Serie

HR

45

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

Washington, D.C.
Diciembre de 2006

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
ÁREA DE FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

FEDERACIÓN MUNDIAL DE ASOCIACIONES DE SALUD PÚBLICA

wfpha
WORLD FEDERATION OF PUBLIC HEALTH ASSOCIATIONS

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
Asociación Canadiense de Salud Pública (ACSP)
Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional

© Organización Panamericana de la Salud, 2006

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

Índice

AGRADECIMIENTOS 1

1. INTRODUCCIÓN 3

2. JUSTIFICACIÓN 5

3. OBJETIVO Y PRODUCTOS DE LA CONSULTA 7

4. DESAFÍOS PARA LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA —ANÁLISIS DE LA FESP#8 "DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN EN SALUD PÚBLICA" 9

4.1. Perspectiva de los Organismos Internacionales 9
4.2. Experiencias Nacionales Seleccionadas 13
4.2.1. Costa Rica 13
4.2.2. Chile 16
4.2.3. Cuba 17

5. CARACTERIZACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA 21

5.1. Experiencias Nacionales Seleccionadas 21
5.1.1. Estados Unidos 21
5.1.2. Brasil 24
5.1.3. México 24

6. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA 25

6.1. Principales Estrategias: Experiencias Nacionales Seleccionadas 25
6.1.1. Brasil 25
6.1.2. Canadá 27
6.1.3. México 27
6.2. Rol de las Competencias: Experiencias Nacionales Seleccionadas 28
6.2.1. Estados Unidos 28
6.2.2. Canadá 29
6.2.3. Costa Rica 33
6.2.4. Cuba 33

7. ELEMENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA AGENDA CONJUNTA DE TRABAJO DE ASOCIACIONES Y ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA Y MINISTERIOS DE SALUD 35

7.1. Perspectivas Nacionales Seleccionadas 35
7.1.1. Jamaica 35
7.1.2. Estados Unidos 35
7.1.3. Chile 36
7.2. Perspectiva de los Organismos Internacionales 36
7.2.1. Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA) 36
7.2.2. Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) 37

7.2.3. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 37

8. ELEMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE ACCIÓN REGIONAL PARA LA DÉCADA DE LOS RECURSOS HUMANOS 39

8.1. Perspectiva Política 39
8.2. Elementos Técnicos del Plan de Acción 39
8.2.1. Funciones Esenciales de Salud Pública 40
8.2.2. Definición de Competencias Centrales de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública 40
8.3. Metodologías e Instrumentos 40

9. CONSIDERACIONES FINALES 43

9.1. La Salud Pública y la Fuerza de Trabajo en Salud Pública 43
9.2. Instituciones Formadoras y Competencias Centrales de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública 44
9.3. Las Instituciones Formadoras y los Desafíos para Enfrentar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 45
9.4. Las Políticas Públicas en Recursos Humanos y los Desafíos para el Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública 46

Anexo 49

DECLARACIÓN SOBRE LA NECESIDAD URGENTE DE FORTALECER LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA EN APOYO A LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA Y A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 49

AGRADECIMIENTOS

Se agradece las importantes contribuciones realizadas por los expertos participantes en la presente Consulta:

Rómulo Maciel Filho (Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, Brasil), Antonio Ivo de Carvalho (Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Brasil), Francisco Eduardo de Campos (Ministério da Saúde, Brasil), Elinor Wilson (Canadian Public Health Association - CPHA), Chris Rosene (Canadian Public Health Association - CPHA), Susan Hicks (Health Canadá), Helen McElroy (Health Canadá), Claire Betker (Public Health Agency of Canadá), Federico Paredes (Asociación Costarricense de Salud Pública - ACOSAP), Geovanna Mora (Asociación Costarricense de Salud Pública - ACOSAP), Alcira Castillo (Escuela de Salud Pública, UCR, Costa Rica); William Brenes (Escuela de Salud Pública, UCR, Costa Rica), Carmen Vásquez (Ministerio de Salud, Costa Rica), Adolfo Alvarez (Sociedad Cubana de Salud Pública), Manuel Ipinza (Sociedad Chilena de Salubridad), Giorgio Solimano (Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública – ALAESP, ESP/ Universidad de Chile), Lorenzo Agar (Ministerio de Salud, Chile) Satnarine Maharaj (Department of Community Health and Psychiatry, UWI, Jamaica), Lilia Macedo de la Concha (Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.), Noé Alfaro Alfaro (Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública - AMESP), Gustavo Nigenda (Instituto Nacional de Salud Pública, México), José Sánchez Gaona (Secretario de Salud, México), Amy Hagopian (American Public Health Association - APHA), Kristine M. Gebbie, (Center for Health Policy and Doctoral Studies, University of Columbia, USA), Charles Godue (Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, USA), Luis Ruiz (Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, USA), Rosa Maria Borrel (Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, Costa Rica), José Paranaguá Santana, (Políticas de Recursos Humanos, OPS/OMS Brasil)

Un especial agradecimiento a Alcira Castillo, relatora principal, y a Federico Paredes por su valioso apoyo en la documentación y coordinación local de la presente consulta.

1. INTRODUCCIÓN

La presente consulta sobre lineamientos de política y orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de la capacidad de la fuerza de trabajo en salud pública (FTSP), en apoyo a las funciones esenciales de salud pública (FESP) y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se realizó en San José de Costa Rica, del 16 al 18 de agosto 2005. Participaron en la misma, funcionarios de ministerios de salud, académicos de escuelas de salud pública y activistas de asociaciones de salud pública de ocho países claves: Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, Jamaica, Estados Unidos de América y México. Estos países fueron seleccionados por las características de la organización de sus sistemas de salud y de su fuerza de trabajo en salud pública. La finalidad de la consulta fue promover la colaboración entre las asociaciones y escuelas de salud pública y los ministerios de salud para definir una agenda conjunta de estrategia para la Década de los Recursos Humanos en Salud que promoverá con énfasis la OPS/OMS como política internacional prioritaria a partir del 2006.

Esta actividad se gestó durante el X Congreso Mundial de Salud Pública de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA) realizado en Brighton, Inglaterra en 2004, con el propósito de encarar la crisis de los recursos humanos en salud y sus implicaciones para el logro de los ODM. En el mismo año se firmó la Declaración de Trabajo Conjunto entre asociaciones y escuelas de salud pública (Ginebra 2004). Posteriormente, durante el 58.º Congreso de la Sociedad Mexicana de Salud Pública (Mazatlán 2004), en la sesión internacional entre asociaciones y escuelas de varios países, se discutió la crisis de los recursos humanos en salud pública. Se llegó a la conclusión que dadas las actuales condiciones desfavorables para el adecuado desarrollo y desempeño de las FESP, se hace necesario crear alianzas para el trabajo conjunto de actores capaces de desarrollar acuerdos y establecer objetivos amplios y globales para enfrentar estos retos. Ante la pregunta ¿qué podemos hacer?, se decide tomar la crisis de los recursos humanos en salud pública como eje central de colaboración y trabajarlo de forma directa y, en conjunto, por las escuelas y asociaciones de salud pública.

Esta alianza estratégica compromete, sin duda, la participación de organizaciones como ministerios de salud, y otras instituciones y redes de salud pública, en el estudio de la situación crítica de las reformas económicas y sectoriales en torno a los recursos humanos en salud, acumulada por más de dos décadas, así como las perspectivas futuras para el desarrollo del personal activo en la gestión y provisión de servicios de salud pública.

Garantizar el cumplimiento de las FESP y contribuir con ello al logro de los ODM para el año 2015, requiere de esfuerzos que fortalezcan las capacidades de los trabajadores de la salud. Los ODM que la Organización de Naciones Unidas (ONU) lanza como desafío a los gobiernos del mundo no se pueden alcanzar sin la participación de la fuerza laboral en salud en la obtención de buena salud para todos, cuyo papel es preponderante en la consecución de los ODM.

