

Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas

Juana Suárez Conejero,¹ Charles Godue,² José Francisco García Gutiérrez,²
Laura Magaña Valladares,¹ Silvia Rabionet,³ José Concha,⁴
Manuel Vázquez Valdés,⁵ Rubén Darío Gómez,⁶ Oscar J. Mujica,⁷
César Cabezas,⁸ Lindaura Liendo Lucano⁸ y Jorge Castellanos⁹

Forma de citar

Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(1):47-53.

RESUMEN

Se describe la respuesta a un llamado de la Organización Panamericana de la Salud, realizado en 2010, para conformar el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública, con el propósito de apoyar a los Estados de las Américas en sus esfuerzos por fortalecer las capacidades de sus sistemas de salud pública, en tanto estrategia para el desempeño óptimo de las Funciones Esenciales de Salud Pública. El proceso metodológico de dicha respuesta se dividió en cuatro fases. En la primera se convocó a un equipo de expertos que definieron la metodología a seguir durante un taller en el Instituto Nacional de Salud Pública de México en 2010. La segunda fase fue la constitución de grupos de trabajo, utilizando dos criterios: experiencia y composición multidisciplinaria, lo cual derivó en un equipo regional con 225 integrantes de 12 países. Estos equipos elaboraron una propuesta inicial de 88 competencias. En la tercera fase se realizó una validación cruzada de las competencias, cuyo número se redujo a 64. Durante la cuarta fase, que incluyó dos talleres en marzo (Medellín, Colombia) y junio (Lima, Perú) de 2011, las discusiones se centraron en analizar la correspondencia de los resultados con la metodología.

Palabras clave

Recursos humanos en salud; educación basada en competencias; sistemas de salud; América Latina; región del Caribe.

¹ Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. La correspondencia se debe dirigir a Juana Suárez Conejero. Correo electrónico: jesconejero@hotmail.com

² Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos de América.

³ Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

⁴ Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

⁵ Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.

⁶ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Antioquia, Colombia.

⁷ Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

⁸ Instituto Nacional de Salud de Perú, Lima, Perú.

⁹ Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá, Colombia.

El contexto internacional atraviesa severos cambios que traen aparejadas implicaciones importantes para los sistemas de salud de los países. En el caso de las Américas, sus países enfrentan la globalización, la expansión de las economías de mercado y la reducción del papel del Estado, tres fenómenos que generan transformaciones en los sistemas de salud en términos de valores: “la relación entre la salud y el desarrollo social y económico adquiere nuevas características, dentro de una lógica de búsqueda de ventajas comparativas en un sistema internacional abierto y altamente competitivo” (1).

Asimismo, en la Región prevalecen la falta de visión sistémica, las reformas inacabadas, la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, el descuido de la salud colectiva y la todavía lejana cobertura universal. Las políticas de salud de los países aún no han resuelto las desigualdades e inequidades (2), mientras que los determinantes sociales de la salud recién están comenzando, con resultados incipientes, a formar parte de las agendas nacionales a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (3).

En este marco, los recursos humanos de salud (4) cobran mayor relevancia porque son los actores que, con sus prácticas,

producen y reproducen los sistemas de salud. Al decir de un informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “La disponibilidad de profesionales competentes en salud pública es la mejor garantía de que las autoridades sanitarias cumplan con sus obligaciones” (5). Otros estudios de la misma organización se refieren a la insuficiencia de estos profesionales, así como a deficiencias en las ofertas de capacitación: “Existe una abundancia de oportunidades de capacitación en los países que responde a una lógica de oferta. Frecuentemente, estas oportunidades están determinadas por las fuentes de financiamiento . . . ” (6), “. . . [Hay toda] una sobreoferta de servicios educacionales en algunos países, financiada por diferentes organismos internacionales, los que se disputaron idénticas audiencias y causaron el vaciamiento temporal de los servicios . . . ” (7).

A finales de los años noventa la OPS lanzó la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, buscando fortalecer la función rectora de los países en salud pública. Se identificaron 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) (8) y se desarrolló una metodología para medir su desempeño, que se aplicó en casi todos los países de la Región. La octava FESP, “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública”, resultó ser la segunda más baja en desempeño.

