

**COMPETENCIAS DE LA FUERZA DE
TRABAJO EN SALUD PÚBLICA
(Borrador)**

ÍNDICE

DOCUMENTO 1. PRINCIPALES EXPERIENCIAS EN LA DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA

INTRODUCCIÓN.....	4
ANTECEDENTES.....	5
ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS	9
MODELO DEL REINO UNIDO	9
MODELO DE CANADÁ.....	11
MODELO DEL <i>COUNCIL ON LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE</i> DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	12
CUADRO SINTÉTICO DE LOS DIFERENTES MODELOS DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DE LA FTSP	13

DOCUMENTO 2. PROPUESTA DE MODELO DE COMPETENCIAS CON ORIENTACIÓN HACIA LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA, LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

PROPUESTA DE MODELO METODOLÓGICO	14
ESQUEMA DE TRABAJO	14
EJE 1. DEFINICIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA.....	15
¿QUIÉN ES LA FTSP? ¿CÓMO SE PUEDE CATEGORIZAR?	15
EJE 2. DESARROLLO DE UN MODELO O MAPA DE COMPETENCIAS.	20
¿QUÉ COMPETENCIAS DEBEN TENER CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS DE LA FUERZA DE TRABAJO?	20
COMPONENTES GENERALES	20
LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA (FESP).	20
LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.	26
LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.	28
DETERMINACIÓN DE LAS COMPONENTES GENERALES DE TRABAJO	29
DETERMINACIÓN DE LAS DIMENSIONES TRANSVERSALES DE TRABAJO.....	31
DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS	34
DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE COMPETENCIAS	36
ESQUEMA DE TRABAJO	37

DOCUMENTO 3. METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN DE UN MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA

EJE 3. DESARROLLO DE HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS Y MEDICIÓN DEL MAPA DE COMPETENCIAS.....	38
FASE DE DEFINICIÓN - LA MATRIZ IDEAL O ESPERADA (MI).....	38
¿QUÉ COMPETENCIAS DEBEN TENER LOS ACTORES DE LA FTSP?	38
FASE DE MEDICIÓN – LA MATRIZ REAL U OBSERVADA (MR)	39
¿QUÉ COMPETENCIAS REALMENTE TIENEN LOS ACTORES DE LA FTSP?.....	39
FASE DE EVALUACIÓN – LA MATRIZ DE LAS DIFERENCIAS (MD).....	40
¿CUÁN POR DEBAJO O POR ENCIMA ESTÁN LAS COMPETENCIAS REALES DE LOS RECURSOS HUMANOS CON RESPECTO A LAS COMPETENCIAS QUE DEBEN TENER?	40
LA EVALUACIÓN DESCRIPTIVA	40
LA EVALUACIÓN CUALITATIVA	41
EJE 4. ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DE PLANES MAESTROS DE CAPACITACIÓN EN LOS PAÍSES Y LA REGIÓN (PMC).	43
RECOMENDACIONES FINALES Y PROPUESTA DE ESTRATEGIA A SEGUIR	45
REFERENCIAS	48

DOCUMENTO 1. PRINCIPALES EXPERIENCIAS EN LA DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA

INTRODUCCIÓN

En América Latina la problemática de los recursos humanos en salud ha cobrado vital importancia en los últimos años. Las estadísticas que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha develado muestran con claridad la insuficiencia en número y ubicación de esta fuerza de trabajo.

Tal como señala esta organización,¹ en el año 2000 más de 163 millones de personas residían en áreas donde la densidad de recursos humanos era menor al objetivo mínimo de 25 por 10 000 habitantes. En los seis países con menor densidad de recursos humanos en materia de salud pública, se necesitaban aproximadamente 23 000 médicos y enfermeras. La disponibilidad de médicos en las áreas urbanas era entre ocho y 10 veces mayor que en las áreas rurales.

En general, la tercera parte de los países y territorios de América Latina ha experimentado una pérdida neta de sus recursos humanos en salud, debido fundamentalmente a la migración, por lo que ha continuado creciendo la brecha entre los países de alta y baja densidad de recursos humanos en salud.

Pero el problema de los recursos humanos en salud pública de la región dista sólo de ser numérico. Más grave aún es la insuficiente preparación y las escasas competencias que tiene esta fuerza de trabajo.

Tan grave es el problema, que en el mundo desarrollado se ha acuñado la idea de la existencia de una crisis contemporánea de los recursos humanos en salud.

¹ Godue C. OPS. *La década de los recursos humanos en salud*. Ponencia presentada en Informática 2007, La Habana, Cuba.

Dada tal urgencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina regional para las Américas, la OPS, han hecho un llamado para que investigadores y estudiosos traten con profundidad este tema y propongan soluciones al respecto. Desde esta perspectiva, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México se une a tales esfuerzos y presenta un conjunto de resultados de investigación en este documento.

Habiendo sido realizado por otros países todo un esfuerzo previo en lo que respecta a la propuesta de modelos para la medición de las competencias de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública (FTSP), comenzaremos este documento presentando tres de los modelos que consideramos más significativos en la medición y formulación de las competencias de la FTSP.

Posteriormente, propondremos un nuevo modelo metodológico, basado en estas experiencias previas y en los trabajos de investigación de nuestro instituto, así como los pasos a seguir y los alcances y desafíos que nos genera.

ANTECEDENTES Y ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS

En este apartado revisaremos los resultados de un conjunto de reuniones de expertos organizadas por la OPS, principalmente orientadas hacia la caracterización de la FTSP y su relación con las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Estas reuniones convergen en la necesidad de lograr definir un modelo de caracterización y evaluación por competencias de esta fuerza de trabajo, a partir del análisis de los modelos al respecto desarrollados en el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos de América (EUA).

ANTECEDENTES

Como se mencionó anteriormente, la OPS ha convocado durante años a múltiples asociaciones, instituciones y profesionales interesados en compartir su visión y sistematizar experiencias con respecto a la FTSP, por lo que es interesante observar los avances que se lograron en estas reuniones de expertos.

En agosto de 2005 se realizó una reunión en San José, Costa Rica,² acerca del fortalecimiento de la capacidad de la fuerza de trabajo en salud pública (FTSP) en apoyo a las FESP y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En esta reunión se destacó la poca visibilidad de los recursos humanos en los sistemas de salud, a pesar de ser los principales protagonistas del desarrollo de las funciones para promover, proteger la salud y prevenir la enfermedad, así como para gestionar los servicios.

A ello se añade una subvaloración de esa fuerza de trabajo en la mayoría de los países, así como una inadecuada distribución de los trabajadores de la salud para brindar atención en forma más equitativa a todos los grupos sociales. Se constató que existe negligencia en el tema, lo cual se suma a los problemas derivados de economías inestables y que tienen repercusiones en los servicios de salud, por lo que esto hace necesario plantear elementos innovadores y estratégicos para fortalecer a esta fuerza laboral.

Otro objetivo expuesto en esta reunión fue el de generar un reconocimiento social en las Américas con el fin de obtener y defender los recursos humanos en salud para el desarrollo de los sistemas de salud y el bienestar de las poblaciones. Entre otros, se debatió que no existe una conceptualización clara y orientadora sobre los recursos humanos en salud y la FTSP, así como que era necesario determinar cómo las asociaciones, las escuelas de salud pública y los ministerios de salud de la región podrían contribuir eficazmente a la meta general de fortalecer la capacidad de los recursos humanos en salud pública.

Como conclusión, la reunión de San José planteó que uno de los principales problemas de América Latina es la deficiente distribución de sus recursos humanos, aunada a los problemas de formación tradicional. Además, la reunión hizo hincapié en que la seguridad

² *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*. Consulta a expertos San José, Costa Rica, 16 al 18 de agosto de 2005. PH 45. Unidad de Recursos Humanos para la Salud Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, Washington, DC. Diciembre de 2006.

social continúa basándose en un modelo orientado hacia la atención médica y la formación de recursos humanos en salud se ajusta a ese modelo. Por lo tanto, la reunión concluyó que se necesita una nueva lista de competencias incorporadas a los procesos de formación de recursos humanos en salud, que posibilite desarrollar nuevas competencias, tales como liderazgo, comunicación, participación y compromiso social, en aras de colaborar en forma protagónica en el cumplimiento de los ODM.

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 de las escuelas de salud pública–. Ello exige redefinir la conceptualización de la salud pública en términos más dinámicos y activos.

