mejorar el reclutamiento y retención de los proveedores de la salud procurando su estabilidad y un ambiente sano de trabajo, lo que, a su vez, constituye las fuentes de desafío

En el plan de recursos humanos el enfoque colaborativo se considera central y también para los Grupos de Tarea. Se identifica en el énfasis en la intersectorialidad, la integralidad, la definición de roles y responsabilidades y demás elementos para el desarrollo de los recursos humanos.

En Canadá se han definido las competencias centrales de la FTSP como sigue:

*“el conocimiento, destrezas y habilidades demostradas por los miembros de la organización y del sistema, que son críticos para el efectivo y eficiente funcionamiento de una organización o sistema” (Council on Linkages).*

Estas definiciones de *competencias centrales* en la salud pública les ha sido útil porque implican la trascendencia de las relaciones o alianzas de las disciplinas específicas dentro de la salud pública, reflejan el conocimiento común, las destrezas y habilidades de todos los profesionales que trabajan en el área; se enfatiza que esas competencias son independientes de los programas para que reflejen el acercamiento de la salud pública con los temas de salud y, también, tienen el potencial de caracterizarse por la profundidad de su contenido, la relación estrecha con los procesos de la organización, la relación directa con la población objetivo, (clientes, organización o comunidad) y la exclusividad para la salud pública, sean estas generales o específicas.

Además, es claro que el desarrollo de las *competencias centrales* ayuda a detectar las necesidades y definir las capacitaciones del personal, desarrollar *curricula*, definir incentivos y herramientas para su incorporación en la práctica, entre otros; también los principios que guían su desarrollo. Se ilustra con el siguiente ejemplo:

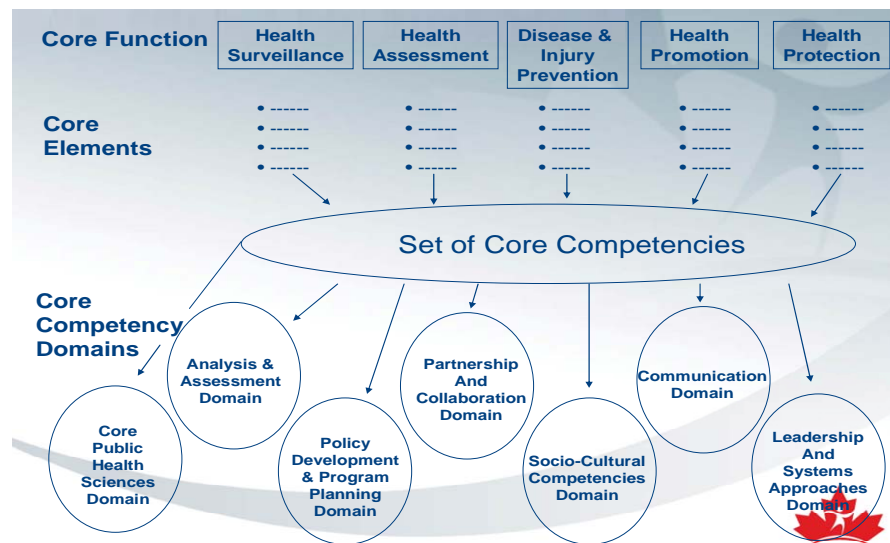
### Ejemplo:

Función esencial: promoción de la salud

Elemento esencial: permitir en las personas el aumento del control y mejora de su salud.

**Competencia:** *el profesional en salud pública es capaz de apoyar al gobierno y a los socios comunitarios en sus esfuerzos para mejorar la calidad de vida en comunidad*

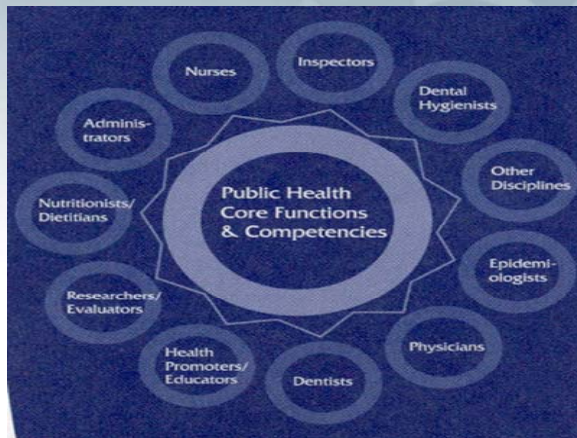
El proceso de construcción participativa en la definición de las *competencias centrales* se origina en la identificación de las funciones esenciales de la salud pública: vigilancia de la salud, análisis de la salud poblacional, prevención de enfermedades y lesiones, promoción de la salud y protección de la salud; estas se desagregan en los elementos esenciales (desglose de cada función) y de estas se derivan los siete *dominios* que constituyen el cuerpo medular de competencias centrales: ciencias de la salud pública, análisis y evaluación de la salud, desarrollo de políticas y planificación de programas, colaboración y asociación, competencias socioculturales, comunicación, y liderazgo y enfoques de sistemas. El siguiente diagrama ilustra el proceso.



En Canadá las categorías de los profesionales incluidos en el campo de la salud pública son: enfermeras, inspectores sanitarios, higienistas dentales, epidemiólogos, médicos, dentistas, promotores de salud, investigadores y evaluadores, nutricionistas, dietistas y administradores, principalmente, tal y como se observa en el esquema que sigue.

## Public Health Disciplines:

Who is a public health professional?



Courtesy OPHA



Por último, se reconoce y enfatiza que el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública implica la definición de políticas públicas y de estrategias, y muy especialmente, la identificación del conjunto de competencias centrales para facilitar el fortalecimiento de las capacidades necesarias para incidir en mejores desempeños de la FTSP en el cumplimiento de las FESP y, al mismo tiempo, impulsar el logro de los ODM.