Los aportes de esta consulta se estructuran con los ejes transversales de la caracterización de la FTSP y el desarrollo de esta fuerza laboral. Se presentan también la problemática y las estrategias propuestas de fortalecimiento de estos recursos humanos para mejorar su desempeño y empoderarlos. Para ello, se definen los lineamientos de un Plan de Acción Regional que oriente las acciones de esa política y mandato de la OMS de dar un ímpetu renovado al desarrollo de los recursos humanos en salud en la "Década de los Recursos Humanos 2006-2015".

Se pretende destacar los aspectos sobresalientes de las experiencias de los países en cuanto a las fortalezas y características de sus FTSP y aquellos aportes de los modelos de desarrollo de las capacidades y el papel de las competencias laborales de las mismas. A partir de estos insumos se definen algunas aproximaciones políticas, ideológicas, técnicas y operativas para el logro de los objetivos y productos esperados de esta línea de trabajo. Se espera que las discusiones y

conclusiones que se presentan amplíen la visión para definir estrategias y prioridades en el cumplimiento de la tarea impostergable de fortalecer la capacidad de la FTSP desarrollando procesos pertinentes y eficaces.

Especialmente se hace necesario situar estas reflexiones y estrategias en otras instancias y actores para que con similares intenciones y propósitos aprovechen de eventos y otras actividades de salud pública regionales e internacionales en pro de la reflexión-acción para el fortalecimiento de la fuerza laboral en salud pública.

2. JUSTIFICACIÓN

Se destaca con vehemencia la poca visibilidad de los recursos humanos en los sistemas de salud a pesar de ser los principales protagonistas del desarrollo de las funciones propias para promover y proteger la salud y prevenir la enfermedad, así como para gestionar los servicios. A ello se añade una subvalorización 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. Existe negligencia en el tema en momentos que se afrontan economías inestables con repercusiones en los servicios de salud. Esto hace necesario plantearse elementos innovadores y estratégicos para fortalecer esta fuerza laboral. Como ejemplo se plantea la situación de Argentina y Bolivia que han recurrido a una alianza entre la academia, el sector gubernamental, las asociaciones de salud pública y las organizaciones no gubernamentales para enfrentar nuevas situaciones epidemiológicas caracterizadas por enfermedades emergentes y reemergentes. Esta alianza será una herramienta para coadyuvar los problemas de salud pública con la prioridad que debe concedérseles tanto regional como subregionalmente.

Los recursos humanos en salud son la base de la construcción de los sistemas de salud de los países y su desarrollo es una responsabilidad de todos. Están en el espíritu de cualquier construcción que aborde la salud pública. Se exhorta por lo tanto a los organismos e instituciones de la Región a comprometerse con esta iniciativa de trabajar en forma articulada para ligar la experiencia y los conocimientos en una praxis de la salud pública, base exponencial para el logro de los ODM.

Después de la reunión de Mazatlán (2004), esta consulta es la primera oportunidad de interacción entre los diferentes actores sociales relacionados con el desarrollo de recursos humanos y ha sido aprovechada para efectuar el análisis de los avances, oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas de nuestros países. ALAESP, por ejemplo, tiene algunas iniciativas en ejecución para el mejoramiento y fortalecimiento de la formación de los recursos humanos pero grandes limitaciones para trabajar sola ante retos tan complejos. Con el presente mecanismo se pretende juntar diferentes actores con intereses y potencialidades para la investigación-acción en salud pública para enfrentar los retos impostergables en una acción conjunta clave para el fortalecimiento de la FTSP.

3. OBJETIVO Y PRODUCTOS DE LA CONSULTA

El principal objetivo de una consulta de esta naturaleza es generar un reconocimiento social en la Región de las Américas, a fin de obtener y defender bs recursos humanos en salud para el desarrollo de los sistemas de salud y el bienestar de las poblaciones. Entre otros, no existe una conceptualización clara y orientadora sobre los recursos humanos en salud y entre éstos y la FTSP. La salud pública regional exige gran protagonismo en este sentido para fortalecer las capacidades de ese recurso clave. El desarrollo de los recursos humanos en salud presenta en la actualidad una seria crisis en lo relativo a la FTSP, cuyas causas y magnitud del problema en la Región de las Américas se reflejan en el déficit de ciertas categorías de personal, en la distribución inequitativa de dichos recursos en las distintas regiones de los países, en la planificación y la gestión de estos en las instituciones y en la formación descontextualizada y centrada en la técnica. Aprender a trabajar juntos no es fácil, pero de eso se trata, hay que crear una gran alianza e imaginar cómo es el trabajo de salud pública en términos de la cooperación en dicho rubro.

Por tanto, se requiere claridad para el desarrollo de los recursos humanos en salud con un enfoque integral de los ODM en el que concurran el desarrollo de los sistemas de salud y el desempeño de las FESP. El desarrollo de los recursos humanos en salud pública es una agenda en construcción, por lo que aprovechar el decenio que se inicia el próximo año para darles un énfasis renovado, resulta estratégico y retador para todas las organizaciones involucradas en salud.

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

En materia de resultados, se espera lograr lo siguiente:

- Mayor conocimiento acerca de la naturaleza y el grado de la crisis de los recursos humanos para la salud pública en las Américas y sus implicaciones para el logro de los ODM.
- Mayor claridad en la función de las asociaciones y escuelas de salud pública, en cuanto a la colaboración con los gobiernos, instituciones multilaterales y otras partes interesadas en trabajar para el logro de los ODM y el mejoramiento de la salud pública en la Región.
- Identificación de elementos para la preparación de un proyecto de plan estratégico para la acción conjunta entre WFPHA y ALAESP sobre el fortalecimiento de la capacidad de los recursos humanos de salud pública, incluidos los siguientes componentes:
    - La participación en la "ampliación" de los recursos humanos para la salud durante el Decenio de los Recursos Humanos para la Salud (2006-2015);
    - La participación en las caracterizaciones por país de la FTSP en la Región de las Américas;
    - Las recomendaciones para compartir los métodos y herramientas para el análisis de las competencias centrales de la fuerza laboral de salud pública, incluido el uso del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS;
    - Las recomendaciones para las actividades conjuntas adicionales que aprovechen los eventos e iniciativas de salud pública regionales e internacionales ya programados o en curso.

4. DESAFÍOS PARA LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA —ANÁLISIS DE LA FESP#8 "DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN EN SALUD PÚBLICA"

4.1. PERSPECTIVA DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

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

- OPS/OMS

  Desde la perspectiva de la OPS y en el contexto de la crisis actual de los recursos humanos, se evidencian grandes desafíos para el logro de los ODM relacionados con la salud. El abordaje integral de las 18 metas incluidas en los 8 objetivos y el cumplimiento de las FESP son hitos que promueve la OPS/OMS.

  Más allá de los objetivos específicos de las condiciones de la salud, del fortalecimiento de la capacidad de la FTSP y del desarrollo de los recursos humanos, la visión integral de los 8 objetivos exige, entre otros aspectos, un abordaje de construcción de capacidades de los sistemas de salud. En este contexto los recursos humanos son un elemento central para alcanzarlos.

  La problemática de la FTSP es crítica y se deben desarrollar nuevas ideas para impulsar el logro de los objetivos de salud en cumplimiento con el compromiso adoptado por los 189 países del sistema de Naciones Unidas para el período 2000-2015. Este es un compromiso que la Región de las Américas hace a nivel de la sociedad civil, los municipios, las comunidades, y los grupos organizados. El reto está en que los ODM logren permear y movilizar un gran rango de alianzas que activen la agenda de salud de nuestros países en términos de la toma de decisiones de los gobiernos.

  Si bien hay dimensiones técnicas en el alcance de los ODM, el desafío es meramente político. Se trata de colocar el tema de la salud en el centro de la agenda del desarrollo, partiendo del concepto de que la salud no es solo un objeto de inversión sino que genera desarrollo. Es un esfuerzo de reposicionar el tema de la salud en un contexto más amplio de políticas públicas y de políticas de desarrollo que se evidencia en los 8 objetivos, las 18 metas y el monitoreo de los 48 indicadores, lo que indica el carácter específico de cada una de las metas y las torna tangibles en el compromiso de su logro. Cabe destacar que las cuatro primeras metas tienen que ver con determinantes tradicionales de la salud; otras cuatro se relacionan directamente con problemas de salud; tres son relativas a los determinantes ambientales de la salud y, por último, las siete restantes se refieren a los nuevos determinantes globales de la salud o macro-determinantes.