En octubre de 2005³ se realizó en San José, Costa Rica, otra reunión, esta vez sobre la fuerza de la salud pública y su caracterización y desarrollo desde una perspectiva de género. En junio de 2006, en Lima, Perú, se organizó otra desde la perspectiva étnica.

En ambas reuniones el objetivo principal fue debatir la mejor forma de eliminar estas inequidades, de acuerdo con los principios políticos y filosóficos básicos de los sistemas de salud modernos: la igualdad de derechos de todas las personas sin distinción por sexo, edad, origen étnico, orientación sexual, así como el derecho de todos los miembros de una sociedad de participar en la gestión y dirección de los sistemas de salud.

En consecuencia, se concluyó que la capacitación de la fuerza de trabajo actual y la educación de la fuerza de trabajo futura deberá dotar a los recursos humanos de las aptitudes, la capacidad, los conocimientos y las actitudes necesarios para llevar a cabo actividades de salud pública que satisfagan las necesidades de la población desde una perspectiva universal e igualitaria. A fin de crear programas de estudios eficaces y lograr

³ *Fuerza de trabajo en salud pública su caracterización y desarrollo desde una perspectiva de género*. Grupo de Consulta, San José, Costa Rica, 16 al 18 de agosto de 2005. PH 45. Unidad de Recursos Humanos para la Salud Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, Washington, DC. Diciembre de 2006.

la combinación de aptitudes correcta en las instituciones del sector, se propuso que las autoridades sanitarias deberían colaborar con los sectores académico y laboral. Además, deberían existir órganos normativos independientes que acreditaran a las instituciones académicas, que certificaran los programas de educación y supervisarán el desempeño de las instituciones de salud pública, con el objetivo de proporcionar una educación de buena calidad y mantener las normas de servicio.

Es relevante que estas reuniones consideraron a la capacitación y educación como una combinación de ingredientes para el desarrollo, los cuales forman, estabilizan y mantienen a los recursos humanos en el campo de la salud pública. Otra conclusión fue que la estructura laboral también debería adaptarse a la fuerza de trabajo y dotar a las instituciones de salud pública de la combinación correcta de aptitudes en sus equipos laborales.

Otros desafíos que precisaron estas reuniones que deberían afrontarse en América Latina y el Caribe fueron la asignación y la distribución, el reclutamiento y la retención, la labor de promoción del espacio fiscal para la adecuada compensación y la asistencia técnica que necesitan los recursos humanos de salud, así como un enfoque de la planificación estratégica y la formulación de políticas que permitan el desarrollo continuo.

Finalmente, se produjo en Cali, Colombia, en noviembre de 2008, otra reunión de expertos, orientada a analizar cómo se interpreta el momento actual de las políticas de salud en las Américas y cuál es la relevancia de desarrollo de la FTSP en el marco de políticas que lideran el quehacer de los sistemas de salud. En esta reunión también se analizaron las experiencias, críticas y aportes previos para construir una propuesta regional en torno a la FTSP con el fin de ampliar sus perspectivas y fortalecer alianzas en torno a ella.

Las discusiones llevaron a concretar que este esfuerzo de desarrollo de recursos humanos en la región debe orientarse hacia la consolidación de planes de formación, capacitación y actualización continua de la FTSP que integre a los sistemas de salud y que, para lograr esto, se requerían definir las competencias básicas transversales que orientan el desempeño laboral de la FTSP. Ése es el propósito de este trabajo.

ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS

Para definir las competencias de la FTSP partiremos de las experiencias previas que otros países han tenido al respecto. En tal sentido, analizaremos tres modelos desarrollados en el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos de América, a través de su *Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice*.

MODELO DEL REINO UNIDO

Fue elaborado en abril de 2008. Cuenta con una estructura dividida en nueve áreas de la salud pública y con nueve niveles que definen los conocimientos y habilidades de los profesionales. Las nueve áreas de la salud pública se subdividen: cuatro son dominios esenciales y cinco son dominios o habilidades definidas (específicas o aplicadas).

Los cuatro dominios esenciales son:

1. *Monitoreo y evaluación de la salud y bienestar de la población*

Esta área se enfoca en las evaluaciones cuantitativas y cualitativas de la salud y bienestar de la población, incluyendo supervisión, análisis, interpretación e información de la comunicación.

2. *Evaluación de evidencias de efectividad de las intervenciones, programas y servicios para mejoras de salud y bienestar de la población*

Esta área busca la evaluación crítica de evidencias relacionadas con la efectividad y la efectividad de costos de salud y bienestar relacionados con intervenciones, programas y servicios, así como la aplicación de la práctica.

3. *Políticas y estrategias de desarrollo e implementación de salud y bienestar de la población*

Esta área pretende influir en el desenvolvimiento de las políticas para mejorar la salud y bienestar, al implementar estrategias y asesorar el impacto de las políticas en salud.

4. *Liderazgo y trabajo colaborativo para la salud y bienestar de la población*

Esta área se interesa en liderar y supervisar los grupos y los individuos, al construir alianzas y desarrollar capacidades y aptitudes, trabajando en sociedad con otros

profesionales y agencias, usando los medios de comunicación para mejorar la salud y el bienestar.

Los cinco dominios o habilidades definidas son:

1. *Mejora de la salud*

Busca mejorar la salud y bienestar de las poblaciones, al usar la prevención y la promoción de salud y proponer el desarrollo comunitario para influenciar los estilos de vida.

2. *Protección de salud*

Acción del medio ambiente en la prevención de transmisión de enfermedades infecciosas y en la protección contra los peligros ambientales para la salud, a través de la aplicación de una variedad de métodos, incluyendo la supervisión de brotes y otros incidentes que puedan amenazar la salud y bienestar de las poblaciones, identificación de los peligros, evaluación de riesgos y promoción e implementación de las intervenciones apropiadas.

3. *Inteligencia en salud pública*

Sistemas y capacidades para rescatar inteligencia a través del monitoreo, funciones de alerta previa, rezago a las poblaciones, medidas de salud y de bienestar.

4. *Salud pública académica*

Enseñanza e investigación de la salud y bienestar de la población.

5. *Salud y calidad del apoyo social*

Gobernanza clínica, mejora de calidad, seguridad del paciente, promoción de servicios y priorización de servicios de salud y cuidado social.

Los estados de las competencias y el conocimiento de las nueve áreas de la salud pública y de los nueve niveles son representados en un modelo gráfico, donde se puede ver el cruce de estas divisiones. Además, son presentadas individualmente cada una de las áreas, con un resumen descriptivo y una definición de los elementos necesarios en el profesional.

El modelo también muestra una tabla donde se presentan los nueve niveles con tres columnas. La primera se refiere a la visión general de las competencias necesarias, la segunda a la visión general de los conocimientos necesarios y la tercera, subdividida en dos partes, muestra el estándar de ocupación nacional y la estructura de conocimientos y habilidades.

MODELO DE CANADÁ

Diseñado en colaboración con la *PHAC*,⁴ está comprometido en asegurar que las competencias principales se mantengan relevantes y al corriente.

Canadá utiliza como ejes de desarrollo de sus trabajadores siete dominios de competencias, derivados de sus funciones centrales de salud pública, definiendo 36 competencias referentes a dichos dominios.

Los siete dominios son:

1. *Ciencias centrales de la salud pública*

Conocimientos esenciales y habilidades de pensamiento crítico relacionados con las ciencias de salud pública: ciencias sociales y del comportamiento, bioestadística, epidemiología, salud ambiental, demografía y prevención de enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, problemas psicosociales.

2. *Análisis y evaluación*

Principales competencias para reunir, estimar, evaluar, analizar y aplicar información (datos, hechos, conceptos y teorías). Estas competencias son requeridas para tomar decisiones basadas en evidencia, preparar reportes y presupuesto, conducir investigaciones y hacer recomendaciones para políticas y diseño de programas.

⁴ *The Public Health Agency of Canada.*

3. *Desarrollo de políticas y planificación de programas*

Competencias principales necesarias para elegir, planear, implementar y evaluar políticas y/o programas en la salud pública. Esto incluye el manejo de incidentes como brotes y emergencias.

4. *Asociación y colaboración*

Competencias requeridas para influir y trabajar para mejorar la salud y bienestar del público a través de la búsqueda de una meta en común. Sociedad y colaboración optimizan el desempeño a través de compartir recursos y responsabilidades.