### 6.2.3 Costa Rica

Desde la Escuela de Salud Pública se desarrolla un proceso activo por contribuir al desarrollo de los recursos humanos en salud pública, con el diseño, organización e implementación de capacitaciones en servicio para los profesionales y técnicos del primer nivel de atención del sistema de salud en todo el país; se cuenta con tres importantes cursos con base en materiales didácticos diseñados como un conjunto de módulos en las áreas de Gestión Local de la Salud y en Atención Integral de la Salud. Estas capacitaciones se diseñan desde la academia con base en la definición de competencias laborales pertinentes a esos campos del quehacer y en procesos participativos con los profesionales, jefaturas del servicio, así como con los docentes que facilitan la capacitación. Estos proyectos de educación continua tienen éxito por la pertinencia con el desarrollo de las capacidades que requiere el modelo de atención en el primer nivel de atención de la salud; la experiencia lleva más de 8 años de ejecución y se desarrolla con el patrocinio y en coordinación con el Centro de Desarrollo

Estratégico en Investigación en Salud, CENDEISSS, de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Otra experiencia la constituye el actual proceso de revisión curricular del Programa de Posgrado en Salud Pública, el que se ha realizado con base en la definición de competencias básicas y especiales para el tronco común. En esta experiencia se conceptualiza a las competencias como el saber hacer, saber ser y saber sentir de los profesionales especializados en salud pública. Desde la academia, este ha sido un proceso participativo con profesores, estudiantes y profesionales de la salud pública, se han identificado cinco competencias básicas cuyos elementos son los valores y actitudes como ejes transversales para todo el curriculum de la formación y ocho competencias específicas, que dan cuenta de las capacidades por desarrollar a fin de fortalecer los conocimientos y prácticas del campo de la salud pública. La experiencia de trabajar académicamente con este enfoque ha sido muy enriquecedora para los docentes, pues resulta compleja para la administración docente, al implicar cambios en las prácticas de los docentes y en los procesos de enseñanza-aprendizaje de tipo pedagógico y metodológico. También, por la integralidad e incorporación de abordajes interdisciplinarios a que obliga el rol de las competencias en el diseño curricular.

#### **6.2.4 Cuba**

En este país la experiencia ha demostrado que es a partir de la definición de las competencias de la salud pública que se desarrolla la FTSP. Estas son el eje del pregrado y el postgrado para que los recursos humanos puedan enfrentar y solventar las necesidades de los trabajadores para cumplir con el buen desempeño de las FESP ante los profundos cambios que se experimentan y la incorporación de nuevas estrategias en el campo de la salud para el siglo XXI. También, se utilizan otros enfoques en el desarrollo del personal centrado en la transformación del conocimiento en acción mediante el estudio-trabajo. La experiencia mayor, se reitera, es que en cada plan de estudio de la salud pública Cubana se tiene como premisa que lo aprendido debe ser relevante, que las personas y los equipos de trabajo tengan capacidad de aplicar los conocimientos a la realidad, así como avanzar hacia una medicina de excelencia. Se reitera que la voluntad política gubernamental es necesaria para alcanzar los ODM y no solo las capacidades de la FTSP.

Se comparten ampliamente las ventajas de los enfoques que utilizan Canadá, Costa Rica y Cuba pero se destacan los dominios a ser considerados en la definición de las competencias que apoyan el desarrollo de capacidades en lo cultural, muy especialmente, sobre la cuestión de género, etnia y generación, en tanto son elementos que conducen a generar discriminación e inequidades en la atención en salud pública; por ello, se requiere que la FTSP tenga mayor sensibilidad y conocimientos para enfrentar e intervenir desde la perspectiva de la equidad, las desigualdades sociales y de salud evitables e injustas.

Ante las demandas de nuevas capacidades que exige el buen desempeño de las FESP y para potencializar estas para el logro de los ODM, se resaltan otros elementos por incorporar en la definición de las competencias; estos elementos son: desarrollo de las capacidades políticas de la FTSP, por cuanto existe ahora mayor implicación y relacionamiento del personal con los nuevos actores; reconocimiento de la salud pública como ámbito intersectorial e internacional, lo que implica el desarrollo de capacidades para la movilización social a favor de mejores condiciones de vida y del derecho a la salud; y lo relativo a la mediación público-privada en las acciones de salud pública.

El mundo académico debe reflexionar sobre el campo de la salud pública y acerca de las nuevas orientaciones pedagógicas y metodológicas asociadas a los enfoques de la nueva salud pública, en la organización curricular de la formación y la capacitación centradas con pertinencia y profundidad en el desarrollo de capacidades actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. Es necesario también establecer y fortalecer las relaciones academia-academia y academia-servicios, y aproximar la academia a las poblaciones estableciendo nexos entre ellas y desarrollando la capacidad de trabajo en red para contribuir a la formulación de políticas, entre otros aspectos.

Por último, se reconoce como positivo el rol del Estado Canadiense al enfrentar los graves problemas sanitarios de años pasados; su capacidad de respuesta con la participación de los miembros de la sociedad civil es también una lección por aprender en cuanto a la construcción, elaboración y generación de acciones con participación democrática. Es notorio que muchos de nuestros países han perdido esas capacidades y que el rol de los gobiernos es reducido.

## **7. ELEMENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA AGENDA CONJUNTA DE TRABAJO DE ASOCIACIONES Y ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA Y MINISTERIOS DE SALUD**

En el esfuerzo de implementar una agenda conjunta de trabajo entre las asociaciones y escuelas de salud pública y los ministerios de salud, con el apoyo de los gobiernos y la participación de las agencias multilaterales, se enuncian a seguir los principales elementos planteados con relación a dicha colaboración potencial para el mejoramiento de la FTSP. Propósito que cumple con la directriz de impulsar desde el campo de la salud el alcance de los ODM.

### **7.1 Perspectivas Nacionales Seleccionadas**

#### **7.1.1 Jamaica**

Una premisa importante es la necesidad de luchar porque los países desarrollados apoyen el mejoramiento de la situación de la salud pública en el Caribe. A este particular, se considera importante el desarrollo de la vigilancia de la salud pública en los sistemas de salud.

Desde 1995 se ha venido trabajando en este país con el enfoque de competencias centrales en los planes de estudio y en las carreras de la salud, pero se enfrentan con muchas limitaciones para el desarrollo óptimo de este enfoque. Necesitan de la capacitación y mejores definiciones de las competencias centrales claves para el desarrollo de la FTSP. Se requiere mejor equipamiento para la educación en salud, pues no se cuenta con la tecnología moderna y las formas tradicionales de trabajar no sirven en la actualidad.