  Esos nuevos determinantes globales de la salud, a saber, los sistemas financieros, la integración de mercados, la movilidad de bienes, servicios y personas, los problemas relacionados con la deuda y el ayuntamiento de los países, la relación entre el gobierno y la sociedad civil y el acceso al trabajo, entre otros, hacen evidente —al examinar los

objetivos del milenio desde la perspectiva de la salud— su coincidencia con la producción social de la salud en nuestros países y sociedades.

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

En el marco estratégico de la OPS y de los gobiernos de la Región, los tres enfoques fundamentales en torno a la movilización de los ODM son: el técnico, el político ("policy advocacy") y la movilización social. Asimismo se enfocan los programas en relación con problemas específicos contenidos en los ODM.

Se reconocen cuatro pilares para generar la salud para todos y hacer efectivo el derecho a la salud. La gestión del conocimiento y la información en la que descansa en parte el éxito del desarrollo de la atención primaria de la salud en su versión renovada; la capacidad de los ministerios de salud en el desempeño de las FESP; la noción de "protección social en salud" para encontrar nuevos mecanismos para proteger a la población de los riesgos y las consecuencias de la enfermedad y, muy especialmente, el desarrollo de los recursos humanos.

El tema de los recursos humanos en salud irrumpe en la agenda política del siglo XXI. Su problemática y las relacionadas al propio campo son muy complejas y no visibles. Cada vez se reconoce más la necesidad de incrementar el conocimiento sobre la naturaleza y el grado de su crisis —producto de la no intervención en este campo desde las reformas sectoriales en salud— y sobre las repercusiones en sus capacidades, conocimientos y habilidades. Quizás esta es la década perdida de los recursos humanos por la negligencia e invisibilidad que esto conlleva —las disputas ideológicas entre profesiones en salud, el enfoque en las prácticas por programas, en las enfermedades en lugar de visiones más amplias de desarrollo de los sistemas y de las instituciones, la poca valorización del personal, su crisis y escasez que, además, busca la migración hacia otros países. En fin, todos los problemas asociados con esta situación.

Una serie de iniciativas se están poniendo en marcha para corregir este estado. La urgencia de actuar debe ser pronta y oportuna. Los procesos de reforma ocurridos durante la década de 1990 en la mayoría de los países de América Latina, presentan en una u otra medida descentralización, redirección del papel del Estado y, en algunos casos, privatización, lo cual trae una serie de consecuencias fundamentales sobre los recursos humanos a diferentes niveles. Con relación a esto, los observatorios de recursos humanos contribuyen al monitoreo de los procesos de reforma. Algunas manifestaciones internacionales, por ejemplo, dan cuenta de que en las islas del Caribe de habla inglesa se está dando un reclutamiento activo de enfermeras para laborar en los Estados Unidos, impulsado por el sector privado de ese país. Esto debido a que hay un déficit de este personal en los Estados Unidos y Canadá. Esto se realiza sin detenerse a considerar el daño que se ocasiona a estas islas caribeñas, lo que genera una seria distorsión en las relaciones intra e ínter-países.

La iniciativa de la OPS del año 1999, cuando se organizaron los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, pretende trabajar sobre la idea de una década de recursos humanos que coincida con los 10 años faltantes para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2006–2015. Los contextos anteriores señalan la necesidad de generar un movimiento en términos de políticas públicas en esa área, impulsar el logro del acceso universal a los servicios y fortalecer las capacidades en materia de salud pública.

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

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

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

- ALAESP

  Las acciones y avances de ALAESP se han dirigido a (y para) las escuelas y programas de postgrado en salud pública con el fin de implementar mejores prácticas en el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales en formación y lograr la solidez académica de estas instituciones.

  Mediante el trabajo emprendido, se cuenta con logros importantes para recuperar el espacio perdido debido a la percepción de instituciones formadoras de dudosa capacidad con ofertas, comercialización y fantasías tentadoras. En la mayoría de nuestros países no existe capacidad de regulación, pues se carece de mecanismos de acreditación y certificación. ALAESP tiene recursos y capacidades limitadas para la modificación de situaciones internas y propias de las instituciones formadoras en los países. Por ello, una mayor integración es necesaria entre universidades, gobiernos, sociedad civil (sociedades científicas y gremiales) y organizaciones no gubernamentales (ONG).

  Es importante que los profesionales reconozcan el aporte de los organismos sociales y la comunidad. Los formadores de profesionales en salud pública deben asumir la responsabilidad compartida en cuanto a la calidad y pertinencia social de los recursos humanos que actualmente se forman. En la acción planificada con OPS se comparten dos objetivos estratégicos. El primero está centrado en el mejoramiento de la calidad de los postgrados, con la iniciativa de la gestión de calidad de la enseñanza de la salud pública, tema de las últimas reuniones y comunicaciones de ALAESP. Estas dan cuenta de esta línea

de trabajo orientada a reforzar las capacidades de los profesionales en este campo. Y el segundo es relativo al mejoramiento de la investigación de recursos humanos en salud, especialmente ante la inadecuada oferta y demanda de los recursos humanos. Ante los desafíos identificados en el desarrollo de los recursos humanos, el trabajo conjunto, basado en los principios vigentes de la salud pública, debe contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

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

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

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

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

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

- WFPHA

  La WFPHA, secunda los análisis en torno a los desafíos actuales para el desarrollo de la FTSP. Se señala el factor político gubernamental, pues varios países de la Región están envueltos en procesos electorales con cambios de gobierno en los próximos años. Esto implica ganar tiempo en el diseño de políticas de Estado en el campo de los recursos humanos en salud para volverlas sostenibles y sustentables. La incertidumbre abunda cuando no se sabe qué partido político asume el poder. No se duda que la acción sinérgica de actores nacionales e internacionales es determinante para respaldar las nuevas iniciativas que vuelven su mirada a la FTSP y para su consecución en el corto y mediano plazo.

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

4.2. Experiencias Nacionales Seleccionadas

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

La medición de las FESP impulsada por la OPS es el primer esfuerzo realizado por conocer la situación de los recursos humanos en cada país y en la Región. Su análisis y reflexión dentro de la salud pública ya generó acciones y política. No las suficientes pero está movilizando voluntades (políticas y gremiales) para su intervención pronta y oportuna. Sin duda requerirá integrar a todos los actores envueltos en los desafíos identificados, asi como a las organizaciones de la sociedad civil, formadoras, los ministerios de salud y otros.

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

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

4.2.1. Costa Rica

Los resultados de la medición de la FESP #8 en este país, se da en el marco de importantes cambios y antecedentes histórico-políticos, que dan cuenta de las características actuales del sistema y del sector salud, a partir de la reformas del Estado y sectorial, en especial en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) desde 1994. La fragmentación de las prácticas en la atención institucional de la salud y el impacto ideológico y operativo por la distribución, funcionamiento y nuevas prácticas de los trabajadores de los servicios de salud, se produce ante el traspaso que hace el Ministerio de Salud a la CCSS de las acciones del primer nivel de atención en salud —a personas y comunidades— en los planos de la atención primaria, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Ante estos

cambios se originan otros nuevos retos organizacionales y de conducción institucional en la implementación de la función de rectoría y de regulación en el Ministerio de Salud, así como en los servicios de salud de la CCSS. Esto, sin mayor desarrollo de las capacidades institucionales y de la FTSP en conocimientos y prácticas en estas áreas. Se aúna a esta realidad, la complejidad del contexto por los cambios mundiales, la acción de la globalización y la situación económico-social del país.

En este panorama situacional de debilidad y falta de protagonismo, el Ministerio y otras instituciones asumen las FESP como rescate de la salud pública. Esto ante la persistente desvalorización de este campo por largo tiempo y frente a la intencionalidad de las políticas de la reforma del sector salud centradas en la modernización de las instituciones, reducción del gasto en salud, y disminución del financiamiento de la atención médica y de salud.