5. *Diversidad e inclusión*

Competencias socioculturales para interactuar de manera efectiva con los individuos, grupos y comunidades.

6. *Comunicación*

Intercambio de ideas, opiniones e información, incluyendo el intercambio exterior e interior, de manera escrita, verbal, no verbal y habilidades de escucha.

7. *Liderazgo*

Competencias de liderazgo, que buscan la capacidad de mejorar la calidad del medio de trabajo. Trabajar en organizaciones, y comunidades con la intención de crear, comunicar y aplicar misiones y valores.

MODELO DEL COUNCIL ON LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE DE ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

En su estructura, este modelo define 76 competencias divididas en ocho categorías, las cuales son:

1. Evaluaciones y habilidades analíticas
2. Desarrollo de políticas y programa de habilidades de planeación
3. Habilidades de comunicación

4. Habilidades de competencia cultural
5. Habilidades para la práctica en la comunidad
6. Habilidades en ciencias en salud pública
7. Planificación financiera y habilidades de administración
8. Liderazgo y habilidades en pensamiento sistémico

CUADRO SINTÉTICO DE LOS DIFERENTES MODELOS DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DE LA FTSP

Al observar estos modelos es interesante sintetizar en una misma tabla las categorías que utilizan para la definición de las competencias, lo cual se puede observar a continuación:

REINO UNIDO	CANADÁ	EUA
<p>Los cuatro dominios esenciales son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo y evaluación. 2. Evaluación de evidencias de efectividad de las intervenciones, programas y servicios. 3. Políticas y estrategias de desarrollo e implementación. 4. Liderazgo y trabajo colaborativo. <p>Dominios o habilidades definidas son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoría de la salud. 2. Protección de salud. 3. Inteligencia en salud pública. 4. Salud pública académica. 5. Salud y calidad del apoyo social. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciencias centrales de la salud pública. 2. Análisis y evaluación. 3. Desarrollo de políticas y planificación de programas. 4. Asociación y colaboración 5. Diversidad e inclusión. 6. Comunicación. 7. Liderazgo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluaciones y habilidades analíticas. 2. Desarrollo de políticas y programa de habilidades de planeación. 3. Habilidades de comunicación. 4. Habilidades de competencia cultural. 5. Habilidades para la práctica en la comunidad. 6. Habilidades en ciencias en salud pública. 7. Planificación financiera y habilidades de administración. 8. Liderazgo y habilidades en pensamiento sistémico.

DOCUMENTO 2. PROPUESTA DE MODELO DE COMPETENCIAS CON ORIENTACIÓN HACIA LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA, LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

PROPUESTA DE MODELO METODOLÓGICO

ESQUEMA DE TRABAJO

Como hemos podido apreciar en los análisis anteriores y a partir de las experiencias previas y modelos desarrollados en Reino Unido, Canadá y EUA, evaluar las competencias de la FTSP implica el desarrollo de una metodología *universal* de comprensión del fenómeno, la cual posibilite obtener resultados tangibles y medibles del problema a investigar.

Para ello, primero definiremos como guía el siguiente esquema de trabajo:

Del esquema se deduce que la evaluación de competencias de la FTSP implica cuatro ejes de reflexión:

EJE 1. Definición de la FTSP.

Eje que responde a las preguntas ¿quién es la FTSP? ¿Cómo se puede categorizar?

EJE 2. Desarrollo de un modelo o mapa de competencias.

Eje que responde a la pregunta ¿qué competencias debe tener cada una de las categorías de la FTSP?

EJE 3. Desarrollo de un conjunto de herramientas metodológicas y medición del mapa de competencias.

Eje que responde a la pregunta ¿qué competencias realmente tienen las categorías que conforman a la FTSP?

EJE 4. Elaboración y ejecución de un plan maestro de capacitación (PMC).

Eje de acción que presupone la elaboración de un PMC basado en las respuestas obtenidas de los tres ejes anteriores y que debe constituirse en una prioridad para los actores políticos e instancias que deciden en materia de salud pública en los países de la región. Este plan debe contemplar mecanismos de acreditación y certificación para los actores de la FTSP.

A continuación desarrollaremos una propuesta para estos ejes desde el punto de vista teórico-metodológico.

EJE 1. DEFINICIÓN DE LA FTSP

¿QUIÉN ES LA FTSP? ¿CÓMO SE PUEDE CATEGORIZAR?

No hay una conceptualización sólida para definir al personal que participa en el campo de la salud pública y el papel que juega en la producción de servicios. Las definiciones existentes sobre quiénes forman parte del conjunto de trabajadores de la salud pública no son precisas y tienen poco consenso.

Se requiere de un diagnóstico del grado de ajuste/desajuste entre el volumen de personal disponible según funciones y niveles de entrenamiento. Siendo la salud pública la visión dominante en el futuro de la salud, es necesario contar con información con miras a planificar el volumen y tipo de trabajadores en el futuro.⁵

En México en la actualidad existen focalizados esfuerzos por trabajar la caracterización de la FTSP.

Desde la Universidad Veracruzana, Hernández-Guerson y colaboradores han realizado un estudio en una jurisdicción sanitaria de la Secretaría de Salud en Veracruz, con el objetivo de validar una propuesta metodológica para caracterizar la FTSP dentro de un estudio multicéntrico (México- Costa Rica- Jamaica). El planteamiento implica identificar a los trabajadores de la salud pública que laboran en una jurisdicción sanitaria de acuerdo con lo planteado por las Funciones Esenciales de Salud Pública. “Como resultado se obtuvo la validez y confiabilidad del cuestionario y de la estrategia –opinión de expertos– para localizar a la fuerza de trabajo en salud pública; al mismo tiempo que se logró identificar características de la fuerza de trabajo en salud pública”.⁶

La restricción de este enfoque radica en que en el ámbito jurisdiccional no es posible considerar todas las funciones esenciales, por ejemplo la investigación.

Dentro del INSP, en la línea de investigación sobre recursos humanos en salud, Nigenda y colaboradores han realizado diversos esfuerzos para avanzar en una caracterización de la FTSP. Teniendo presentes las funciones esenciales de salud pública se llevó a cabo una revisión de bases de datos que contienen las categorías ocupacionales del personal ocupado en la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE. Se realizaron listados que se depuraron de manera consensuada al interior del equipo de trabajo y de la consulta con

⁵ Nigenda *et al.* *Caracterización de los trabajadores de la salud pública, octubre 2007*. Documento interno de trabajo. México: INSP.

⁶ Hernández E, *et al.* *La fuerza de trabajo en salud pública. Prueba piloto Veracruz-México, Altepaktli. Salud de la Comunidad* 2008;4(8):14-23.

un grupo de expertos.⁷ La restricción de este enfoque es que a partir de las categorías identificadas no es posible corroborar que todos los trabajadores están vinculados con la práctica con acciones de salud pública.

Como complemento de lo señalado anteriormente, vale la pena señalar la existencia de diferentes enfoques metodológicos acerca de qué es la FTSP. Los principales son:

1. Enfoque organizacional: La FTSP está constituida por las personas que laboran en las diferentes instituciones u organizaciones que se enfocan hacia la resolución de los problemas de salud colectivos.
2. Enfoque formativo: La FTSP se conforma por todas aquellas personas que fueron formadas en ciertas disciplinas o en ciertas competencias que les permitirían trabajar en salud pública.
3. Enfoque de utilidad: La FTSP está constituida por todas aquellas personas que realizan tareas de salud pública, independientemente de su formación o lugar de trabajo.

Para los efectos de este trabajo y en consonancia con las Funciones Esenciales de la Salud Pública, se adopta el siguiente concepto de FTSP:

Un trabajador de la salud pública es aquella persona que realiza tareas de salud pública (según las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP),⁸ que posee una calificación que le posibilita realizar estas tareas (no necesariamente formalizada) y que pertenece a una estructura organizativa reconocida (formal o informal) en el sector de la salud.

Para ello, se distinguen tres niveles:

⁷ Nigenda, *et al.* *Caracterización de los trabajadores de la salud pública*. Documento interno de trabajo. *Op. cit.*

⁸ La noción de funciones ha sido aplicada, además de en sistemas e instituciones, para la caracterización de la salud pública, con un significado más cercano a las nociones de competencias y capacidades.

1. Autoridades de salud.
2. Prestadores de servicios del primer nivel de atención.
3. Actores comunitarios formales o informales.