Se enfatiza el potencial que tendrían los esfuerzos conjuntos y las relaciones entre las asociaciones y las escuelas de salud pública.

#### **7.1.2. Estados Unidos**

Las escuelas en las universidades dicen cumplir con los tres pilares de la academia (investigación, docencia y asistencia), pero no articulan sus agendas para servir a la salud de la población, razón por la que se les dificulta transmitir y traducir sus acciones hacia las personas en las que identifican necesidades de salud. También tienen recursos limitados, sobre todo las del sector público, aunque existen perspectivas de cambio.

En general, la enseñanza cuenta con programas en salud internacional y en liderazgo poblacional. En la Universidad de Washington, a manera de ejemplo, tales programas tienen su base en el Departamento de Salud Global, donde profesionales de nivel medio estudian por 1 a 2 años. También existen programas dedicados a fomentar que los estudiantes trabajen con poblaciones subservidas (rurales y migrantes, las que tienen problemas de drogadicción y con las de indigentes). Con ello se promueve la sensibilidad hacia lo social y una cultura de camaradería. Esto es importante en términos de prioridad, pues es necesario desarrollar destrezas como estas y otras que se adquieren con el trabajo en la comunidad (como educar a la población, organizar acciones, dirigir reuniones, e identificar recursos), facilita el incremento del liderazgo en las comunidades y ejerce influencia positiva en los políticos. En sus programas y currícula, el aprendizaje está centrado en la resolución de problemas y esto es parte de las políticas y de la evaluación. Las promociones se han expandido para ir más allá de que los profesionales lleguen a las comunidades.

Respecto de la investigación, se busca que los miembros de la facultad no solo investiguen sino que estas investigaciones sean operacionales y relevantes. Se precisa que escriban sobre las brechas emergentes y los problemas sociales de la salud y, también, que exista preocupación por la ética. Además, que se desarrollen habilidades en la redacción de cartas al editor, que se prepare literatura popular en salud de forma que sean estas buenas bases de la promoción de salud, centrada en la práctica y no solo en la investigación, como otros aspectos antes indicados.

Debe promoverse la asociación en red de las universidades. Ello permite aumentar la abogacía de la salud pública --considerando su baja visibilidad, promover la moral, y apoyar iniciativas políticas. Se considera crucial que las asociaciones de salud pública presionen a las universidades para que respondan efectivamente.

### **7.1.3. Chile**

Existen estudios e investigaciones relacionados con el número de médicos y las horas médicas semanales trabajadas (en el caso de Chile, especialmente en los años 1995, 1999 y 2003), así como sobre la necesidad y disponibilidad de médicos para la APS.

Un importante problema de la realidad actual es la distribución y cantidad del personal médico, que en su mayoría se ubica en el sector privado; por lo general, estos profesionales utilizan los

servicios públicos de APS para obtener experiencia y a los 2 años se van a sus oficinas privadas.

Se considera que hay que dejar planteada la pregunta ¿porqué planear?, ¿será que el mercado debe encargarse de distribuir los recursos humanos?

Existe una alianza entre el Ministerio de Salud del país con las asociaciones académicas en salud pública, con la OPS/OMS y con las organizaciones civiles. La movilización de profesionales de las Universidades a los ministerios es una buena estrategia para actualizar y retroalimentar la acción conjunta.

Se enfatiza que existen grandes potenciales para generar la colaboración entre las escuelas y las asociaciones de salud pública en el mejoramiento de la FTSP y, con ello, impulsar y alcanzar los ODM.

## **7.2 Perspectiva de los Organismos Internacionales**

### **7.2.1. Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA)**

En la consideración de crear e innovar para construir una agenda conjunta entre actores con responsabilidad compartida para generar mejor salud con capacidades bien desarrolladas de la FTSP y contribuir con el cumplimiento de los ODM, se destaca el posicionamiento de las asociaciones científicas, de que es imprescindible la unidad de pensamiento y acción entre escuelas, gobiernos y asociaciones científicas y gremiales, incluyendo a las ONG's.

Muchos países cuentan con sociedades de salud pública y esa es una fortaleza. La actual Presidencia de la WFPHA quiere crear una Red de Sociedades, tema tratado en Mazatlán en el 2004 (al momento Costa Rica sirve de enlace de la WFPHA en la Región). En Brighton y Ginebra (2004) fueron aprobadas declaraciones que remiten a la importancia estratégica de la FTSP y los recursos humanos de la salud en general y a promover el alcance de los ODM.

Hay que plantearse a manera de reflexión ¿cómo colaborar articuladamente universidades, sociedades y ministerios con el apoyo de OPS? Una estrategia posible de trabajo conjunto es la ya anunciada de la "Joint Learning Initiative", que se denomina "Recursos Humanos en Salud. Superemos la Crisis"; además,

comenta que se elaborará un libro, resúmenes de libros y un sitio Web.

Por otro lado, existe la posibilidad de trabajo conjunto en el XI Congreso de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública en Río de Janeiro, Brasil, que se efectuará a continuación del VIII Congreso Brasileño de Salud Colectiva, agosto 2006, el que será oportuno para el seguimiento de los esfuerzos emprendidos. Por último, se considera relevante la acción de la OMS (Ginebra, abril de 2005), donde se adoptó una resolución contra el reclutamiento directo de profesionales en salud pública por parte de los países del Norte.

### **7.2.2 Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP)**

A 25 años de su creación, ALAESP cuenta en la actualidad con una membresía de 65 instituciones de Latinoamérica y El Caribe. Sus estatutos fueron reformados en el 2003 y sus relaciones oficiales de trabajo conjunto con la OPS --que mantiene desde 1985-- fueron renovados en julio de este año en Buenos Aires por 4 años más. Ante la fuerza y potencial de esta organización se indica el desafío de ¿cómo generar alianzas entre las escuelas de salud pública más desarrolladas, con otras instituciones nacionales e internacionales con afinidades geográficas y culturales? También en agosto de 2006, antes del XI Congreso de la WFPHA, se efectuará la Asamblea y Conferencia de ALAESP.