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

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

Evaluación FESP

No.	Función Esencial	% de cumplimiento
1	Monitoreo y Evaluación: ASIS	59
2	Vigilancia de la Salud	64
3	Promoción de la Salud	39
4	Participación Ciudadana	52
5	Desarrollo de Políticas y Gestión	44
6	Regulación y Fiscalización	32
7	Evaluación del Acceso a los Servicios de Salud	75
8	Desarrollo de Recursos Humanos	36
9	Garantía y Mejoramiento de la Calidad	37
10	Investigación	26
11	Emergencias y Desastres	72

Al desagregar por cada uno de los indicadores componentes de la FESP #8, el resultado de la medición reporta para el indicador "Caracterización de la fuerza de trabajo", junto con el de "Recursos humanos formados en características socioculturales de la población", un cumplimiento apenas del 17%. Este comportamiento se explica en parte por la falta de un diagnóstico de requerimientos de personal para el trabajo en salud pública, según las necesidades de salud diferenciadas de los grupos sociales. Además de la ausencia en los programas educativos de componentes de diversidad cultural, género, etnia y generación. Por el contrario, destacan en las dimensiones técnicas la especialización y lo disciplinar. Explicaciones estas que, de no modificarse, difícilmente aportarán cualidades en la FTSP

para enfrentar con solidez el logro de los ODM. Le sigue en bajo nivel de cumplimiento el indicador "Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo", con un 25%, lo que en parte se origina por la falta de sistematicidad o la ausencia de la evaluación del desempeño de los trabajadores, lo cual también aplica a incentivos.

Los otros indicadores obtuvieron una mejor calificación. El segundo mejor calificado es la "Educación continua y de postgrado en salud pública", con un 40%; Es meritorio mencionar que la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR) colabora en esta labor con la CCSS, que patrocina en el país los programas de capacitación sobre Gestión Local de la Salud y Atención Integral en Salud, responsabilidad que coordina el Centro de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) de esa Institución para el personal en servicio del primer nivel de atención. La Escuela de Salud Pública también mantiene un programa de postgrado desde 1989 de gran impacto en la formación de cuadros para la conducción del sistema de salud. Por su parte, los colegios profesionales también contribuyen con sus programas de certificación a impulsar la educación continua. Finalmente, el indicador con mejor calificación "Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales", obtiene un 80%, cifra que influye en la calificación promedio de esa FESP #8. Una posible explicación a su buen cumplimiento se relaciona con la definición de acciones de planificación, organización, supervisión y el apoyo sistemático institucional a los procesos de desconcentración del modelo de atención en salud que presta la CCSS, lo que refleja claramente su cultura institucional.

Medición Función No. 8

No.	Función Esencial Desarrollo de RRHH en el Campo de la Salud Pública	% de cumplimiento
1	Fuerza de Trabajo	17
2	Calidad de la Fuerza de Trabajo	25
3	Educación Continua y Permanente	40
4	Características Socioculturales de la Población	17
5	Apoyo a Niveles Subnacionales	80

Como producto de este análisis de las FESP, varias iniciativas y estrategias han sido implementadas por el Ministerio de Salud en apoyo a esta tarea. En particular, la creación por decreto de la Comisión Sectorial en Salud para la definición de políticas públicas de recursos humanos y la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. Ambas con planes de trabajo orientados a concertar intereses y lógicas propias de los distintos actores del campo de la salud; entre ellos, colegios profesionales, sindicatos, gestores y otros.

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

Con base en la problemática encontrada, el Ministerio de Salud encamina diferentes estrategias con el propósito de buscar alianzas y consensos en el sector salud para la definición de políticas. Una de las más importantes es la inclusión del tema de desarrollo de recursos humanos en la Agenda Sanitaria, y la creación mediante el Decreto No. 32209-S, del 2 de febrero del 2005, de la Comisión antes mencionada En esta se integran representantes de instituciones del sector salud como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN), Acueductos y Alcantarillados (A y A), Ministerio de Salud, Universidad de Costa Rica (UCR) y la Federación de Colegios Profesionales. El trabajo efectuado por la Comisión, antes de su

formalización y legalización, estuvo orientado a consolidar un plan de trabajo en el que se destacan las actividades relativas a la organización de un Sistema de Información Nacional de Recursos Humanos (apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, con fondos de un préstamo). Con éste —alimentado por las diferentes instituciones públicas y privadas, empleadoras y/o formadoras— se espera contar en doce meses con la información básica sobre recursos humanos en salud. El sistema estará administrado por el Ministerio con el apoyo de la Comisión Técnica y esta será la base para fortalecer el Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Como otra de las actividades importantes está, también, la formulación de políticas públicas específicas en el campo de los recursos humanos en salud.

Todo lo anterior alimenta la expectativa de mejorar la toma de decisiones en esta materia y contribuir significativamente al mejoramiento y fortalecimiento del sistema de salud del país.

4.2.2. Chile

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

Chile: Indicadores Milenio/Objetivos

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

El grado de avance es aceptable aunque se avizoran desafíos importantes y difíciles dados los cambios en el perfil epidemiológico y la prevalencia de enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la diabetes y el predominio de factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol. Se considera que la Reforma en marcha debería preveer los recursos para garantizar ciertas intervenciones que, a su vez, se traducen en las metas del sistema de salud. El plan de salud pública y la nueva autoridad sanitaria representan oportunidades para el logro de aquellas metas dependientes de esos cambios culturales complejos. Asimismo, merecen mención las desigualdades sociales asociadas a las condiciones de salud de algunos grupos, en especial aquellas relativas a condiciones de sexo y edad, reportadas también en la encuesta nacional de salud del 2003, a pesar de que los principios de la Reforma explicitan el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad, entre otros.

Las políticas de monitoría y gestión de las garantías iniciadas en el 2005 evidencian la formulación de las políticas públicas con el eje público-privado y presentan el modelo de desarrollo del país con base en la integración, la libre competencia y la capacidad de la empresa privada en el Estado moderno y democrático, cuya política se orienta a la

focalización del gasto social en los pobres. Acción por cierto que redujo la pobreza del 40% en 1987 al 18% en el 2004. Existen estrategias relativas a la formación en salud pública y la gestión de servicios de salud, con la capacitación de directivos de hospitales complejos y directivos de la red de asistencia de servicios de salud. Además de la formación de profesionales en salud pública, se organizaron pasantías para el personal del MINSAL para el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS). Todo ello entre los años 2000 y 2005.

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

Chile: Función Esencial de Salud Pública No. 8

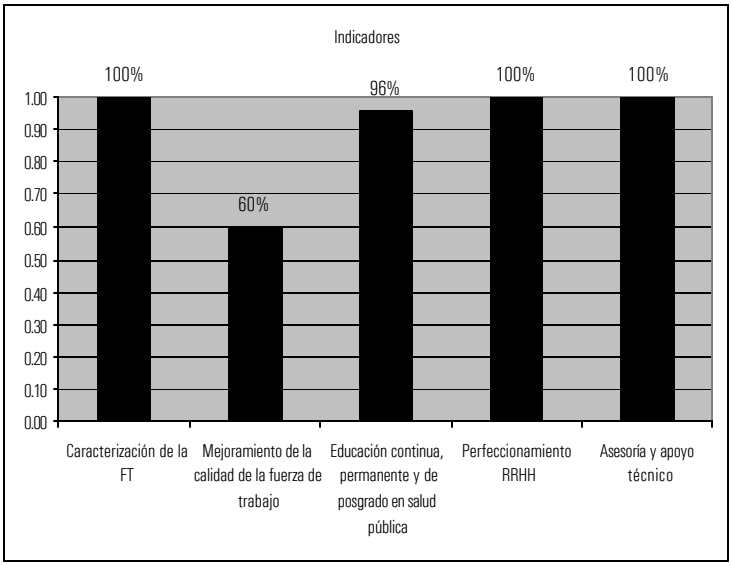
Función Esencial No. 8 Desarrollo RRHH y Capacitación en SP	% de cumplimiento
Puntaje final	0,13
Caracterización de la FT	0,28
Mejoramiento de la calidad FT	0,19
Educación continua	0,00
Perfeccionamiento RRHH	0,17
Asesoria y apoyo técnico	0,00

4.2.3. Cuba

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

El análisis de las calificaciones obtenidas en los indicadores componentes de la FESP #8 refleja los bajos porcentajes en el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo con un 60% y en educación continua con un 96%; que no son muy buenos por cuanto los otros indicadores obtuvieron una calificación de 100%. La tabla siguiente muestra claramente lo indicado.