En el primer caso, el de las autoridades de salud, debemos suponer que todos los directivos realizan, de una u otra manera, funciones directamente relacionadas con la salud pública.

En el segundo caso, el de los prestadores de servicios, nos centraremos en el primer nivel de atención, y proponemos utilizar las categorías definidas por los estudios anteriores del INSP con algunas pequeñas modificaciones:

Las categorías seleccionadas en el estudio realizado por el INSP son las siguientes:

1. Médico familiar
2. Promotor odontología
3. Enfermera especialista en salud pública
4. Promotor de salud comunitaria
5. Epidemiólogo
6. Enfermera comunitaria
7. Promotores de salud
8. Laboratorio de salud pública
9. Técnico en atención primaria (TAP)
10. Estadística
11. Especialista en nutrición y dietética
12. Médico veterinario zootecnista
13. Psicólogo clínico

En el tercer caso, se integran dentro del análisis de la caracterización de la FTSP a aquellos actores de las comunidades, que aunque no forman parte de la organización formal del sistema de salud, son pilares imprescindibles en las acciones de salud pública y atención primaria en las comunidades, sobre todo, en las más desfavorecidas o de difícil acceso geográfico.

Ellos son:

1. Auxiliares de salud comunitarios.
2. Actores informales (parteras tradicionales, entre otros).

En resumen, se propone como respuesta a la primera pregunta ¿quiénes son?: los siguientes 15 actores/categorías, dado que, en consonancia con nuestra definición, todos ellos realizan tareas de salud pública, poseen una calificación que les permite realizar estas tareas (aunque no esté formalizada) y pertenecen a una estructura organizativa reconocida (ya sea formal o informal) en el sector de la salud.

CATEGORÍAS DE LA FTSP

1. Personal directivo y administrativo
2. Médicos (generales o familiares)
3. Odontólogos (doctores y técnicos)
4. Enfermeras (familiares, auxiliares y especialistas en salud pública)
5. Pasantes (medicina, odontología o enfermería)
6. Epidemiólogos
7. Laboratoristas de salud pública
8. Nutricionistas/dietistas
9. Personal vinculado a la enseñanza o investigación en salud pública
10. Trabajadores sociales (licenciados y técnicos)
11. Psicólogos clínicos
12. Técnicos APS
13. Promotores de salud

14. Auxiliares de salud comunitarios.

15. Actores informales (parteras tradicionales, entre otros).

EJE 2. DESARROLLO DE UN MODELO O MAPA DE COMPETENCIAS.

¿QUÉ COMPETENCIAS DEBEN TENER CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS DE LA FUERZA DE TRABAJO?

COMPONENTES GENERALES

Como consecuencia de las diferentes reuniones de expertos, en especial de la reunión de Cali y después del análisis de los diferentes modelos para medir las competencias de la FTSP, definimos tres puntos de partida para este trabajo:

1. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública.
2. La Atención Primaria a la Salud.
3. Los Determinantes Sociales de la Salud.

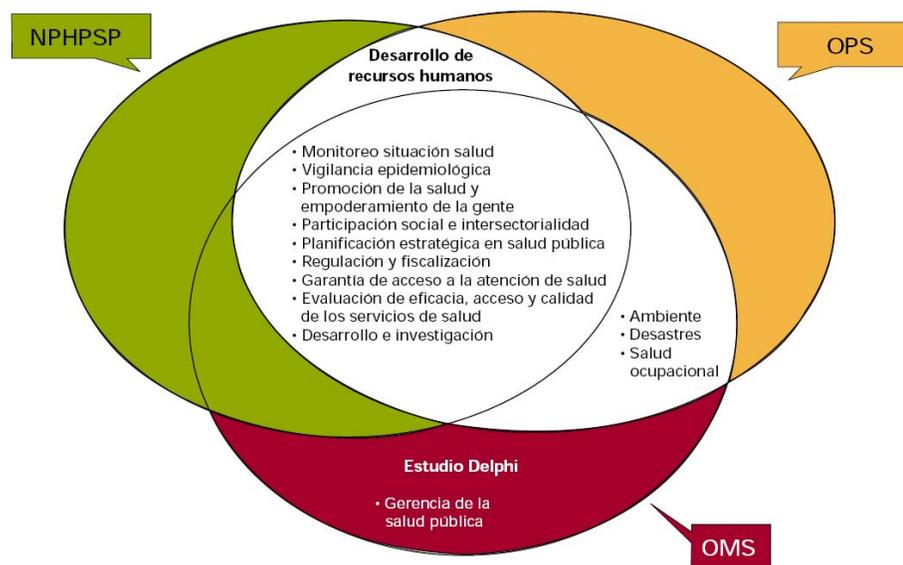
Estos tres puntos de partida nos posibilitarán definir las componentes generales de trabajo para determinar las competencias de la FTSP.

LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

Las FESP describen en su mayoría gran parte del espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

Las FESP pueden ser operacionalizadas de la siguiente manera:⁹

⁹ FESP definidas en el *National Public Health Performance Standards Program* (CDC), EU, en *Essentials Public Health Functions: results of The International Delphi Study*, World Health Statistics 51, EU: OMS, 1998, y en *Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: documento de posición*, OPS, 1998.



Funciones esenciales de la salud pública

FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de la salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Para nuestro propósito de caracterización de la FTSP, entenderemos entonces a las FESP como las capacidades o competencias necesarias que orientan y modulan los comportamientos y las intervenciones de los actores o categorías de la FTSP.

Éstas son: ¹⁰

1. Situación de salud

Específicamente de:

La situación y tendencias de salud del país y de sus determinantes, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.

Las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda por servicios de salud.

El manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.

La identificación de recursos extrasectoriales que aportan en promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.

El desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública (incluyendo actores extrasectoriales, proveedores y ciudadanos).

La definición y el desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.

2. Vigilancia, investigación y control de riesgos y daños

¹⁰ Sesión del Comité Regional. *Funciones Esenciales de Salud Pública*. OPS-OMS, 2000.

Específicamente de:

Investigación y vigilancia de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales dañinos para la salud.

La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de tamizajes poblacionales, pesquisa de casos e investigación epidemiológica en general.

Los laboratorios de salud pública capaces de realizar tamizajes rápidos y de procesar un alto volumen de exámenes necesarios para la identificación y el control de amenazas emergentes para la salud.

Los programas activos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades infecciosas.

3. Promoción de la salud

Específicamente de:

Acciones y programas para reducir riesgos y daños a la salud.

Acciones dirigidas a que la ciudadanía para conozca sus derechos en salud.

4. Participación de los ciudadanos en la salud

Específicamente de:

Programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Uso de los recursos comunitarios para la colaboración en acciones de promoción y en la mejoría de la calidad de vida.

5. Desarrollo de políticas de planificación y gestión

Específicamente de:

Desarrollo de decisiones políticas en salud pública.

Planificación estratégica.

Sistema de atención de salud, códigos, regulaciones y leyes que guíen la práctica de la salud pública.

Construcción, implantación y evaluación de iniciativas organizadas diseñadas para enfrentar problemas de salud poblacionales.

6. Regulación y fiscalización

Específicamente de:

Códigos sanitarios y/o las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente.

La acreditación y control de la calidad de los servicios médicos.

La certificación de calidad de nuevas drogas y sustancias biológicas para uso médico, equipos, otras tecnologías y cualquier otra actividad que implique el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la salud pública.

La protección de los consumidores en sus relaciones con los servicios de salud.

7. Acceso equitativo a los servicios

Específicamente de:

Evaluación y promoción del acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.

Acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública.

Grupos vulnerables a los servicios de salud.

8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación

Específicamente de:

Adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.

Programas de perfeccionamiento profesional.

Educación continua en gestión y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública.

Trabajo interdisciplinario en salud pública.

9. Calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

Específicamente de:

Sistemas permanentes de garantía y monitoreo de calidad.

Producción de normas y de supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios.

Evaluación de tecnologías sanitarias.

10. Investigación en salud pública

Específicamente de:

Innovación e investigación científica formal.

Estudios que apoyen la toma de decisiones.

11. Emergencias y desastres en la salud

Específicamente de:

Planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana relacionadas con la salud pública.

Enfoque múltiple: la participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Otro punto básico a tener en cuenta para determinar las componentes generales de nuestra propuesta son las competencias que ha trabajado la OPS para la Atención Primaria de la Salud (APS).