Esta organización ha hecho un esfuerzo serio de carácter participativo para trabajar en el desarrollo de la FTSP; para ello se juntan asociaciones con instituciones de educación, aunque hay pocos recursos para estos trabajos, pues implican costos y muchas veces no se cuenta con financiamiento. Una gran variedad de programas de posgrado avanzan significativamente en esta área.

Otra estrategia que abona, es la iniciativa de Lancet la cual acordó la creación de un foro de investigación en salud, "Action Learning Network" con énfasis en los países en vías de desarrollo; habrá una reunión en noviembre para coordinar los esfuerzos para el desarrollo de los recursos humanos.

### **7.2.3 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)**

Desde la óptica de la Organización, fundada en 1902 antes que la OMS (1948), los ODM tienen un gran significado para sus líneas de

cooperación en la Región de las Américas, dado que persiste la situación de exclusión social en salud y en ambiente.

Entre otros, deben resolverse los desequilibrios existentes, como los que se observan cuando se hacen comparaciones entre las capacidades existentes en los recursos humanos en Cuba con los de otros países como Haití, Paraguay, Nicaragua y República Dominicana.

Se ponen de relieve algunas estrategias que la OPS desarrolla, en conjunto con otros actores, como el tema de la capacitación virtual como forma moderna y en sustitución o complemento de aprender en salud. Al respecto se menciona el ejemplo de un hospital en el Salvador que se capacita en gestión hospitalaria, con enfoque tutorial y participativo a través de los medios tecnológicos. De igual forma, en México se inician actividades con enfoque a la producción de cursos en red de tipo virtual.

Hay que reflexionar sobre los aspectos de gestión de los recursos humanos, en los que la distribución y retención de la FTSP y la motivación continúan como problemas importantes. Asimismo, sobre la necesidad de mayor articulación entre la educación y la práctica de la salud pública, línea de trabajo en que se destaca la existencia de una plataforma regional para el desarrollo de la FTSP. Otra estrategia que da frutos significativos, es el programa de Residencia en Salud Internacional liderado por OPS desde hace 20 años. En la actualidad se revisa su diseño con miras a su fortalecimiento.

Se hace énfasis en la necesidad de obtener una participación productiva en la Reunión de Observatorios de Recursos Humanos a efectuarse en Toronto, Canadá, en octubre de 2005 y a las oportunidades que esta ofrece.

Se insiste en los desafíos críticos a los que se enfrentará la Década de los Recursos Humanos en Salud y se pone por ejemplo el caso de África y los cuatro heraldos del Apocalipsis a que se enfrenta: HIV/SIDA y otras enfermedades transmisibles severas, la migración de sus profesionales y demás personal calificado, el bajo nivel de inversión en salud y prácticamente nulo en recursos humanos, así como la fragilidad de sus sistemas económico y de salud.

En fin, se reclama la necesidad de construir una agenda para el desarrollo de los recursos humanos en salud en la que participen todos los actores involucrados.

## **8. ELEMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE ACCIÓN REGIONAL PARA LA DÉCADA DE LOS RECURSOS HUMANOS**

Se coincide en que el plan reuna aspectos claves para apoyar la planificación de la FTSP; entre estos, elementos cuantitativos y cualitativos de la FTSP, la definición de competencias centrales; también, aspectos relativos a la educación en salud pública concernientes al currículo y al liderazgo de las escuelas; así como aspectos de gestión y administración y, en especial, los relativos al reclutamiento y la retención de la FTSP.

Los tres lineamientos técnicos más importantes acordados para dar base al plan se concretan en tres áreas, la perspectiva política, la metodología e instrumentos para caracterizar la fuerza de trabajo, y la definición de competencias.

### **8.1 Perspectiva política**

Respecto de este planteamiento se discuten algunos de los enfoques colocados para establecer el marco de referencia de lo que debería ser un plan de acción de tipo político. Se coincide en que debe expresarse en una declaración para el desarrollo y la capacitación de la FTSP. Tal declaración debe manifestar el sentir, el compromiso y las directrices políticas para las escuelas y asociaciones de salud pública.

Algunos de los elementos contemplados en este pronunciamiento incluyen la situación y la crisis de los recursos humanos, la conceptualización de la salud pública en la Región, como parte fundamental en los sistemas de salud para producir mayor bienestar social e impulsar los ODM, pero sin reducirse a estos. Por otra parte, se menciona el rol de la salud pública y el de las competencias de los profesionales en el desarrollo social y de la salud; junto a esto enfatizar en las calidades y propiedades óptimas de la fuerza de trabajo y de la academia de la salud pública, quienes tienen una responsabilidad central en el desarrollo de la FTSP; monitorear la adquisición de tecnología apropiada para garantizar una salud pública de calidad y con equidad; y la salud pública en el marco de los derechos humanos y el derecho a la salud como elemento sustantivo de las constituciones de los países y la ética en el desarrollo social de la salud.

Es preciso, además, manifestar en forma categórica la necesidad de crear un movimiento social de la salud pública en la Región que la vigile y valore para garantizar la sostenibilidad del financiamiento, sus principios y prácticas; por último, garantizar presupuestos permanentes para cumplir con la misión de esta Declaración.

## 8.2 Elementos técnicos del plan de acción

Los desafíos apuntados e identificados para el desarrollo de la FTSP implican la urgencia de aproximarse a la definición de algunos elementos técnicos para iniciar o continuar con asertividad en esa tarea.

### 8.2.1 Funciones de la salud pública.

El plenario se identifica y comparte las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública propuestas por la OPS; no obstante se adicionan otras funciones en calidad de esenciales para ampliar el espectro de estas, en especial, hacia el trabajo político de la salud y responder a los ODM.

### 8.2.2. Definición de competencias centrales de la fuerza de trabajo en salud pública.

Aunque los dominios y competencias no se definen con todas sus características, si se plantean elementos sustantivos, identificados para darle centralidad a una nueva concepción de la salud pública; con este punto de partida es preciso promover el desarrollo de las capacidades de esta fuerza de trabajo, según se especifica.