INDICADORES FESP NO. 8: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN EN SALUD PÚBLICA



AVANCES

- Se fortalece el Registro Nacional de Profesionales.
- Se dispone de información sobre el proceso de educación continua.

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

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

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

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

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

En cuanto a la formación de personal, existen cambios en el tránsito del pregrado, el ingreso y su descentralización al Policlínico, y del postgrado con su tránsito de un sistema de superación profesional y técnica a un programa de perfeccionamiento de todos los trabajadores en función de la apertura de nuevos servicios, la introducción de nuevas tecnologías, la masividad en la capacitación y la flexibilidad en los programas. Su base está en los problemas de salud de la población y su integración a las áreas de salud. La

capacitación está dirigida desde los obreros hasta los doctorados. Existen maestrías y especialidades que se desarrollan en la ENSAP en donde cuentan con la formación de directivos en modalidad semi-presencial, las tesis se hacen en los centros de trabajo y, además, cuentan con cursos, diplomados y maestrías internacionales para los programas sociales de Latinoamérica y el Caribe.

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

Las constataciones en torno a los desafíos para el desarrollo de la FTSP son complejas y variadas. Una de las principales es la falta de claridad en cuanto a la especificidad conceptual sobre quienes constituyen la fuerza laboral en salud y quienes lo son en el campo de salud pública, aspecto en que están en juego muchos factores de confusión. El traslapo conceptual entre esos campos establece una de las principales dificultades en la medición de esta función. Sin embargo, existe coincidencia en el potencial del indicador para reflejar la debilidad de ese rubro en los sistemas de salud, así como las desigualdades internas en los países y entre ellos; por lo tanto, establece y prioriza la consideración de ese desafío en la FTSP de la Región de la Américas. Casi sin excepciones, la FESP #8 es la segunda más bajamente calificada junto con la de investigación en salud en los países. Esta realidad sitúa con prioridad la preocupación a nivel de esa evaluación y sus criterios o parámetros monitoreados, como la caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública, la calidad de la fuerza de trabajo, formación continua y de postgrado, perfeccionamiento de los recursos humanos apropiados a las características socioculturales de la población y la noción de apoyo a los niveles descentralizados. Estos, sin duda, representan los elementos mínimos para contar con una masa crítica para colaborar en la construcción social de la salud de grupos y poblaciones.

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

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

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

5. CARACTERIZACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA

5.1. Experiencias Nacionales Seleccionadas

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

5.1.1. Estados Unidos

La experiencia de los EEUU, ilustra las limitaciones encontradas y las lecciones aprendidas en la investigación para caracterizar a la FTSP en ese país. El conjunto de situaciones críticas —que complican la disponibilidad de datos e información— es uno de los aspectos más complejos de la infraestructura en los sistemas de salud encontrados en la realización de estos estudios. Junto con las interrelaciones propias de los sistemas de salud, dichos estudios son necesarios para garantizar la preparación y capacitación de la FTSP.

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

Los principales problemas se presentan con la definición operacional de la FTSP, particularmente sobre quiénes componen la fuerza de trabajo en salud pública. Al respecto, las principales preguntas a plantearse son: ¿Componen la FTSP las personas responsables de la provisión y desempeño de funciones de salud porque laboran en determinado lugar de trabajo? O solamente se consideraría a los profesionales de salud pública y a las personas relacionadas específicamente con esta disciplina.

Lo primero implicaría que podría incluirse a todo el personal que labora en agencias de salud pública (epidemiólogos, enfermeras, estadísticos, etcétera), al personal de las agencias gubernamentales (instituciones ambientales o de seguridad ocupacional); al personal del sector privado (control de infecciones en hospitales), al personal voluntario como en asociaciones comunitarias que atienden problemas de salud específicos (cáncer, pulmones, violencia, etcétera).

Por tanto el gran reto y cuestión clave por discutir es que no a todos los graduados en salud pública se les incluye en la enumeración de la FTSP, pero a muchos que no son profesionales en salud pública si se les incluye, así como a otros individuos que dedican parte de su tiempo a labores de salud pública.

Otro desafío vinculado con el conteo de la FTSP es cómo definir las preguntas, cuando se realizan investigaciones, para eliminar y controlar subregistros. En el año 2000 en los EEUU se censaron solamente 448.254 trabajadores asalariados del nivel estatal y local en los departamentos de salud pública y en escuelas de salud pública. Esta cifra no incluye otro tipo de trabajadores gubernamentales. Los datos sobre personal de salud ambiental y de las ONG también son insuficientes.

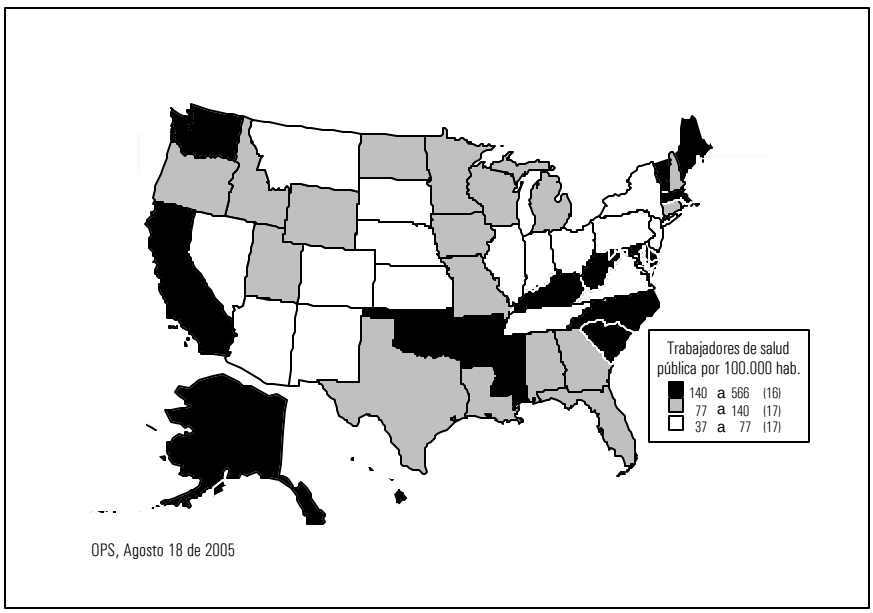
Para plantear preguntas claras y lograr consistencia en las respuestas se requiere considerar, por ejemplo, quién es un graduado. ¿Cómo se obtiene información sobre esto?, ¿cómo se

identifica a la persona?... ¿cómo médico clínico o como gestor de un servicio de salud?, ¿cuál es el cargo que ocupa la persona?, ¿cómo obtener la información del empleador? ¿En qué y cómo utiliza su tiempo la persona (tiempo completo, parcial, etcétera)?

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

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

Densidad de los Trabajadores de Salud Pública: Entonces...¿Qué?



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

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

característica en este país que la mayoría de los profesionales que ingresan a estas escuelas tienen como profesión de base la enfermería.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.2. Brasil

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

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

5.1.3. México

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

6. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA

6.1. Principales Estrategias: Experiencias Nacionales Seleccionadas

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

6.1.1. Brasil

La experiencia de la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud del Ministerio de Salud, se prioriza en la formulación histórica de estrategias para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública desde la instancia del Sistema Único de Salud (SUS) —creado en 1988— y articuladas con el sector académico de la salud pública. Se destacan tres grandes estrategias con enfoque en educación en salud pública, producción científica en ese campo y gestión de la capacitación en el servicio. Estos desarrollos ocurren con distintas intensidades desde el año 1900.