Se implementaron entonces dos estrategias de cooperación, el Campus virtual de salud pública y la Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública. Esta última iniciativa se fue modificando con el paso del tiempo, dando cuenta de que el problema más grave de la Región, lejos de ser la escasez numérica de los recursos humanos, se centraba más bien en la insuficiente preparación y las escasas competencias que poseían estos recursos. Así, la idea evolucionó desde una visión en términos de caracterización de la fuerza de trabajo hacia una visión en términos de competencias.

EL MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA

En 2010 la OPS hizo un llamado para conformar el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP), una construcción colectiva que involucró a instituciones de 12 países de las Américas. El Marco busca apoyar estratégicamente a los Estados de las

Américas en sus esfuerzos por fortalecer las capacidades de sus sistemas de salud pública y tiene como propósito impulsar el desarrollo de “planes maestros de formación y capacitación” de los recursos humanos de salud, como estrategia para el desempeño óptimo de las FESP.

Lo novedoso del MRCESP, en su identidad propia, es que representa un cambio de enfoque respecto a la lógica de “competencias según profesiones”, en el entendido de que las competencias esenciales diseñadas en este trabajo no se refieren a las capacidades que debe tener una persona que desempeña determinada profesión o que cumple un rol determinado, sino que constituyen en su conjunto las capacidades necesarias para el ejercicio de las FESP en los diferentes ámbitos de práctica de los sistemas de salud. Es decir que aquí se habla de competencias asociadas a funciones esenciales y sus ámbitos de práctica, y no de competencias asociadas a profesiones o roles. Cabe señalar que el MRCESP no es un producto acabado, sino más bien parte de un esfuerzo regional, que busca ser un referente flexible y adaptable a contextos heterogéneos, capaz de comunicar una visión integral de las competencias esenciales en materia de salud pública que deben tener los recursos humanos de salud en un ámbito de práctica o institución determinados.

¿QUÉ SON LAS COMPETENCIAS?

Las competencias fueron definidas por primera vez en los años setenta con una orientación empresarial, pero han sido interpretadas por la educación con un sentido diferente, observando que su noción “toma una vertiente distinta cuando pasa del ámbito laboral al aspecto cognoscitivo, para promover el desarrollo de competencias educativas (intelectuales) en donde se vinculan conocimientos, habilidades, actitudes y valores, con la finalidad de dar una formación integral” (9).

La UNESCO, en el informe Delors (10) y otros estudios (11), pone a la educación en el centro del debate, al sostener que esta debe centrarse en ciertos pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a ser y aprender a transformar.

Reconocidos autores entienden las competencias desde diferentes ángulos. Tobón señala que “las competencias son actuaciones integrales para identificar, interpretar, argumentar y resolver pro-

blemas con idoneidad y compromiso ético, movilizandolos diferentes saberes: ser, hacer y conocer” (12).

Frenk y colaboradores, por su parte, describen las competencias como “un aprendizaje que comprende tres niveles sucesivos, que van desde un aprendizaje informativo hacia un aprendizaje formativo y hacia un aprendizaje transformacional. El aprendizaje informativo consiste en adquirir conocimientos y habilidades, y su propósito es producir expertos; el formativo se refiere a socializar basándose en valores, y su propósito es producir profesionales, mientras que el aprendizaje transformacional se focaliza en desarrollar cualidades de liderazgo, y su propósito es producir agentes reales de cambio” (13).

Según Perrenoud, “una competencia es una capacidad de acción eficaz frente a una familia de situaciones” (14), y asume que las competencias profesionales son complejas, observando que “las competencias clínicas de un médico van mucho más allá de una memorización segura [. . .] Exigen relacionar, interpretar, interpolar, inferir, inventar: en suma, realizar operaciones mentales complejas . . . ” (15).

A los fines del presente informe, las competencias son consideradas como los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos por el conjunto de los recursos humanos de salud en los diferentes ámbitos de práctica, para solucionar los problemas de salud de manera eficiente y efectiva. Esta noción “incorpora la realidad sanitaria, social y política de los países de la Región y se fundamenta en valores de equidad y justicia social” (16). Se habla de competencias esenciales, no porque se refieran a capacidades de las personas según su profesión, sino porque expresan las capacidades institucionales necesarias para el ejercicio de las FESP. Tal definición incluye en sí misma a las competencias transversales o genéricas (17) y reconoce su dinámica: las competencias no son inmutables sino dialécticas, y se expresan en el desempeño, del cual se nutren, conformando una unidad epistemológica que —en consecuencia— varía en su dimensión espacial y temporal.