**8.2.2.1 Grupo de elementos ideológicos:** Se establece que el eje de género es transversal a todas las competencias; competencias culturales y determinantes sociales de la salud que implica proveer de salud a los grupos vulnerables y tener un constante compromiso con el derecho a la salud, paradigma de la salud pública compartido con la promoción de la salud como esencia para el trabajo.

**8.2.2.2 Grupo de elementos técnicos:** Corresponden al desarrollo de las habilidades en la comunicación para el manejo de los medios y cómo relacionarse con estos para obtener mayor provecho; investigación cuantitativa y cualitativa; reconocer elementos de la discriminación y exclusión; innovación para el cambio y la resolución de conflictos; trabajo en equipo interdisciplinario; conocimientos de medicina alternativa y cuidados legos y profanos de la salud; respeto a la diversidad (orientación sexual, y los tipos de cuidados de la salud); identificar e interactuar con grupos especiales; adquirir destrezas en las relaciones interpersonales; comprender que la realidad local está impactada por la comunidad global y capacitar en el análisis de la situación de salud local, y en el

ejercicio del liderazgo en salud y, por último, diseñar, implantar y evaluar planes, políticas y proyectos.

**8.2.2.3 Grupo de elementos políticos:** Corresponden a la capacidad de negociación entre lo público y lo privado; reconocer las desigualdades e inequidades y propuestas de estrategias de intervención, la organización internacional relacionada con la salud; manejar el marco de regulación normativo en salud y perseguir sus transgresiones y violaciones; implementación del enfoque político, intersectorial y establecimiento de redes y alianzas estratégicas; facilitar la construcción de la ciudadanía en salud con enfoque de género y respeto a la diversidad intercultural.

### **8.3 Metodologías e instrumentos**

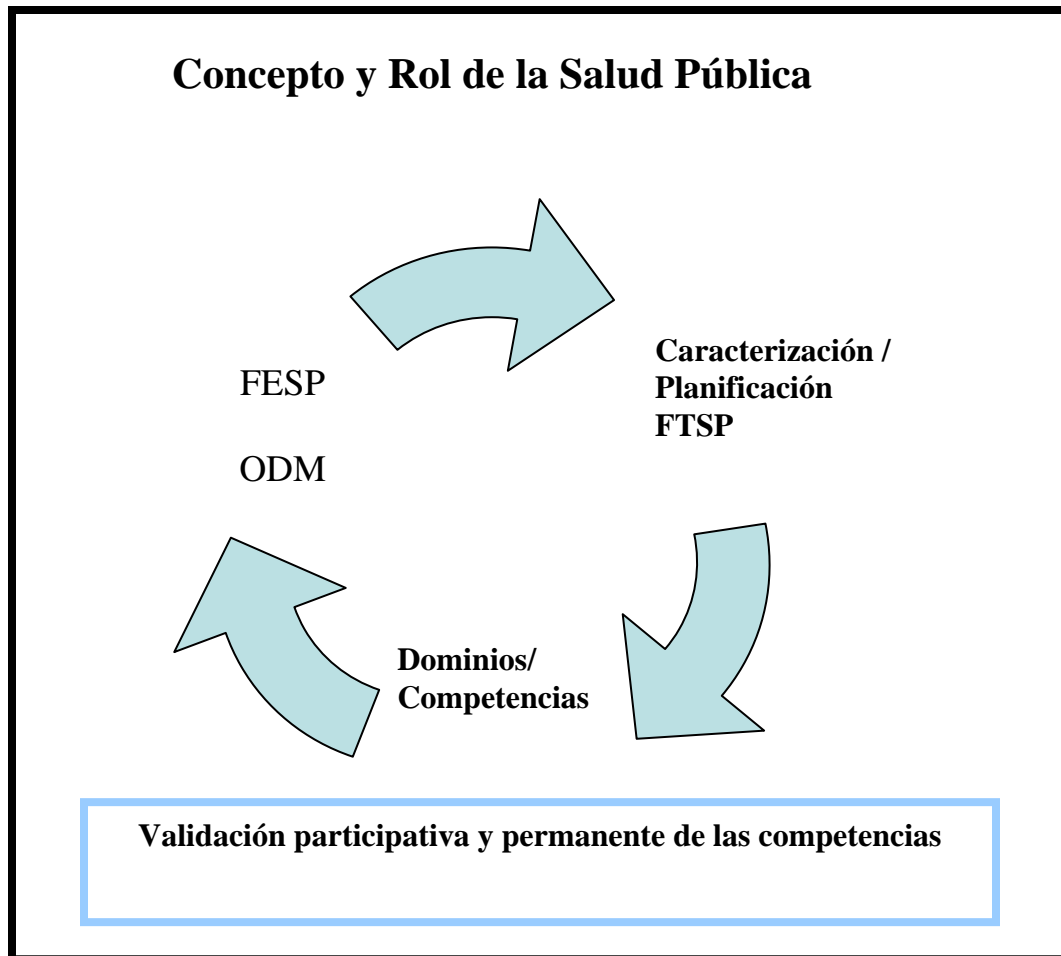
En esta etapa de la construcción de metodologías y la definición de instrumentos se propone una ruta crítica para orientar los pasos por seguir. Y en concreto se parte del concepto y del rol de salud pública para cada contexto social; en segundo lugar, la inclusión de Funciones Esenciales de la Salud Pública y otras particulares. El paso siguiente es la caracterización de la FTSP y el logro de una aproximación a la planificación de la FTSP. Con estos pasos se procede a las competencias que se definen según los perfiles ocupacionales específicos de los países y deben ser utilizadas para monitorear los avances del desempeño de las FESP; en este paso, se reconoce el procedimiento que utiliza la Agencia de Salud Pública de Canadá, con la identificación de elementos centrales derivados de las funciones para concretar un conjunto de dominios que facilitan la definición de las competencias.

En la aproximación metodológica para la caracterización de la FTSP, debe, primero, considerarse cuántos son y dónde están; también es preciso elaborar una nomenclatura para clasificar al personal incluido en la FTSP y luego, fundamentalmente, identificar cuáles son las brechas de la distribución de personal y de la competencia de este. Es importante también en esa caracterización, analizar la oferta académica en salud pública; esta labor debe hacerse desde un nivel gubernamental.