La Fundación Oswaldo Cruz, que se coloca con el liderazgo en este campo, es la iniciadora en el país de la investigación y docencia en salud pública. Cursos para la formación de personal en este campo existen desde 1922. En 1957 se fundó la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) y en 1969 se crearon los departamentos de medicina preventiva y se organizaron residencias médicas y de salud. Desde 1970 hasta finales de los ochenta se organizaron maestrías en medicina social y salud pública que se redefinen a la luz de los nuevos enfoques en salud colectiva. Desde 1986 y durante la década de los noventa toman fuerza los cursos estratégicos en el campo de la salud colectiva y temas afines para apoyar el desarrollo del SUS. Ante el embate de las reformas neoliberales se diseñan estrategias para enfrentar la influencia de las relaciones mercantiles en la cuestión de la salud. Con estas capacitaciones se articula estrechamente la academia y el SUS que se asocian para la construcción del sistema en el marco de solidaridad y de una ideología compartida para la consecución de los objetivos de salud.

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

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

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

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

La distribución de cursos de salud pública o salud colectiva (*lato sensu*) por regiones del país, es muy importante en cantidad pero evidencia la misma desigualdad que aparece en la distribución de las instituciones. El 51 y 21 por ciento de los cursos se imparten en las regiones del sudeste y nordeste respectivamente, en contraste con el resto del país. Sin embargo, es el sector público el que ofrece la mayor capacitación a la fuerza de trabajo en salud pública y no el privado. La existencia de cursos tiene mayor peso en el sector público, aunque mantiene la misma desigualdad de distribución en las regiones. Las estrategias de desarrollo de personal como el CADRHU y los demás cursos estratégicos (organizados e impartidos) representan acciones integrales.

La educación de pregrado y de postgrado son parte de las políticas de recursos humanos. Respecto a la educación de pregrado, esta refleja un incremento de escuelas y programas tanto en medicina como en enfermería, siendo esta última la de mayor crecimiento, en especial en las regiones sur, sureste y noreste. Los postgrados *stricto sensu* también muestran un aumento importante con énfasis en los niveles de maestrías académicas y doctorados, no así en maestrías profesionales en salud, de reciente impulso en el país.

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

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

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

Actualmente la propuesta de la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud es priorizar las estrategias que establecen nexos con la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO) y sus asociados; el refuerzo a la investigación y al postgrado *stricto sensu* con la introducción de las temáticas de interés del SUS; el restablecimiento de las

relaciones de cooperación entre gestores del SUS y la academia; y el combate a la fragmentación por los intereses mercantiles. Es decir, fortalecer una propuesta de apoyo institucional y planes específicos para los directores de la red de escuelas de gobierno en salud. Por último se plantea que deben construirse puentes para disminuir la distancia entre la academia y la gestión real del SUS. También es muy importante buscar las estrategias para disminuir las diferencias regionales en el país.

6.1.2. Canadá

Las estrategias de desarrollo de la FTSP indican que los sistemas de salud de Canadá y Brasil son similares en el sentido de que ambos son sistemas descentralizados.

La salud pública no siempre está ubicada como una de las bases claves del sistema de salud, aunque debería ser el medio de disminuir el número de usuarios que necesitan de los servicios del sistema formal de salud. Para lograr esto se requiere de los movimientos sociales. Se hace notar que la salud pública se percibe y asocia con mayor fuerza a las labores que ejecutan organizaciones como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), a pesar que salud pública no es solo eso, sino que trasciende ese quehacer especializado.

En la actualidad las crecientes inequidades y brechas socioeconómicas son también responsabilidad de la salud pública. El reto de cumplir con el logro de los ODM es básico y estratégico para que cualquier país deba ser capaz de alcanzarlos. Alianzas entre la salud pública y la atención primaria en salud deben de establecerse y fortalecerse para contribuir significativamente a esos objetivos.

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

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

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

6.1.3. México

En este país, el desarrollo de la FTSP está fuertemente relacionado con las políticas públicas de salud y las propias de los procesos de formación de recursos humanos en salud. Esto se ejemplifica con las políticas públicas recientes y los avances y dificultades del Seguro Popular, para lo que se creó un servicio paralelo en la propia Secretaría de Salud, cuyas estrategias de desarrollo del personal no están claras.

Respecto de la formación de profesionales en salud en pregrado y grado, se reconoce la fragmentación de la oferta, aunque esté regulada por la Secretaría. En cuanto a los

postgrados, están desapareciendo aquellos de bajo nivel de titulación dados los actuales requerimientos de certificación que se aplican en el país.

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

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

En síntesis, se estima importante contar con mayor evidencia sobre todas las acciones y estudiar mejor las situaciones en los países. Otras preguntas que quedan en el ambiente se refieren a la influencia de la FESP #8 sobre las demás FESP, o si esta función es de carácter terminal en la política de fortalecimiento de los recursos humanos en salud. La visión que se tenga de los recursos humanos debe hacerse desde el sector salud y no solo desde los que generan servicios de salud. Por otro lado sigue pendiente la definición política sobre la adecuada y justa distribución, organización y composición de la FTSP para el alcance de los ODM. ¿Cómo mejorar las actitudes y motivaciones desde la posición de los trabajadores de la salud? Además, ¿cómo podrán acercarse los países a una definición amplia y real de la FTSP?, ¿qué implicaciones tienen los determinantes sociales de la salud con más peso que el de la FTSP para el logro de los ODM? y ¿qué implicaciones para el desempeño de los trabajadores de la salud y para la formación y capacitación, tiene el cumplimiento de los ODM?

6.2. Rol de las Competencias: Experiencias Nacionales Seleccionadas

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

6.2.1. Estados Unidos

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

los avances científicos y de la tecnología médica, además de los cambios demográficos de la población.

La definición de las competencias de la FTSP se convierte en uno de los desafíos cruciales para mejorar el desempeño de las personas trabajadoras de salud pública y en esto se viene trabajando desde los comienzos del decenio de 1990. El Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias del país ha identificado recientemente ocho nuevas áreas de contenido de estas: *la cultural, de comunicación, de investigación-acción con base comunitaria, de salud global, de políticas de salud y legislación, ética, informática y una relacionada con el genoma humano*.

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

El enfoque de competencias instruccionales tiene además una variedad de usos, como en la actualización y revisión de la descripción de puestos de trabajo, en la capacitación en servicio o educación continua, en la auto-evaluación de los trabajadores y en la enseñanza de la salud pública y el desarrollo del currículo.

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

6.2.2. Canadá

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

Cronológicamente, los hechos y procesos recientes que han afectado la salud pública en este país son, en 1999 el "*Informe del auditor general*" y en el 2000 el "Informe *Walkerton E*", en relación con la enfermedad del cólera, que pone en evidencia los serios problemas de la administración de la salud pública. En el 2001, el informe sobre la cuestionada capacidad de la salud pública y en el 2002, uno de los informes más trascendentales en la historia de la salud pública de Canadá, conocido como "*Romanow report*", en el que se analiza la situación real de la salud pública y se destaca el énfasis y el incremento que esta debería tener en el mejoramiento de la salud de las personas y las poblaciones. Se incluye, también, la crítica situación del derecho a la salud y de la sostenibilidad del sistema. Estos análisis permiten colocar a la salud como eje del desarrollo social canadiense. Por otra parte, en el año 2002 se tiene el *informe del Senado* que pone el énfasis en la reforma del sector salud y, finalmente, el impacto y las lecciones aprendidas, especialmente por la epidemia del "SARS" y la enfermedad del virus del Nilo Occidental.

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

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

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

Muy especialmente se destacan los contenidos filosófico y político, objetivos y acciones sustantivas de salud de la *"Estrategia Pancanadiense de Recursos Humanos en Salud"*, en cuyos lineamientos se encuentra la planificación de recursos humanos para asegurar el acceso adecuado de la población a los servicios de salud, la educación interprofesional para el logro de una práctica centrada en la colaboración del cliente, el aprendizaje para promover las actitudes de colaboración entre los proveedores de la salud y, por último, el reclutamiento y retención de los recursos humanos para fomentar que más trabajadores se interesen por el área de los cuidados de la salud y crear mejores condiciones para retenerlos.