MATERIALES Y MÉTODOS

El proceso metodológico del MRCESP se dividió en cuatro fases. Para la primera, la OPS convocó a un equipo de expertos con experiencia en elaboración de competencias en salud pública vincu-

lados a instituciones de la Región, quienes se reunieron en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México en agosto de 2010. A modo de diagnóstico inicial, el equipo pudo constatar que en América Latina y el Caribe no existían precedentes de estudios o informes relacionados con competencias en el campo de la salud pública. Sí identificó un trabajo —el Proyecto Tuning— que buscó conformar un marco de competencias genéricas para las titulaciones universitarias en América Latina y el Caribe, pero que en el sector salud únicamente incluyó el área de enfermería (18).

Otros modelos de competencias analizados por el equipo correspondieron a Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido (19–21). En los tres casos, utilizando diferentes metodologías, estos modelos definen las competencias según el tipo de ocupación de la fuerza de trabajo (cuadro 1).

Al cabo de varios debates el equipo de expertos tomó dos decisiones: 1) que las competencias esenciales no se elaborarían bajo la lógica de profesiones y 2) que se definirían dominios de competencias

como ejes rectores para la organización de la iniciativa. El punto de partida para la definición de los dominios fueron las FESP, por ser un instrumento que, según la definición de la OPS, “describe el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública”

Dado que las FESP son dinámicas y sus fronteras no son nítidas (en ocasiones se solapan), el equipo las reagrupó en cinco dominios sustantivos: i) *Análisis de situación de la salud*; ii) *Vigilancia y control de riesgos y daños*; iii) *Promoción de la salud y participación social*; iv) *Política, planificación, regulación y control*, y v) *Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos*. Y les añadió un sexto dominio: la *Salud global e internacional*. Esta adición obedeció a la necesidad de incluir la salud global como “una manera de ver y abordar la salud como un bien público mundial, como un tema de justicia social y como un derecho universal” (22) (figura 1).

Partiendo de los dominios sustantivos, se definieron siete dimensiones transver-

sales: planificación, gestión, evaluación, comunicación, liderazgo, investigación y tecnologías de la información. Todos los dominios y sus dimensiones se cruzaron luego con los principales ámbitos de práctica de los recursos humanos de salud: autoridad sanitaria nacional, administración a nivel descentralizado, gestión de la red de servicios y el ámbito comunitario.

La intersección entre los dominios sustantivos, las dimensiones y los ámbitos de práctica conformaron el instrumento metodológico para elaborar las competencias esenciales, a partir de la siguiente pregunta: ¿qué debe saber, saber hacer y cómo debe ser el conjunto de los recursos humanos de salud en los dominios sustantivos de la salud pública definidos? Para la formulación de las competencias se consideraron una serie de valores, que incluyeron equidad, igualdad, justicia social, desarrollo sostenible, salud colectiva, intersectorialidad, interdisciplinariedad, igualdad de género, diversidad, autodeterminación, empoderamiento, y participación social y comunitaria.

En la figura 2 se muestra el modo en que se conforma un cubo que cruza los dominios sustantivos, las dimensiones y los ámbitos de práctica, todos transversalmente dirigidos por los valores. A partir de los escaños de esta matriz se construirían luego las competencias esenciales. Otra decisión del grupo de expertos fue establecer la estructura organizativa de trabajo, basada en liderazgos institucionales por dominios (cuadro 2).

Luego del taller organizado en México, las instituciones líderes iniciaron en sus países la segunda fase del proyecto: elaborar las competencias esenciales. Para cada dominio se constituyeron grupos de trabajo utilizando dos criterios: experiencia y composición multidisciplinaria, lo cual derivó en un equipo regional con 225 integrantes de 12 países. Estos grupos elaboraron una propuesta inicial con 88 competencias.

La tercera fase del proceso consistió en la validación cruzada. Se construyó un instrumento y se partió del principio metodológico de que cada dominio, en un ejercicio colectivo, analizara todas las competencias para garantizar la mirada general del trabajo. Los resultados, procesados por el INSP, redujeron las 88 competencias iniciales a 64.