Además, es preciso contemplar un proceso permanente de validación para monitorear la pertinencia de las competencias. Esto implica la participación de los actores involucrados, como escuelas, asociaciones comunitarias, profesionales y gremiales y los niveles de gobierno en el campo de salud pública concernidos. Algunas categorías sugeridas para esa validación están implícitas en las preguntas ¿cuál es la capacitación que recibe la FTSP?, ¿cómo se sienten los trabajadores respecto a las

competencias y su desempeño? Y, finalmente, ¿cómo se toman en cuenta las necesidades de capacitación expresadas por la FTSP?

El diagrama siguiente ilustra el movimiento circular y en espiral para realimentar la construcción de las competencias centrales de la FTSP.



Por último, cabe destacar que algunas de las ideas y estrategias para darle contenido a este Plan de Acción Estratégico a nivel Regional para la Década de Recursos Humanos para la Salud, se consideran en el marco de los ODM como un pacto estratégico para el desarrollo y la justicia social a favor de la salud de las poblaciones.

## 9. CONSIDERACIONES FINALES

### 9.1 La salud pública y la fuerza de trabajo en salud pública

Los análisis y las reflexiones en relación con el logro de los ODM y sus implicaciones en el desarrollo e impulso a la salud pública, sin duda se traducen en desafíos críticos por enfrentar y superar. En estas consideraciones, por tanto, se presentan algunas cuestiones puntuales de carácter conceptual y otras de tipo operativo, con la finalidad de fortalecer y propiciar el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública.

Algunos de los cuestionamientos que dieron fundamento a estas consideraciones en apoyo a la gran política social de los ODM y la política en salud en los diferentes países, fueron ¿cuáles son las implicaciones de los ODM para el desarrollo de la FTSP?, ¿qué capacidades se deben desarrollar en la FTSP?, ¿cómo?, ¿en quienes?, ¿para qué?

Se apunta que los países presentan diferentes situaciones sociales y de salud que significan posibles distintas estrategias y acciones para ofrecer su respuesta social ante los retos que plantean los ODM; pero se reconoce en todos la situación de exclusión social, inequidad y desigualdad creciente en salud y, por tanto, en lo social que exige la acción concertada de los actores sociales involucrados.

La propuesta de los ODM se considera una gran oportunidad para actuar en armonía y con compromiso. Precisamente ese es el reto de los gobiernos: impulsar ese compromiso para un mejor y equitativo desarrollo social e incorporar a la salud pública como elemento esencial en ese desarrollo; no obstante, se evidencia el carácter de focalización versus universalidad en la política social, en detrimento de la equidad.

Los ODM se convierten en un buen referente para el desarrollo de las nuevas capacidades de la FTSP, en especial porque llama a la acción y --entre otros-- coloca a la equidad de género como elemento crucial para el logro de esas metas. Los países disponen de diagnósticos de las situaciones sociales y de salud para intervenir con eficacia y equidad en salud, desde la estrategia de la APS, actualmente remozada y renovada en sus alcances después de 25 años de experiencia de su puesta en marcha. Por eso se extraña en los ODM la ausencia de la Declaración de Alma Ata pues no la sustituyen y esta potencializa esa renovación de esfuerzos y compromisos.

Son claros, por otro lado, los planteamientos de las situaciones determinantes de los diversos problemas y desafíos que deben considerarse para crear condiciones positivas en el incremento de las

capacidades por desarrollar en la FTSP. También, el señalamiento de temáticas críticas por abordar para que se renueven y desarrollen nuevas capacidades en las mismas instituciones y servicios de salud, provoca y facilita nuevas acciones y directrices en el crecimiento de la calidad de la FTSP.

Las capacidades individuales por desarrollar en la FTSP son un factor en el que las escuelas formadoras deberán actuar con oportunidad, definiendo nuevas competencias, entre las cuales deben especificarse: la capacidad para el aprendizaje continuo y permanente que favorezca el análisis coyuntural y estructural del campo de la salud pública; mayores destrezas políticas para la abogacía en salud pública y la formulación de políticas públicas; énfasis en la incorporación de los determinantes sociales de la salud, en especial, el enfoque de género, la interculturalidad, etnia y generación en los análisis de situaciones de salud y no que solo se utilice el enfoque biologista.

Además, el fomento de capacidad de investigación en salud como elemento del trabajo cotidiano y no solo como actividad académica, con énfasis en la problemática de desigualdad y capacidades para establecer relaciones con la comunidad y sus problemas sociales y de salud; la concepción interdisciplinaria en la explicación de los problemas de salud, así como el trabajo en equipo y la integralidad en las intervenciones. También la capacidad de incentivar y vigilar la regulación de las prácticas en salud pública.

Por considerarse parte integrante del fortalecimiento de la FTSP, se pone de relieve la necesidad del desarrollo de las capacidades institucionales, tanto de las educativas como de las del sector salud. Sobre estas últimas tomar en cuenta, la calidad de los principios, las prácticas del modelo de atención de la salud pública, la tendencia a la fragmentación de los sistemas de salud, los enfoques biologists y tecnocráticos, así como el énfasis en la gestión que orienta a los modelos de atención, sin menosprecio de esa función, pero cuestionando la centralidad que se le da en detrimento de la finalidad y los objetivos de salud. Otro aspecto estratégico es la integración de la investigación en los servicios y los análisis de situación de salud por grupos poblacionales, identificando brechas sociales y de salud, y diseño de estrategias ante la desigualdad injusta en salud, reflexión profunda sobre la focalización y la universalidad de las prácticas y políticas de salud, que orienten la acción en salud con equidad.

La lucha por la existencia de un sistema de protección social de la salud y la garantía del aseguramiento de la población y el derecho a la salud, son otros elementos medulares que, en conjunto con los colocados antes, deben sentar las bases para el diseño de programas de capacitación

desde los servicios para fortalecer la educación continua como un derecho de la FTSP para garantizar los buenos y apropiados desempeños.

En síntesis, el plenario contempla que uno de los problemas de América Latina es la deficiente distribución de sus recursos humanos, aunado a los problemas de formación tradicional, y que la seguridad social continua basándose en un modelo medicalizado y la formación de recursos humanos en salud se ajusta a ese modelo.