En Canadá, en todos los niveles de gobierno existen los mandatos de dos Comités Consejeros que buscan articular las iniciativas de salud pública. Uno, es el Comité Consejero de Recursos Humanos que se encarga de planear, organizar y brindar servicios de salud, incluyendo los temas de recursos humanos y, el otro, es el Comité Consejero en Salud de las Poblaciones y Salud Ocupacional que establece los consensos y colaboraciones de la población sobre esos temas de importancia nacional. En la planificación existen dos marcos de referencia en marcha que orientan el quehacer, el Plan Canadiense para la Planificación de los Recursos Humanos y el denominado "Construyendo la Fuerza de Trabajo en Salud Pública para el Siglo XXI". En este sentido, se considera en la definición operacional de la FTSP que las funciones de su campo de trabajo son*: la caracterización de la salud de la población, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, lesiones y daños, la protección de la salud y la vigilancia en salud.*

Por otro lado se describe la misión y visión de la Agencia Canadiense de Salud Pública, ubicada en Ottawa y Winnipeg, con sus seis oficinas regionales, la que, fundamentalmente, trata de proveer a nivel federal liderazgos en salud pública y la colaboración en y entre jurisdicciones. Asimismo impulsa y promueve la salud pública nacional e internacional.

Para ello, tiene estrategias prioritarias definidas para el 2005-2006, que contienen, entre los cuatro programas importantes, el desarrollo de la fuerza de trabajo.

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

Las metas de esta Agencia, en resumen, se orientan a conseguir el aumento de las capacidades en todas las jurisdicciones, el desarrollo de la fuerza de trabajo interprofesional y el cumplimiento de las FESP, asi como el incremento de los modelos de servicios centrados en el cliente y un mayor compromiso en todas las jurisdicciones para mejorar el reclutamiento y retención de los proveedores de la salud procurando su estabilidad y un ambiente sano de trabajo, lo que, a su vez, constituye las fuentes de desafío.

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

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

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

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

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

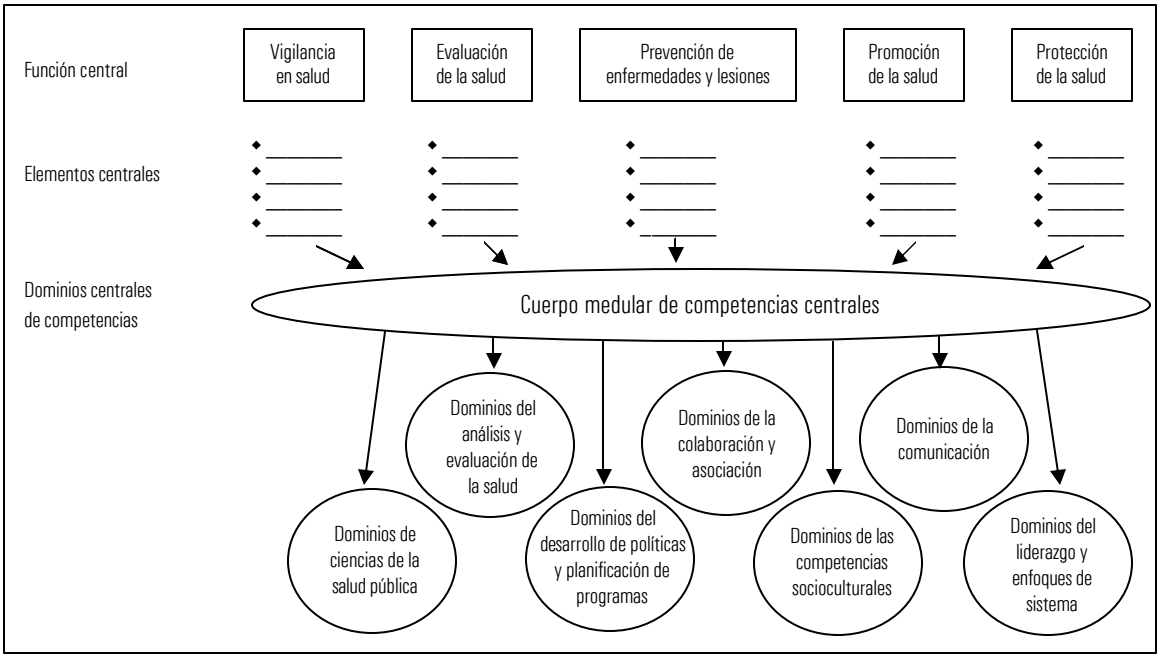
Función esencial: promoción de la salud

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

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

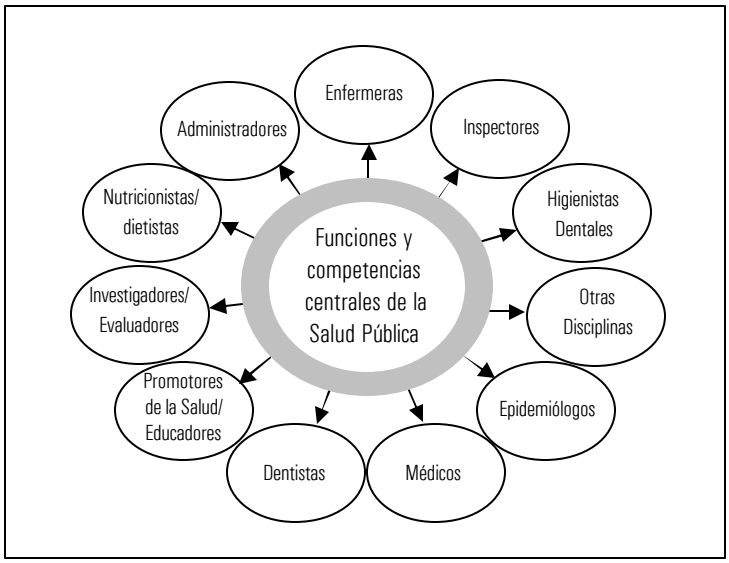
El proceso de construcción participativa en la definición de las *competencias centrales* se origina en la identificación de las siguientes funciones esenciales de la salud pública: vigilancia de la salud, análisis de la salud poblacional, prevención de enfermedades y lesiones, promoción de la salud y protección de la salud. Estas se desagregan en los elementos esenciales (desglose de cada función) y de éstas se derivan los siete *dominios*

que constituyen el cuerpo medular de competencias centrales y que son: ciencias de la salud pública, análisis y evaluación de la salud, desarrollo de políticas y planificación de programas, colaboración y asociación, competencias socioculturales, comunicación, liderazgo y enfoques de sistemas. El siguiente diagrama ilustra el proceso.



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

Disciplinas de la Salud Pública: ¿Quién es un profesional de la salud pública?



Por último se reconoce y enfatiza que el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública implica la definición de políticas públicas y de estrategias y, muy especialmente, de la

identificación del conjunto de competencias centrales para facilitar el fortalecimiento de las capacidades necesarias para incidir en mejores desempeños de la FTSP en el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública y, al mismo tiempo, impulsar el logro de los ODM.