Durante la cuarta fase, que incluyó dos talleres en marzo (Medellín, Colombia) y junio (Lima, Perú) de 2011, las

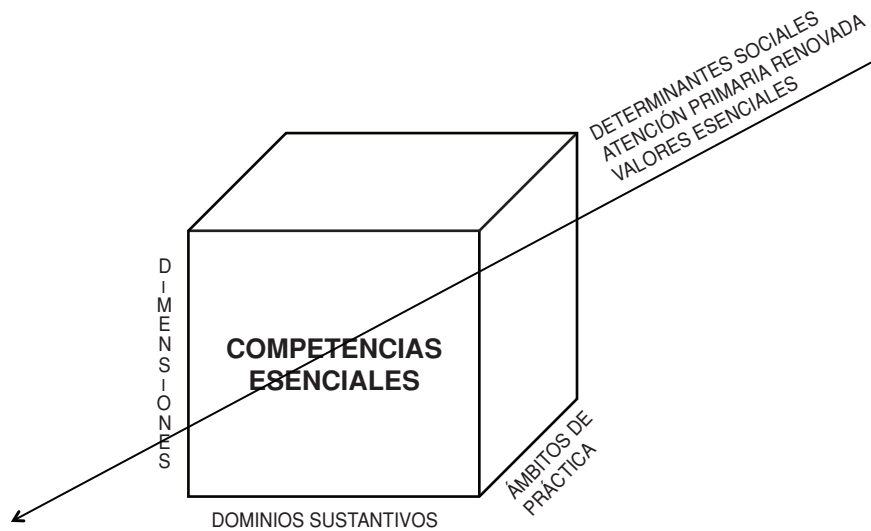
CUADRO 1. Modelos de competencias de recursos humanos analizados, precedentes al Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP)

	Modelos		
	Canadá	Estados Unidos	Reino Unido
Desarrollado por la Agencia Canadiense de Salud Pública	Desarrollado por la Fundación de Salud Pública y el Consejo de vinculación entre la academia y la práctica de la salud pública	Desarrollado por el Departamento de Salud	
<i>Áreas para medir la competencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ciencias centrales de la salud pública Análisis y evaluación Desarrollo de políticas y planificación de programas Asociación y colaboración Diversidad e inclusión Comunicación Liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluaciones y habilidades analíticas Desarrollo de políticas y programa de habilidades de planeación Habilidades de comunicación Habilidades de competencia cultural Habilidades para la práctica en la comunidad Habilidades en ciencias en salud pública Planificación financiera y habilidades de administración Liderazgo y habilidades en pensamiento sistémico 	<p>Cuatro áreas esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitoreo y evaluación Evaluación de evidencias de efectividad de las intervenciones, programas y servicios Políticas y estrategias de desarrollo e implementación Liderazgo y trabajo colaborativo <p>Cinco áreas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento de la salud Protección de salud Inteligencia en salud pública Salud pública académica Salud y calidad del apoyo social
<i>Competencias</i>	Se definen cruzando estas áreas con tres dimensiones según el tipo de ocupación: <ul style="list-style-type: none"> Trabajadores que proveen los servicios en primera línea Consultores o especialistas Gerentes o supervisores 	Se desglosan 76 competencias, las que se cruzan con tres niveles según la categoría de la fuerza de trabajo	Se definen cruzando estas áreas con nueve niveles. El resultado se agrupa en cuatro dimensiones: conocimiento, capacitación y calificaciones, regulación y roles

FIGURA 1. Paso de las Funciones Esenciales de Salud Pública a los dominios sustantivos en competencias esenciales de recursos humanos



FIGURA 2. Modelo metodológico del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP)



discusiones se centraron en analizar la correspondencia de los resultados con la metodología y en verificar la inclusión de todos los ámbitos de práctica, dimensiones y valores. Tal ejercicio resultó en una nueva reducción de las competen-

cias, esta vez a las 56 vigentes en la actualidad (cuadro 3). En algunos casos se fusionaron competencias mientras que, en otros, se desglosaron. El documento final del MRCESP fue objeto de discusión y de modificaciones menores en un

taller organizado en Trinidad y Tabago (octubre de 2011), donde un grupo de expertos validó su pertinencia.