Por tanto, se necesita una nueva lista de competencias incorporadas en los procesos de formación de recursos humanos en salud para desarrollar nuevos desempeños como liderazgo, comunicación, participación y compromiso social, en aras de colaborar en forma protagónica en el cumplimiento de los ODM. Sin duda, además se agrega que el desarrollo de los recursos humanos con capacidades para enfrentar los ODM, pasa por la consideración de elementos estructurales, funcionales, ideológicos y prácticos del campo y la acción de la salud pública, tanto de las instituciones y organizaciones de salud como de las instituciones formadoras, en especial las escuelas de salud pública. Ello exige en la actualidad redefinir la conceptualización de la salud pública en términos más dinámicos y activos.

Hay amplia coincidencia en que la integridad y transparencia de la concepción en el enfoque de la salud pública es determinante para orientar la FTSP, la salud pública requiere tener a la equidad y a la justicia social como norte y orientación, como acción colectiva aplicando funciones básicas dirigidas a la promoción de la salud, la protección social de la salud y la prevención de la enfermedad; de igual manera, accionar la cuestión política de la salud incrementando la interlocución con otros sectores.

## **9.2 Instituciones formadoras y competencias centrales de la fuerza de trabajo en salud pública.**

Sobre las instituciones formadoras se concluye en la urgente revisión de sus ofertas académicas en función de un conjunto de competencias centrales, fomentar liderazgos e incorporar la investigación-acción como eje de la docencia; se concluye que en las competencias de los profesionales de la salud pública resulta pertinente puntualizar las capacidades para convencer a los políticos sobre los factores que afectan a la salud poblacional, lo que implica también que los recursos humanos sean capaces de promover la movilización de recursos de poder y los técnicos, así como de planificar intervenciones apropiadas con contenidos de solidaridad nacional e internacional, según se requiera.

Las competencias deben definirse de acuerdo con las diferencias culturales y técnicas de los países. En este aspecto uno de los productos de los grupos de trabajo del taller, aporta una serie de elementos por ser considerados en las competencias que debe tener la FTSP. Se requiere consenso para determinar cómo y por quienes está conformada la fuerza laboral de la salud pública, en general es un componente humano poco definido en América Latina; además, contar con perfiles ocupacionales que respondan a la realidad del trabajo de la salud pública y que permitan caracterizar la FTSP. Por otro lado, es necesario analizar las características de la educación actual en salud pública e incluir lo popular de la salud y los elementos de política para movilizar intereses a favor de la salud de las poblaciones. Para ello, se exigen procesos de ajuste o cambios en el curriculum y de las carreras, lo que conlleva ajustes y nuevos enfoques metodológicos y pedagógicos; los docentes son parte inherente de estos procesos de cambio. Este factor humano es determinante en la formación.

En términos generales en este taller no se construye en forma acabada una conceptualización de la FTSP; más bien, se exponen diferentes acepciones, pero si queda implícito que esa fuerza laboral está compuesta por todo el personal de salud, que trabaja en la atención directa y en la gestión de los servicios y programas de salud pública de todos los niveles de atención, sin embargo, es necesario repensar e identificar las categorías de personal que realizan las FESP desde el campo intersectorial de la salud.

### **9.3 Las instituciones formadoras y los desafíos para enfrentar los Objetivos de Desarrollo del Milenio**

Las escuelas de salud pública, muy especialmente, tendrán que revisar dónde están y cuál es su orientación académica hacia el impulso y logro en relación con los ODM; en especial, las de ciencias de la salud, que siguen con paradigmas “antiguos” en beneficio de modelos eminentemente curativos; se ignora en los objetivos educativos el abordaje temático de la salud pública; esto se produce con frecuencia en aquellos países que ya se han controlado o erradicado, tal o cual problema de salud pública (por ejemplo: malaria, tuberculosis y otras). De igual forma, se tiende a ignorar problemas emergentes que son del ámbito de la salud pública, como la drogadicción y la violencia; y aquellas cuestiones que afectan a ciertos grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad social, como los migrantes, etnias, y otros; además, de la debilidad aún presente para disminuir los abordajes biologicistas en la formación de los recursos humanos que, sin duda, va en detrimento del enfoque de la promoción de la salud.

Esto se sustenta en algunas reflexiones preliminares relativas al contexto y al marco de referencia del problema; en ese sentido destacan las tendencias y orientaciones en los países en la formación en el área de la salud. Para las escuelas y las universidades estos desafíos que se plantean son igualmente importantes. La academia se enfrenta con caracterizaciones, a veces alejadas de la realidad de la salud pública, ignorando las especificidades y las amenazas del contexto. Es vital que la academia haga la caracterización de los trabajadores formales que ingresan a la formación en salud pública y la oferta académica sea pertinente y exista también para grupos prioritarios (políticos, direcciones de instituciones de salud, y otros), de manera que las escuelas, en forma sistemática, deben proceder a la revisión curricular de sus planes de estudio y programas; muy especialmente, la orientación a la disminución de las discriminaciones por etnias, generación y género, y también al desarrollo de nuevas tecnologías de la información y conocimiento, metodologías y técnicas pedagógicas de la educación apropiadas para la salud pública.

La formación de RRHH implica un cambio de modelo que favorezca la autonomía en tanto implica, también, reconocimiento de mayores deberes y derechos; todo lo anterior resume los desafíos de las escuelas y les exige una visión hacia la interinstitucionalidad, la intersectorialidad, y el enfoque interdisciplinario. Se requiere además, un mayor vínculo entre las acciones y prácticas del campo de la salud pública y la actividad de la educación en el referido campo.

Sobre la caracterización de la FTSP y el desarrollo de las competencias de los recursos humanos para la salud y las contribuciones posibles de las universidades y asociaciones de salud pública, las conclusiones son variadas. Se coincide en que se debe partir del concepto amplio y a la vez particular del alcance de salud pública y avanzar hacia las Funciones Esenciales de Salud Pública y la definición de los dominios de las competencias, para impulsar la caracterización de la FTSP, tomando en cuenta la oferta académica existente en este campo y, finalmente, apoyar los procesos de la planificación de la FTSP que conduzcan a buenos desempeños en salud y al logro de los ODM.