En lo que respecta a la APS, el siguiente cuadro avanza un conjunto de ideas que, si cruzamos con las FESP, podrían indicarnos con más precisión las componentes generales de trabajo.

Competencias esenciales de los equipos de atención primaria de salud (APS)

Conocimientos	Habilidades para:
Identificación de barreras de acceso Reconocimiento y análisis de actores Estrategias para alcanzar la cobertura universal	Aplicar estrategias que reduzcan barreras de acceso, amplíen la cobertura y reduzcan las inequidades
Atención integral, integrada y continua Técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural Mecanismos de referencia y contrarreferencia Ciclo vital individual y familiar	Identificar necesidades percibidas y no percibidas por el individuo y la familia Abordar el ciclo vital
Situación de salud de la comunidad, sus determinantes y condicionantes Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Promover el autocuidado de la salud en la comunidad, según las enfermedades prevalentes Promover el aprendizaje sobre la APS por parte del equipo de salud y la comunidad Establecer compromisos o alianzas para la producción social de la salud Liderar y participar en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la comunidad
Buenas prácticas Nuevas tecnologías	Brindar atención apropiada, basada en la evidencia en distintos escenarios Aplicar los procedimientos de manera oportuna y eficiente Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo
Uso de la red de servicios de atención Identificación y definición de necesidades de servicios Priorización de intervenciones	Identificar fuentes de información y actores clave en la comunidad Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente Identificar y definir las necesidades de salud de la comunidad Establecer prioridades de intervención
Identificación de actores e instituciones en la comunidad Comunicación entre los miembros del equipo y la comunidad	Estimular la participación activa de la comunidad en la gestión del sector salud. Optimizar la información, comunicación y educación
Políticas públicas y marcos legales vinculados con el sector salud Identificación de grupos de poder locales	Analizar la coherencia entre las políticas públicas y el trabajo multidisciplinar en APS Propiciar el desarrollo de políticas locales a través de la participación ciudadana
Nociones de gestión administrativa Identificación de organizaciones sociales, gremiales y sus actores Registros específicos en APS	Desarrollar planificación estratégica, investigación operativa y evaluación del desempeño Seguir el proceso de gestión administrativa Involucrar a –y trabajar activamente con– los líderes reconocidos
Identificación y análisis de inequidades existentes Resolución de inequidades en salud, marcos políticos y legales	Identificar y corregir inequidades a través del desarrollo de políticas y programas Incorporar la participación social en la resolución de las inequidades
Proceso de acogida al individuo/familia. Entrevista clínica Identificación y resolución de problemas	Brindar un trato digno y respetuoso Acoger al individuo dentro del sistema de salud Desarrollar una buena comunicación, a nivel individual y colectivo Identificar problemas que repercuten en el proceso salud-enfermedad
Conocimiento y definición de roles y responsabilidades dentro del equipo Código ético de los trabajadores de la salud	Apoyar y participar en el proceso de formación permanente de los miembros del equipo Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo: comunicación, colaboración, coordinación, negociación y solución de conflictos, participación, toma de decisiones
Identificación de recursos necesarios	Hacer un uso racional y eficiente de los recursos disponibles Presentar información útil y detallada a los tomadores de decisión
Identificación de sectores vinculados a la salud Definición de acciones intersectoriales Prevención de desastres y mecanismos de respuesta en situaciones de emergencia	Liderar, participar y apoyar las acciones intersectoriales Movilizar recursos intersectoriales y de la propia comunidad para responder a las necesidades de salud Interactuar con las autoridades nacionales y la comunidad Transmitir las informaciones requeridas e identificar rutas de evacuación, lugares seguros, refugios

Fuente: Paneles de expertos OPS/OMS en Tegucigalpa, Honduras, y Fortaleza, Brasil. Junio y septiembre de 2006.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Como expresa con claridad la OMS, la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes.¹¹ En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la OMS estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:¹²

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medición y análisis del problema.

Es importante resaltar que los determinantes sociales de la salud no son una dimensión más de trabajo, sino una filosofía subyacente, ya que en nuestro marco de referencia las FESP y la APS atraviesan estos determinantes.

Por ejemplo, si nos referimos a las FESP 9, no podemos concebir la "Calidad de los servicios de salud individuales y colectivos" sin tener en cuenta el análisis de las inequidades, como tampoco podemos hablar de la "Identificación de las barreras de acceso" (APS) sin tomar en cuenta a los determinantes.

¹¹ OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html.

¹² OMS. *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf.

DETERMINACIÓN DE LAS COMPONENTES GENERALES DE TRABAJO

Desde esa perspectiva, definiríamos las siguientes componentes generales de trabajo para la determinación de las competencias que debe tener la FTSP y que se corresponden con las FESP. La AP y los subyacentes determinantes sociales se ven claramente reflejados en las competencias específicas.

COMPONENTES GENERALES

1. Situación de salud
2. Vigilancia, investigación y control de riesgos y daños
3. Promoción de la salud
4. Participación de los ciudadanos en la salud
5. Desarrollo de políticas de planificación y gestión
6. Regulación y fiscalización
7. Acceso equitativo a los servicios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación
9. Calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en salud pública
11. Emergencias y desastres en la salud

Cada componente general puede descomponerse en un conjunto de indicadores¹³ de los que resultan las componentes específicas, por ejemplo:

COMPONENTES ESPECÍFICAS

1. Situación de salud
 - a) Necesidades de salud
 - b) Riesgos de salud de la población
 - c) Tendencias de salud
 - d) Determinantes sociales

¹³ Como hemos dicho anteriormente, estos indicadores incluyen a las FESP, las competencias para la APS y un análisis subyacente con base en los determinantes sociales.

- e) Red de servicios de atención
2. Vigilancia, investigación y control.
 - a) Brotes epidémicos
 - b) Patrones de presentación de enfermedades transmisibles
 - c) Patrones de presentación de enfermedades no transmisibles
 - d) Agentes ambientales, accidentes, sustancias tóxicas
 - e) Tamizajes poblacionales
 - f) Pesquisa de casos
 - g) Programas de vigilancia epidemiológica
 - h) Programas de control de enfermedades infecciosas
 3. Promoción de la salud
 - a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
 - b) Acciones y programas para reducir riesgos y daños a la salud
 - c) Acciones y programas para que la ciudadanía conozca sus derechos en salud
 4. Promoción de la participación de los ciudadanos en la salud
 - a) Programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud
 - b) Acciones de promoción para la mejoría de la calidad de vida
 5. Desarrollo de políticas de planificación y gestión
 - a) Gestión administrativa
 - b) Planificación estratégica
 - c) Iniciativas para enfrentar problemas de salud poblacionales
 6. Regulación y fiscalización
 - a) Actores e instituciones
 - b) Políticas públicas
 - c) Marcos legales vinculados con el sector salud
 - d) Acreditación y control de la calidad de los servicios
 - e) Uso de nuevas drogas, sustancias, equipos, etcétera
 - f) Reglamentos de protección de los usuarios de los servicios de salud

7. Acceso equitativo a los servicios
 - a) Grupos vulnerables
 - b) Barreras de acceso
 - c) Estrategias para alcanzar la cobertura universal

8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación
 - a) Programas de perfeccionamiento profesional
 - b) Educación continua
 - c) Trabajo interdisciplinario
 - d) Código ético de los trabajadores de la salud

9. Calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
 - a) Buenas prácticas
 - b) Atención integral, integrada y continua
 - c) Mecanismos de referencia y contrarreferencia
 - d) Sistemas de garantía y monitoreo de calidad
 - e) Normas y supervisión del cumplimiento de los proveedores
 - f) Nuevas tecnologías

10. Investigación en salud pública
 - a) Innovación e investigación científica formal
 - b) Estudios que apoyen la toma de decisiones
 - c) Datos estadísticos

11. Emergencias y desastres en la salud
 - a) Prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana
 - b) Enfoque múltiple: colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

DETERMINACIÓN DE LAS DIMENSIONES TRANSVERSALES DE TRABAJO

Para poder determinar las dimensiones transversales de trabajo, debemos tratar de comprender primeramente qué vamos a entender por competencias de la fuerza de trabajo.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹⁴ existen múltiples y variadas aproximaciones conceptuales a la competencia laboral.

Un concepto generalmente aceptado la define como la capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral plenamente identificada. La competencia laboral no es una probabilidad de éxito en la ejecución de un trabajo; es una capacidad real y demostrada.