APORTE DEL MARCO REGIONAL

Como ya se dijo, el MRCESP es una propuesta estratégica para apoyar a los Estados en el fortalecimiento de sus sistemas de salud pública. De las 56 competencias esenciales que lo integran (ver [material suplementario](#)), 9 corresponden al dominio Análisis de situación de la salud, 14 al dominio Vigilancia y control de riesgos y daños, 10 al dominio Promoción de la salud y participación social, 7 al dominio Política, planificación, regulación y control, 8 al dominio Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos y 8 al dominio Salud global e internacional (cuadro 3). El propósito del MRCESP es servir como insumo para el desempeño óptimo de las FESP. Una de esas expresiones podría ser elaborar “planes maestros de capacitación”, los que podrían encontrar en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS (<http://www.campusvirtualsp.org/>) un instrumento para su sistematización y abordaje integral (figura 3).

DISCUSIÓN

Si bien las competencias esenciales no son inmutables, el MRCESP, con su identidad propia, constituye un referente que permite conocer lo que se debe esperar en capacidades de salud pública, al poner a disposición de los países un catálogo actualizado de lo que requiere el conjunto de sus recursos humanos de salud en términos de saber, saber hacer y saber ser. Al mismo tiempo, hace posible determinar con mayor claridad lo que se realiza en el campo de la salud pública para fortalecer la gestión de los recursos humanos, el desempeño de los sistemas y el desarrollo de las FESP.

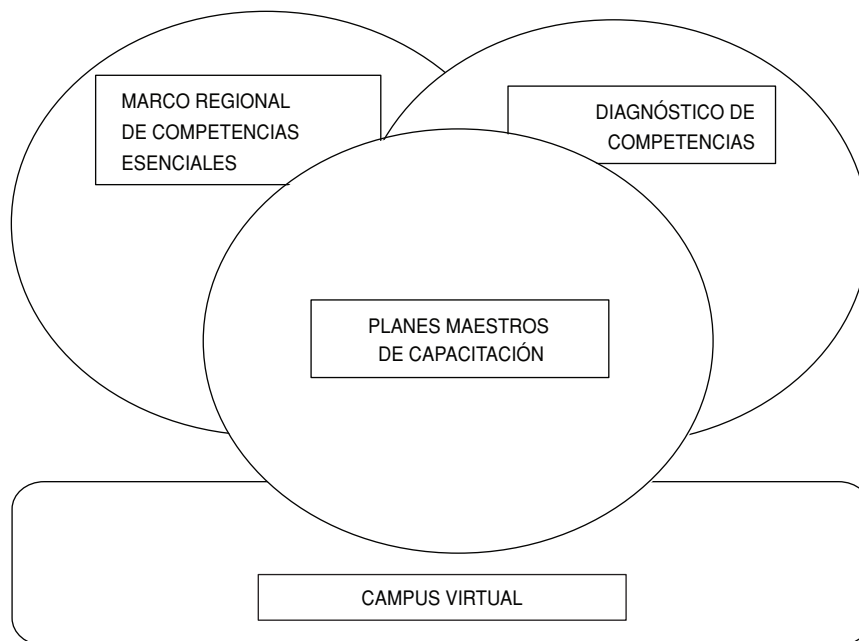
El MRCESP es asimismo una herramienta que brinda cuatro aportes importantes: i) rompe con la lógica cuantitativa al hablar de recursos humanos en salud; ii) concibe a las competencias en salud pública como asociadas a instituciones y a ámbitos de práctica de los sistemas de salud; iii) adhiere al modelo de una fundamentación ética, que incorpora valores comunes para los ámbitos de práctica, y iv) incluye un modelo de competencias de salud global y promoción de la salud.

CUADRO 2. Dominios sustantivos (e instituciones que trabajaron en ellos) relacionados con las competencias esenciales en recursos humanos de salud

No.	Dominio	Institución líder
1	Análisis de situación de la salud	Organización Panamericana de la Salud
2	Vigilancia y control de riesgos y daños	Instituto Nacional de Salud de Perú
3	Promoción de la salud y participación social	Universidad de Puerto Rico
4	Política, planificación, regulación y control	Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia de Colombia
5	Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos	Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile
6	Salud global e internacional	Instituto Nacional de Salud Pública de México

CUADRO 3. Evolución, por dominio, de las competencias esenciales en recursos humanos de salud, antes y después de la validación cruzada (VC)

No.	Dominio Nombre	No. de competencias		
		Propuestas	VC	Final
1	Análisis de situación de la salud	19	15	9
2	Vigilancia y control de riesgos y daños	10	9	14
3	Promoción de la salud y participación social	16	10	10
4	Política, planificación, regulación y control	15	14	7
5	Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos	13	7	8
6	Salud global e internacional	15	9	8
Total		88	64	56

FIGURA 3. Modelo estratégico del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP)

los sistemas de salud. Aunque el ámbito inicial del MRCESP es la Región de las Américas, se espera que esta construcción sea útil y sirva de referente para otros países y regiones.