Incluir la investigación–acción participativa como estrategia clave de la formación para alimentar las buenas prácticas, así como contar en el proceso de enseñanza-aprendizaje con el eje del análisis sociocultural en la situación de salud y la perspectiva de género e incluir enfáticamente en las FESP, algunos aspectos críticos como las desigualdades que producen inequidades, el problema persistente del tabaquismo y los intereses asociados, además de los embates de la mundialización económica.

#### **9.4 Las políticas públicas en recursos humanos y los desafíos para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública.**

Es imprescindible la necesidad de caracterizar y definir acciones para fortalecer la FTSP: distribución, (cuántos, donde están, qué hacen?), la articulación de políticas entre instituciones para intervenir en la formación, condición del empleo y en la valoración y exigencia de incentivos.

Es precisamente el enfoque sectorial del que sobresalen varios elementos para su consideración en la formación de recursos humanos. El eje de análisis son las relaciones intersectoriales que aportan elementos nuevos en las prácticas de salud y que son claves para atender las actividades y lograr los objetivos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención médica y la rehabilitación y así impulsar el cumplimiento de los ODM.; por ello, una primera importante pregunta por contestar, es ¿estamos ante un problema de recursos humanos desde la perspectiva sectorial?

Algunas implicaciones intersectoriales han sido señaladas, en especial la protección de las personas en cuanto a la atención de su salud y la exclusión de personas de los servicios de salud. Estas son las dos caras de un mismo problema: los Objetivos de Desarrollo del Milenio no tratan integralmente el problema de la exclusión de grupos poblacionales de los sistemas de salud, por lo que se requiere de mayor gestión e investigación desde la academia y contar con evidencias sobre esta problemática.

También la intersectorialidad para el desarrollo de la salud pública requeriría contar con objetivos comunes para contribuir a construir la salud y apoyar una formación de recursos humanos en la interdisciplinariedad y en lo colectivo; porque la tendencia mundial en la práctica tiende hacia modelos individualistas, de poca participación de las personas en la solución de sus problemas de salud.

Es requisito indispensable pasar por un análisis profundo de los ODM, ya que algunos aspectos no se abordan en ellos, como la necesidad de servicios de salud y el escaso crecimiento de la infraestructura para atender la salud de las personas, familias y comunidades. Otro aspecto influyente en esa consideración, es el enfoque de la formación de recursos humanos que en la actualidad sigue siendo muy limitado y reduccionista, en la mayoría de los países. Es un enfoque distante de los problemas de salud de la población, y de nuevos problemas que la azotan por la determinación social que contribuye a su prevalencia e incidencia como el VIH, el suicidio, la drogadicción, con manifestaciones específicas y diferentes en cada país; pero, además, las enfermedades emergentes como la tuberculosis, la malaria, la mortalidad materna, son problemas de

países pobres cuya mayor relación se produce con las condiciones de pobreza en que viven sus habitantes y no tanto con el desempeño de la fuerza de trabajo en salud pública.

Adicional a estas reflexiones se concluye que, mientras analizamos el marco de referencia y el contexto así como aspectos integradores para mejorar la formación de los recursos humanos, las agencias de financiamiento y gestión de las políticas establecen programas verticales carentes del enfoque y la prioridad hacia los recursos humanos y la realidad de los servicios para enfrentar los problemas de salud. Por otra parte, es una consideración clave que acerca del campo de la salud pública se requiere con urgencia, que los países aclaren y mejoren las definiciones nacionales del alcance, prácticas y espacios de la salud pública, institucionales, locales y nacionales. Una concepción no lineal de esta apoyaría acciones más creativas, con imaginación e innovación en ese campo.

La investigación en salud pública aplicada en los distintos países debe ser un elemento para crear nuevas ideas, prácticas y sinergias; con ello es preciso intensificar la medición de desigualdades para alcanzar los ODM, para definir diferentes niveles de intervención, desde lo general, originando el diseño de políticas públicas hasta las atenciones propias de la salud pública con posibilidades reales de priorizar a las poblaciones más vulnerables. Esta capacidad del sistema de salud pública orientaría así los niveles de formación de recursos humanos. La investigación en ese campo, es otro desafío identificado para enfrentar la formación adecuada y necesaria de recursos humanos activos, comprometidos, con capacidades técnicas, según sus competencias laborales; ello implica también la creación de taxonomías y listados de descripciones de puestos y categorías para la FTSP.

El empoderamiento de las comunidades en salud pública para liderar la participación en procesos de cambio social y una mayor intervención de ONGs, facilitaría las oportunidades de incrementar la participación social y construir ciudadanía, al mismo tiempo que comprometer a la población para mejorar la propia salud y el mejoramiento social general. El componente político es determinante y se coloca como central en la orientación de la formación y la capacitación de los recursos humanos. Estos trabajadores por un lado son personas con alto nivel de especialización en tareas sanitarias, pero deberían tener visión política y ser activistas comunitarios para movilizar los intereses comunes en salud y, por consecuencia, en mejoras hacia el desarrollo social. Ese nivel político debe ser un propósito por alcanzar; así mismo el de identificar las nuevas competencias en esas áreas técnico-políticas de modo que sean los ejes del desarrollo de capacidades, en función de las necesidades de

salud de la población y sus diferencias en los grupos sociales, en la realidad de lo local.

Es sumamente estratégico el establecimiento de nexos y relaciones para potencializar los esfuerzos de la salud pública en los países y compartir las experiencias en el planeamiento y monitoreo de los RRHH, en un proceso colaborativo entre asociaciones, universidades y ministerios de salud y la cooperación internacional.

En síntesis, los siguientes interrogantes aportan al contenido de la presente reflexión ¿cuál es la orientación y la direccionalidad en la construcción de la nueva salud pública?, ¿qué rol ocupan las necesidades de salud de la población en la formación y en la entrega de servicios?, ¿qué se prioriza en la oferta de servicios de salud pública?. Es decir, los países tendrán que definir sus propios y específicos valores y principios para operar la salud pública.