Una buena categorización de la competencia, que permite aproximarse mejor a las definiciones, es la que diferencia tres enfoques:

1. Concibe la competencia como la capacidad de ejecutar las tareas
2. Concentra la competencia en atributos personales (actitudes, capacidades)
3. El enfoque denominado *holístico*, que incluye a los dos anteriores

La *Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills* de la OIT¹⁵ opera las competencias laborales de la siguiente manera:

El informe de la "Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills" (SCANS)	
Competencias básicas:	
Habilidades básicas: lectura, redacción, aritmética y matemáticas, expresión y capacidad de escuchar.	
Aptitudes analíticas: pensar creativamente, tomar decisiones, solucionar problemas, procesar y organizar elementos visuales y otro tipo de información, saber aprender y razonar.	
Cualidades personales: responsabilidad, autoestima, sociabilidad, gestión personal, integridad y honestidad.	
Competencias transversales:	
Gestión de recursos: tiempo, dinero, materiales y distribución, personal.	
Relaciones interpersonales: trabajo en equipo, enseñar a otros, servicio a clientes, desplegar liderazgo, negociar y trabajar con personas diversas.	
Gestión de información: buscar y evaluar información, organizar y mantener sistemas de información, interpretar y comunicar, usar computadores.	
Comprensión sistémica: comprender interrelaciones complejas, entender sistemas, monitorear y corregir desempeño, mejorar o diseñar sistemas.	
Dominio tecnológico: seleccionar tecnologías, aplicar tecnologías en la tarea, dar mantenimiento y reparar equipos.	

Después de esta revisión general, proponemos trabajar el enfoque *holístico* y ver a las 11 componentes generales de trabajo, que habíamos determinado antes, en cuatro

¹⁴ CINTERFOR, OIT. Disponible en:

<http://www.oit.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/i.htm>.

¹⁵ Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills (1991), según CINTERFOR, OIT.

Disponible en:

<http://www.oit.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/i.htm>

dimensiones derivadas directamente del estudio de la OIT y de otros trabajos previos al respecto realizados por el INSP:

DIMENSIONES TRANSVERSALES

- Conocimiento
- Análisis y evaluación
- Gestión y administración
- Liderazgo e implementación de soluciones

Estas dimensiones las definiremos como:

CONOCIMIENTO

Información que posee el individuo en un momento y lugar determinados acerca del sujeto u objeto a conocer, la cual es producto del aprendizaje, de sus capacidades, su experiencia, sus valores y sus creencias.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Analizar es la capacidad que tienen los individuos de distinguir y separar las partes de un elemento para estudiar su naturaleza, su función y/o su significado. Evaluar es el proceso sistemático y permanente que posibilita a los individuos señalar, estimar y/o calcular el valor de algo.

GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

La gestión y la administración son los procesos mediante los cuales las personas planean, organizan, dirigen y controlan las situaciones. Posteriormente las comunican, es decir, las transmiten y reciben.

LIDERAZGO E IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES

Es la capacidad de instalar y poner en marcha en el entorno inmediato los resultados del proceso de administración y gestión y de influir en el desarrollo de políticas públicas de alcance colectivo, para finalmente lograr un liderazgo que permita influir, motivar e incentivar a otros.

DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS

Las competencias de la FTSP proponemos entonces que sean el resultado del cruce entre las componentes generales de trabajo y sus dimensiones.

Las competencias se podrán ver en dos grados. Según la generalización que hagamos de ellas serán competencias generales o competencias específicas.

Las competencias generales serán cuatro por cada componente de trabajo, es decir, serán el resultado de cruzar las cuatro dimensiones transversales con la componente.

Las competencias específicas se obtendrán del cruce de las componentes específicas por cada dimensión transversal de trabajo.

La siguiente tabla muestra respectivamente las competencias generales y específicas que deberá tener la FTSP:

COMPETENCIAS DE LA FTSP

COMPONENTES GENERALES	COMPONENTES ESPECÍFICAS	DIMENSIONES TRANSVERSALES			
		CONOCIMIENTO	ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN	LIDERAZGO E IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES
Situación de salud	Necesidades de salud. Riesgos de salud de la población. Tendencias de salud. Determinantes sociales. Red de servicios de atención				
Vigilancia, investigación y control	Brotos epidémico. Patrones de presentación de enfermedades transmisibles. Patrones de presentación de enfermedades no transmisibles. Agentes ambientales, accidentes, sustancias tóxicas. Tamizajes poblacionales. Pesquisa de casos. Programas de vigilancia epidemiológica Programas de control de enfermedades infecciosas.				
Promoción de la salud	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Acciones y programas para reducir riesgos y daños a la salud. Acciones y programas para que la ciudadanía conozca sus derechos en salud.				
Promoción de la participación de los ciudadanos en la salud	Programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud. Acciones de promoción para la mejoría de la calidad de vida.				
Desarrollo de políticas de planificación y gestión	Gestión administrativa Planificación estratégica. Iniciativas para enfrentar problemas de salud poblacionales.				
Regulación y fiscalización	Actores e instituciones. Políticas públicas. Marcos legales vinculados con el sector salud. Acreditación y control de la calidad de los servicios. Uso de nuevas drogas, sustancias, equipos, etc. Reglamentos de protección de los usuarios de los servicios de salud.				
Acceso equitativo a los servicios	Grupos vulnerables. Barreras de acceso. Estrategias para alcanzar la cobertura universal.				
Desarrollo de recursos humanos y capacitación	Programas de perfeccionamiento profesional. Educación continua. Trabajo interdisciplinario. Código ético de los trabajadores de la salud				
Calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	Buenas prácticas. Atención integral, integrada y continua. Mecanismos de referencia y contrarreferencia Sistemas de garantía y monitoreo de calidad. Normas y supervisión del cumplimiento de los proveedores. Nuevas tecnologías.				
Investigación en salud pública	Innovación e investigación científica formal. Estudios que apoyen la toma de decisiones. Datos estadísticos.				
Emergencias y desastres en la salud	Prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana. Enfoque múltiple: colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.				

DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS

Finalmente, proponemos una tercera dimensión de trabajo: los niveles de competencias.

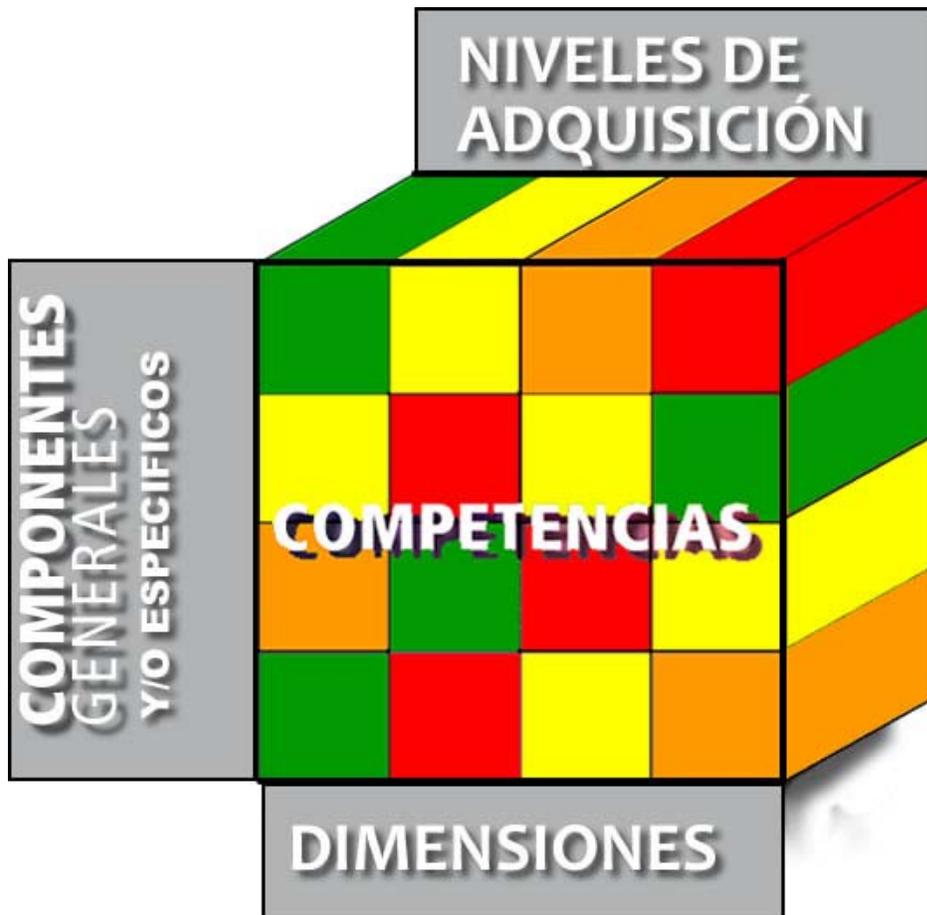
Evidentemente no todas las categorías o actores que conforman la FTSP tienen que tener el mismo grado o nivel de desarrollo de cada una de las competencias generales o específicas.