Conclusiones y recomendaciones

La diversidad de las competencias esenciales expresadas en el MRCESP refleja la complejidad de la salud pública y la necesidad de intervenir de forma articulada (23). Esto explica que la multidisciplinariedad y la multisectorialidad sean sus características fundamentales, y que la formación y la capacitación sean sus propósitos finales, incorporando perspectivas que respondan al llamado realizado para la transformación de la educación profesional en ciencias de la salud ante los retos del siglo XXI.

Hay que destacar que este trabajo conformó un equipo regional de 225 profesionales con diferentes formaciones, visiones, puntos de vista e incluso posturas ideológicas. La participación amplia, el compromiso colectivo con la meta común y el liderazgo de la OPS permitieron superar los desafíos, aprovechar las diferencias culturales y acordar finalidades estratégicas pertinentes para la Región.

Otro aporte de este trabajo es que subraya la importancia de la producción de nuevos conocimientos, construidos colectivamente como fruto de discusiones y negociaciones. Vale resaltar el compromiso demostrado por los autores del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública para ponerlo a disposición de todos aquellos que lo necesiten, adhiriendo así al principio de la producción de conocimientos como bienes públicos globales.

En este mismo sentido, los autores del presente informe recomiendan la difusión de estos resultados y su presentación en diversos escenarios académicos y políticos para impulsar su utilización. El propósito es que los países y sus actores se apropien de los contenidos de este Marco, dándole especificidad a las competencias en los diferentes ámbitos de práctica del sector salud. Tales acciones seguramente contribuirán a que la salud colectiva tenga mayor presencia en las agendas nacionales e institucionales de la Región.

El MRCESP puede ser considerado la primera fase de un esfuerzo más amplio. Se recomienda la actualización sistemática de las competencias elaboradas, la

Finalmente, el Marco puede ser considerado una nueva expresión de las FESP porque, al hablar de competencias esenciales, estas funciones adquieren la

dinámica necesaria ante un contexto variable y complejo, convirtiéndose en capacidades para el buen funcionamiento de los diferentes ámbitos de práctica de

expansión de la iniciativa hacia el Caribe anglófono y francófono y la constitución de un equipo que apoye metodológicamente a países e instituciones en la construcción de las competencias específicas asociadas a los diferentes ámbitos de práctica en el sector salud.

Otra sugerencia pertinente apunta a la construcción de un instrumento que posibilite medir las competencias esenciales en los ámbitos de práctica. La implementación de un proyecto piloto podría ser de utilidad y constituiría un punto de partida para la utilización de este Marco. Dentro de esta idea, se recomienda utilizar las nuevas tecnologías y

las redes sociales para potenciar la construcción de este conocimiento colectivo a través de espacios 2.0.

Por último, los autores reconocen el reto que significa integrar la salud colectiva en las agendas nacionales. Una manera idónea de hacerlo sería propiciar la adquisición —en el conjunto de recursos humanos en salud— de conocimientos, habilidades y actitudes que redunden en una mejor salud para los pueblos. Es altamente probable que este Marco represente un aporte relevante a dicho propósito.

Agradecimientos. Los autores, en representación de los grupos de trabajo del

Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública convocados por la OPS, agradecen a los 225 profesionales de la Región de las Américas que colaboraron en el desarrollo de este informe y cuyo listado puede consultarse en la página web: <http://www2.paho.org/comptenciassp/>. También desean expresar su muy especial gratitud a Annella Auer, por su respaldo en la coordinación de la realización de este manuscrito, así como por sus atinadas sugerencias.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa de líderes en salud internacional. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: www.paho.org/lideresensaludinternacional Acceso el 7 de junio de 2013.
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%201.pdf> Acceso el 7 de junio de 2013.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano. Los objetivos de desarrollo del milenio: Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Nueva York: PNUD—Grupo Mundi Prensa; 2003.
4. World Health Organization. The World Health Report 2006. Working together for health. Geneva: WHO; 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C. Publicación científica y técnica no 589. OPS; 2002.
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Disponible en: <http://www.campusvirtualsp.org/files/CD50-11-es.pdf> Acceso el 10 de junio de 2013.
7. Davini MC, Nervi L, Roschke M. Capacitación del personal de los servicios de salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Washington, D.C.: OPS; 2002.
8. Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Washington D.C.: OPS; 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm> Acceso el 7 de junio de 2013.
9. Andrade Cázares R. El enfoque por competencias en educación. *Ide@s CONCYTEG*. 2008;3(38):53–64.
10. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. La educación encierra un tesoro. Informe de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. París: UNESCO; 1996. Disponible en: http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF Acceso el 8 de junio de 2013.
11. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Educación para el desarrollo sostenible. Los cinco pilares de la educación. París: UNESCO; 2012. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-sustainable-development/education-for-sustainable-development/> Acceso el 8 de junio de 2013.
12. Tobón S. Formación integral y competencias. Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación. Bogotá: Ecoe; 2010.
13. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Perú; 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf> Acceso el 8 de junio de 2013.
14. Perrenoud P. Construir competencias: Todo un programa. Chile; 1999. Disponible en: http://rubenama.com/historia_unam/lecturas/perrenoud_entrevista.pdf Acceso el 8 de junio de 2013.
15. Perrenoud P. Construir competencias desde la escuela. Santiago de Chile: Dolmen ediciones; 2002.
16. Organización Panamericana de la Salud. Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y fortalecimiento. Publicación científica y técnica. Washington, D.C.: OPS; 2007.
17. Perrenoud P. Construir competencias desde la escuela. Disponible en: http://www.riic.unam.mx/01/02_Biblio/doc/29PERRENOUD-Philippe-cap3-Con secuencias-para-el-trabajo-del-profesor.pdf Acceso el 9 de junio de 2013.
18. Proyecto Tuning América Latina. Áreas temáticas. España; 2008. Disponible en: <http://tuning.unideusto.org/tuningal/index.php?option=content&task=view&id=114&Itemid=138> Acceso el 11 de junio de 2013.
19. England, Department of Health. Public Health Skills and Career Framework. Disponible en: <http://www.sph.nhs.uk/what-we-do/public-health-workforce/publications/public-health-skills-and-career-framework> Acceso el 8 de junio de 2013.
20. Canada, Public Health Agency of Canada (PHAC). Core competencies for public health in Canada. Ottawa: PHAC; 2008.
21. Public Health Foundation, Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. Core Competencies for Public Health Professionals. Disponible en: http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2010May.pdf Acceso el 11 de junio de 2013.
22. México, Instituto Nacional de Salud Pública de México. Programa de Salud Global. Concepto de salud global; 2012. Disponible en: http://www.saludglobalinsp.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=106&Itemid=367 Acceso el 9 de junio de 2013.
23. Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Ronda E, Ortiz-Moncada Razón, et al. ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gac Sanit*. 2009;23(1):13.

Manuscrito recibido el 23 de abril de 2012. Aceptado para publicación, tras revisión, el 21 de mayo de 2013.

Core competencies in public health: a regional framework for the Americas**ABSTRACT**

The response is described to the 2010 call from the Pan American Health Organization to develop a Regional Framework on Core Competencies in Public Health, with a view to supporting the efforts of the countries in the Americas to build public health systems capacity as a strategy for optimal performance of the Essential Public Health Functions. The methodological process for the response was divided into four phases. In the first, a team of experts was convened who defined the methodology to be used during a workshop at the National Institute of Public Health of Mexico in 2010. The second phase involved formation of the working groups, using two criteria: experience and multidisciplinary membership, which resulted in a regional team with 225 members from 12 countries. This team prepared an initial proposal with 88 competencies. In the third phase, the competencies were cross-validated and their number reduced to 64. During the fourth phase, which included two workshops, in March 2011 (Medellín, Colombia) and June 2011 (Lima, Peru), discussions centered on analyzing the association between the results and the methodology.

Key words

Health manpower; competency-based education; health systems; Latin America; Caribbean region.