En ese sentido, proponemos una escala numérica, del 1 al 4, donde 1 es el menor valor o menor grado de adquisición de la competencia y 4 es el mayor valor que expresa el mayor grado de adquisición de la competencia.

SEMÁFORO PARA DETERMINAR LOS NIVELES DE ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS

Otra forma sencilla de comprender estos niveles puede ser un semáforo:

ESQUEMA DE TRABAJO



DOCUMENTO 3. METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN DE UN MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA

El documento anterior (documento 2) sienta las bases metodológicas para medir el mapa de competencias de la FTSP.

En este tercer documento se tratará de encontrar el camino y las herramientas metodológicas que nos permitan poder operacionalizar y medir con la mayor precisión posible el modelo presentado anteriormente.

EJE 3. DESARROLLO DE HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS Y MEDICIÓN DEL MAPA DE COMPETENCIAS

Recordemos que el Eje 3 responde a la pregunta ¿qué competencias realmente tienen las categorías que conforman a la FTSP?

Ello nos lleva a tres etapas o fases de trabajo:

1. La fase de definición de las competencias
2. La fase de medición de las competencias
3. La fase de evaluación del grado de adquisición de las competencias

Es importante señalar que cada una de estas etapas o fases debe trabajarse para cada una de las categorías que conforman a la FTSP.

FASE DE DEFINICIÓN - LA MATRIZ IDEAL O ESPERADA (MI)

¿QUÉ COMPETENCIAS DEBEN TENER LOS ACTORES DE LA FTSP?

Para la definición de las competencias el método que se recomienda es el uso del criterio de expertos y su validación en talleres regionales, de manera que la perspectiva rompa los tradicionales marcos nacionales. En estos talleres se debe consensuar el cruce entre las componentes (generales y/o específicas) y las dimensiones, para definir las competencias.

Posteriormente tendremos que DEFINIR además, para cada una de las categorías que conforman la FTSP, las competencias ideales que deben tener.

Para ello, proponemos crear la matriz ideal, matriz esperada o matriz del *deber ser* de las competencias.

Para la elaboración de esta matriz ideal se necesita:

Criterio de expertos para definir el grado de adquisición IDEAL de cada una de las competencias para cada una de las categorías de la FTSP.

Esto nos dará como resultado una matriz numérica, para cada categoría de la FTSP, cuyas celdas tendrán un valor entre 1 y 4 (según los niveles ideales de adquisición de la competencia que determinen los expertos que debe tener el recurso humano de una categoría determinada) (1 significa la máxima adquisición de la competencia y 4 la mínima).

Como resultado de este paso tendremos una matriz ideal para cada categoría de la FTSP.

FASE DE MEDICIÓN – LA MATRIZ REAL U OBSERVADA (MR)

¿QUÉ COMPETENCIAS REALMENTE TIENEN LOS ACTORES DE LA FTSP?

Después de definida la matriz ideal (MI), se deberán elaborar los cuestionarios, para cada categoría de la FTSP, que posibiliten la MEDICIÓN de las competencias reales que tiene cada recurso humano.

Para ello será necesario:

1. Definir los indicadores que operan cada competencia. Estos indicadores deben ser lo más universales posibles, pero a su vez deben tener en cuenta las condiciones de los países y del momento determinado en que se medirán.
2. Para cada indicador se deben definir las preguntas concretas, en una escala del 1 al 4, donde 1 significa la máxima adquisición de la competencia y 4 la mínima.

3. Se deben aplicar los cuestionarios a las muestras seleccionadas previamente.

Después de la aplicación, para cada individuo de la categoría de la FTSP que haya sido medida, tendremos una matriz real (observada) de competencias, cuyas celdas tendrán valores entre 1 y 4.

FASE DE EVALUACIÓN – LA MATRIZ DE LAS DIFERENCIAS (MD)

¿CUÁN POR DEBAJO O POR ENCIMA ESTÁN LAS COMPETENCIAS REALES DE LOS RECURSOS HUMANOS CON RESPECTO A LAS COMPETENCIAS QUE DEBEN TENER?

Después de medir las competencias reales para cada individuo, podemos pasar a la tercera fase de trabajo: la EVALUACIÓN.

La evaluación proponemos hacerla en dos momentos:

- La evaluación descriptiva
- La evaluación cualitativa

LA EVALUACIÓN DESCRIPTIVA

Recordemos que para cada categoría de la FTSP hemos calculado una matriz ideal de competencias.

Recordemos también que después de la aplicación de los cuestionarios elaborados, para cada individuo de la categoría de la FTSP que haya sido medida, tendremos una matriz real (observada) de competencias, cuyas celdas tendrán valores entre 1 y 4.

El algoritmo que se propone para la evaluación descriptiva es el siguiente:

Restar la matriz ideal u esperada de la matriz real u observada. Ello nos dará una nueva matriz que llamaremos la matriz de las diferencias (MD). El cálculo matemático propuesto es el que corresponde a la resta matricial, es decir, a la resta de cada una de las celdas de las matrices.

$$\begin{array}{|cccc|} \hline CI11 & \dots & \dots & \dots & CI1n \\ \hline CI21 & \dots & \dots & \dots & CI2n \\ \hline \cdot & & & & \\ \hline CI_{m1} & \dots & \dots & \dots & CI_{mn} \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|cccc|} \hline CR11 & \dots & \dots & \dots & CR1n \\ \hline CR21 & \dots & \dots & \dots & CR2n \\ \hline \cdot & & & & \\ \hline CR_{m1} & \dots & \dots & \dots & CR_{mn} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|cccc|} \hline GD11 & \dots & \dots & \dots & GD1n \\ \hline GD21 & \dots & \dots & \dots & GD2n \\ \hline \cdot & & & & \\ \hline GD_{m1} & \dots & \dots & \dots & GD_{mn} \\ \hline \end{array}$$

$$MI - MR = MD$$

donde:

CI son las competencias ideales

CR son las competencias reales

GD es el grado de desviación entre la competencia ideal y la real

GD_{mn} = CI_{mn} - CR_{mn}

Como se puede apreciar, la matriz de las diferencias nos permitirá saber, para cada individuo, para cada competencia y para cada dimensión de la competencia, si este recurso humano está por encima, por debajo o tiene el nivel adecuado (indicado) de la competencia y su dimensión.

Este análisis nos posibilitará trabajar la estadística descriptiva, es decir, hacer tablas de frecuencia, cálculos de medidas de tendencia central, estadígrafos (coeficientes de correlación, X²), etcétera.

LA EVALUACIÓN CUALITATIVA

Más allá de la descripción, proponemos calcular un indicador sintético para cada individuo, que resuma la información y que nos permita saber con rapidez y certitud su grado de competencias.

Este indicador será un número y sus valores máximos y mínimos dependerán de la matriz ideal calculada por los expertos.

El algoritmo que proponemos para la construcción del indicador sintético C es el siguiente:

SI EN LA MATRIZ DE DIFERENCIAS NO HAY NINGÚN NÚMERO NEGATIVO (caso en que el individuo tiene todas las competencias al nivel que se recomienda en la matriz ideal y al menos una por encima) ENTONCES C ES IGUAL A LA SUMA DE LOS VALORES POSITIVOS DE LA MATRIZ DE DIFERENCIAS (ello nos permitirá saber cuán por encima está el individuo de las competencias ideales).

DE LO CONTRARIO

SI EN LA MATRIZ DE DIFERENCIAS NO HAY NINGÚN NÚMERO POSITIVO (caso en que el individuo tiene al menos una competencia por debajo del nivel que se recomienda (matriz ideal)) ENTONCES C ES IGUAL A LA SUMA DE LOS VALORES NEGATIVOS DE LA MATRIZ DE DIFERENCIAS (ello nos permitirá saber cuán por debajo está el individuo de las competencias ideales).

DE LO CONTRARIO

C ES IGUAL A CERO (caso en que el individuo tiene todas las competencias al nivel que se recomienda en la matriz ideal)

Este indicador sintético C nos permite una evaluación cualitativa de cada individuo y su tabla de frecuencias nos dará una panorámica del estatus de las competencias de una categoría ocupacional en un país o región determinados, así como una valoración en el tiempo si realizamos sucesivas aplicaciones.

EJE 4. ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DE PLANES MAESTROS DE CAPACITACIÓN EN LOS PAÍSES Y LA REGIÓN (PMC)

El propósito de este trabajo es presentar instrumentos metodológicos que posibiliten la acción más allá de aislados diagnósticos científicos.

Por ello, recordemos que habíamos planteado que este trabajo sólo puede llegar a buen término si se concluye en los países y la región con la elaboración de Planes Maestros de Capacitación (PMC) basados en las respuestas obtenidas de los tres ejes anteriores y que deben constituir una prioridad para los actores políticos e instancias tomadoras de decisiones en materia de salud pública en los países de la región.

Los PMC del sector deberán efectuarse en cuatro etapas, las cuales no tienen necesariamente una secuencia temporal, tal como las indica este trabajo.

Etapas:
Etapas 1: Definición de la situación ideal o deber ser (caracterización de los actores (¿quiénes son? y mapa de competencias ¿qué competencias deben tener?).

Esta primera etapa implica establecer la situación de rendimiento idónea (o estándar de calidad) de cada uno de los tipos de actores que conforman la FTSP. Este estándar debe estar orientado hacia el logro de resultados, es decir, hacia la calidad y cobertura en salud.

En esta etapa se deberá lograr tener una definición clara de la fuerza de trabajo, o sea, de los diferentes tipos de actores en los países, así como se deberán establecer los estándares con respecto a sus capacidades gerenciales y/o técnicas (mapas de competencias específicos).

Etapas 2: Determinación de la situación real ¿qué competencias realmente tienen?

En esta fase se deberán determinar las carencias en materia de capacitación en los países a través de la medición de las competencias en los actores con los instrumentos propuestos.

Etapas 3: Comparación entre ambas situaciones y toma de decisiones (¿cuáles son los ejes principales en que deben centrarse los planes de capacitación?).

En esta etapa se precisan las desviaciones que se presentan entre lo ideal y lo real. Con la información obtenida, se podrán identificar cuáles son las necesidades prioritarias de capacitación a todos los niveles de actores de la FTSP.

Una vez obtenida esta información, se elaborará una matriz de necesidades de capacitación en donde se plantearán cuántos y cuáles son los cursos (y/o recursos) que más se requieren por cada tipo de actor.

Etapas 4: Seguimiento y control de calidad

En dicha matriz quedarán concentradas las necesidades en cuestión de capacitación de todos los actores de la FTSP, lo cual permitirá contar con un instrumento de monitoreo y evaluación.

Se deberán elaborar también instrumentos de control de la calidad que posibiliten medir la efectividad de las capacitaciones realizadas, así como especial atención debe concentrarse en la elaboración de mecanismos de acreditación que estimulen a este proceso.

RECOMENDACIONES FINALES Y PROPUESTA DE ESTRATEGIA A SEGUIR

El diseño de la metodología propuesta para la formulación de un marco regional de competencias en salud pública nos muestra el alcance que puede tener realizar este trabajo de manera cuidadosa y con una alta calidad.

Para ello, proponemos un cronograma de trabajo en cinco etapas o momentos:

MOMENTO 1 – VALIDACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se propone crear un grupo regional de expertos el cual evaluará, eventualmente modificará y validará esta propuesta y metodología, definiendo las etapas de trabajo subsiguientes. Al respecto, se propone hacer un taller regional de presentación de resultados, trabajos en comisiones de expertos y un taller final de ajuste y validación de esta metodología.

Producto: Modelo y propuesta validada.

Duración: tres meses

MOMENTO 2 – DEFINICIÓN DE LA FTSP

El mismo grupo de expertos podrá concentrar para cada país las experiencias de investigación en materia de las categorías de la FTSP. Se propone un taller regional para conciliar las diferentes propuestas, consensuar y definir las cinco categorías más importantes de la FTSP para centrar los esfuerzos iniciales de trabajo.

Producto: Definición de las cinco categorías y definición de los grupos de trabajo.

Duración: tres meses

MOMENTO 3 - DEFINICIÓN DE UN MODELO O MAPA DE COMPETENCIAS PARA CADA CATEGORÍA DE LA FTSP

Los grupos de trabajo definidos en el taller regional sesionarán separadamente y definirán los indicadores por cada componente general y específica para definir las competencias. Estos grupos también elaborarán los instrumentos para medir las competencias, a partir de criterios básicos generales que definirá el grupo regional de expertos.

Producto: Matriz de competencias ideal y cuestionarios para medirla para cada categoría definida de la FTSP.

Duración: seis meses

MOMENTO 4 – MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS

En países seleccionados se aplicarán los instrumentos para las categorías de la FTSP definidas y se procederá a aplicar la metodología de evaluación. Se harán análisis específicos, generales y comparativos entre los países.

Producto: Matriz de competencias real y la matriz de diferencias para cada país para cada categoría. Informes de investigaciones por países y por categorías de la FTSP.

Duración: un año

MOMENTO 5 – DESARROLLO DE LOS PLANES MAESTROS DE CAPACITACIÓN

En países seleccionados y donde las condiciones lo permitan se comenzará el desarrollo de PMC según las recomendaciones que presenta este trabajo y que se definan en los talleres regionales. Estos Planes deberán tomar como ejes para la capacitación los resultados de los informes de investigaciones por países y categorías de la FTSP obtenidos en el momento 4.

Se propone que el instrumento por excelencia a ser promovido para estos esfuerzos debe ser el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS y sus nodos en los países.

El Campus también podrá ser el espacio donde se aúnen los esfuerzos de los países y se apoyen a los PMC nacionales desde una perspectiva regional de cooperación. Ello podrá derivar en un PMC regional que integre a la cooperación técnica de la OPS a los esfuerzos nacionales de capacitación en los temas recurrentes como necesidades en los países.

Producto: Planes maestros de capacitación nacionales y regional.

Finalmente, es importante señalar que estos momentos de trabajo en ocasiones pueden sobreponerse en el tiempo, así como que sería una estrategia de interés vincular a este trabajo desde el principio a los actores políticos y de toma de decisiones de los países.

REFERENCIAS

1. CINTERFOR, OIT. Disponible en:
<http://www.oit.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/i.htm>.
2. Documento de la OMS: *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_r14-sp.pdf.
3. Documento de la OPS/OMS. *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*. Consulta a expertos San José, Costa Rica. 16 al 18 de agosto de 2005. PH 45. Unidad de recursos humanos para la salud área de fortalecimiento de sistemas de salud, unidad de recursos humanos para la salud, OPS/OMS, Washington, DC. Diciembre de 2006.
4. Documento OPS/OMS. *Fuerza de trabajo en salud pública su caracterización y desarrollo desde una perspectiva de género*. Grupo de consulta, San José, Costa Rica. 16 al 18 de agosto de 2005. PH 45. Unidad de recursos humanos para la salud área de fortalecimiento de sistemas de salud, unidad de recursos humanos para la salud, OPS/OMS, Washington, DC. Diciembre de 2006.
5. Documento OPS/OMS. *Sesión del comité regional. Funciones esenciales de salud pública*. Año 2000.
6. Hernández E., et al. *La fuerza de trabajo en salud pública*. Prueba piloto Veracruz-México, Altepaktli. Salud de la comunidad 2008;4(8).
7. National Public Health Performance Standards Program, (CDC), EUA. Disponible en: *Essentials Public Health Functions: Results Of The International Delphi Study*.

World Health Statistics 51, OMS, 1998, y en *Las funciones esenciales de la salud pública: documento de posición*. OPS, 1998.

8. Nigenda, *et al.* *Caracterización de los trabajadores de la salud pública*. Documento interno de trabajo. Octubre de 2007.
9. OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/strategy/qandas/es/index.html.
10. Secretary's Commission On Achieving Necessary Skills. 1991, según CINTERFOR, OIT. Disponible en:
<http://www.oit.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/i.htm>.