6.2.3. Costa Rica

La Escuela de Salud Pública contribuye al desarrollo de los recursos humanos en salud pública con el diseño, organización e implementación de capacitaciones en servicio para los profesionales y técnicos del primer nivel de atención del sistema de salud en todo el país. Se cuenta con tres importantes cursos con base en materiales didácticos diseñados como un conjunto de módulos en las áreas de gestión local de la salud y en atención integral de la salud. Estas capacitaciones se diseñan desde la academia con base en la definición de competencias laborales pertinentes a esos campos del quehacer, y en procesos participativos con los profesionales, jefaturas del servicio, y los docentes que facilitan la capacitación. Estos proyectos de educación continua tienen éxito por ser pertinentes al desarrollo de las capacidades que requiere el modelo de atención en el primer nivel de atención de la salud. La experiencia lleva más de 8 años de ejecución y se desarrolla con el patrocinio y en coordinación con el Centro de Desarrollo Estratégico en Investigación en Salud, CENDEISS, de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Otra experiencia la constituye el actual proceso de revisión curricular del Programa de Postgrado en Salud Pública, el que se ha realizado con base en la definición de competencias básicas y especiales para el tronco común. En esta experiencia se conceptualiza a las competencias como el *saber hacer, saber ser y saber sentir* de los profesionales especializados en salud pública. Desde la academia, este ha sido un proceso participativo con profesores, estudiantes y profesionales de la salud pública. Se han identificado cinco competencias básicas cuyos elementos son los valores y actitudes como ejes transversales para todo el curriculum de la formación (orientación crítica y creativa, trabajo en equipo, orientación al compromiso social y ético, capacidad de ejercer liderazgo, y enfoque comunicacional) y siete competencias específicas que dan cuenta de las capacidades por desarrollar a fin de fortalecer los conocimientos y prácticas del campo de la salud pública (desarrollo, gestión y evaluación de planes, programas y proyectos; formulación, implementación y evaluación de políticas; administración y evaluación de planes y programas; movilización, identificación de recursos existentes y potenciales; desarrollo de capacidades críticas de monitoreo y gestión del cumplimiento de las FESP; utilización de información actualizada y pertinente; e investigación de problemas relevantes y prioritarios de salud y sus determinantes). La experiencia de trabajar académicamente con este enfoque ha sido muy enriquecedora para los docentes pues resulta compleja para la gestión académica al implicar cambios en las prácticas de los docentes y en los procesos de enseñanza-aprendizaje de tipo pedagógico y metodológico, y por la integralidad e incorporación de abordajes interdisciplinarios a que obliga el rol de las competencias en el diseño curricular.

6.2.4. Cuba

La experiencia ha demostrado en este país, que es a partir de la definición de las competencias de la salud pública que se desarrolla la FTSP. Estas son el eje del pregrado y el postgrado para que los recursos humanos puedan enfrentar y solventar las necesidades de los trabajadores para cumplir con el buen desempeño de las FESP ante los profundos cambios que se experimentan y la incorporación de nuevas estrategias en el campo de la salud para el siglo XXI. También se utilizan otros enfoques en el desarrollo del personal, centrados en la transformación del conocimiento en acción mediante el estudio-trabajo. La experiencia mayor, se reitera, es que en cada plan de estudio de la salud pública cubana se

tiene como premisa que lo aprendido debe ser relevante, que las personas y los equipos de trabajo tengan capacidad de aplicar los conocimientos a la realidad, así como avanzar hacia una medicina de excelencia. Se reitera que la voluntad política gubernamental es necesaria para alcanzar los ODM y no solo las capacidades de la FTSP.

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

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

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

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

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

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

7.1. Perspectivas Nacionales Seleccionadas

7.1.1. Jamaica

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

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

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

7.1.2. Estados Unidos

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

En general, la enseñanza cuenta con programas en salud internacional y en liderazgo poblacional. En la Universidad de Washington, a manera de ejemplo, tales programas tienen su base en el Departamento de Salud Global, donde profesionales de nivel medio estudian por 1 a 2 años. También existen programas dedicados a fomentar que los estudiantes trabajen con poblaciones subservidas (rurales y migrantes, las que tienen problemas de drogadicción y con las de indigentes). Con ello se promueve la sensibilidad hacia lo social y una cultura de compañerismo. Esto es importante en términos de prioridad, pues es necesario desarrollar destrezas como estas y otras que se adquieren con

el trabajo en la comunidad (como es educar a la población, organizar acciones, dirigir reuniones, e identificar recursos). Estas facilitan el incremento del liderazgo en las comunidades y ejercen influencia positiva en los políticos. En sus programas y currícula, el aprendizaje está centrado en la resolución de problemas y esto es parte de las políticas y de la evaluación.

Respecto de la investigación, se busca que los miembros de la facultad no solo investiguen sino que estas investigaciones sean operacionales y relevantes. Se precisa que escriban sobre las brechas emergentes y los problemas sociales de la salud y, también, que exista preocupación por la ética. Además, que desarrollen habilidades en la redacción de cartas al editor, que preparen literatura popular sobre la salud que sirvan de buenas bases para la promoción de una salud centrada en la práctica y no solo en la investigación. Los criterios de promoción docente se han expandido más alla de la simple llegada de los profesionales a las comunidades.

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

7.1.3. Chile

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

Un importante problema de la realidad actual es la distribución y cantidad del personal médico, que en su mayoría se ubica en el sector privado. Por lo general, estos profesionales utilizan los servicios públicos de APS para obtener experiencia y a los dos años se van a sus oficinas privadas.

Se considera que hay que plantearse las preguntas ¿porqué planear?, ¿será que el mercado debe encargarse de distribuir los recursos humanos?

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

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

7.2. Perspectiva de los Organismos Internacionales

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

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

Muchos países cuentan con sociedades de salud pública, lo cual es una fortaleza. La actual presidencia de la WFPHA desea crear una red de sociedades (tema tratado en Mazatlán en el 2004).

En sus reuniones de Brighton y Ginebra (2004) fueron aprobadas declaraciones que remiten a la importancia estratégica de la FTSP y de los recursos humanos de la salud y a promover el alcance de los ODM. Actualmente Costa Rica sirve de enlace de la WFPHA en la Región.

Hay que plantearse a manera de reflexión cómo colaborar articuladamente las universidades, sociedades y ministerios, con el apoyo de OPS. Una estrategia posible de trabajo conjunto es la ya anunciada "Joint Learning Initiative", que se denomina "Recursos Humanos en Salud: superemos la Crisis"; además de la elaboración de una publicación, resúmenes de libros y un sitio Web.

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

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

A veinticinco años de su creación, ALAESP cuenta en la actualidad con una membresía de 65 instituciones de Latinoamérica y el Caribe. Sus estatutos fueron reformados en el 2003 y sus relaciones oficiales de trabajo conjunto con la OPS —que mantiene desde 1985— fueron renovados por cuatro años más durante la reunión del Consejo Ejecutivo de OPS en la ciudad de Buenos Aires (2005). Ante la fuerza y potencial de esta organización, se alza el desafío de cómo generar alianzas entre las escuelas de salud pública más desarrolladas con otras instituciones nacionales e internacionales de afinidades geográficas y culturales. La Conferencia de ALAESP también se realizará en agosto de 2006 en Rio de Janeiro, previo al XI Congreso de la WFPHA.

La ALAESP hace un esfuerzo serio de carácter participativo para trabajar en el desarrollo de la FTSP. Para ello se juntan asociaciones con instituciones de educación, a pesar de que hay pocos recursos para estos trabajos pues implican costos y muchas veces no se cuenta con financiamiento. Una gran variedad de programas de postgrado avanzan significativamente en esta área.

Otra estrategia que abona es la iniciativa Lancet, la que acordó la creación de un foro de investigación en salud, "Action Learning Network" con énfasis en los países en vías de desarrollo. En noviembre 2005 habrá una reunión para coordinar los esfuerzos para el desarrollo de los recursos humanos.

7.2.3. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Desde la óptica de la OPS, fundada en 1902, con anterioridad a la OMS (1948), los ODM tienen un gran significado para sus líneas de cooperación en la Región de las Américas, dado que persiste la situación de exclusión social en salud y en ambiente.

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

Se destacan algunas estrategias que la OPS desarrolla con otros actores, como es el tema de la capacitación virtual como forma moderna (en sustitución o complemento) del aprendizaje en salud. Al respecto cabe mencionar el ejemplo de un hospital en El Salvador que se capacita en gestión hospitalaria con enfoque tutorial y participativo, a través de los medios tecnológicos. De igual forma, en México se inician actividades con enfoque a la producción de cursos en red de tipo virtual.

Se debe de reflexionar sobre los aspectos de gestión de los recursos humanos en los que la distribución y retención de la FTSP y la motivación continúan como problemas importantes. Asimismo sobre la necesidad de mayor articulación entre la educación y la práctica de la salud pública —línea de trabajo en que se destaca la existencia de una plataforma regional para el

desarrollo de la FTSP. Otra estrategia que da frutos significativos es el Programa de Formación en Salud Internacional, liderado por OPS desde hace veinte años. En la actualidad se revisa su diseño con miras a su fortalecimiento.

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

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

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

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

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

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

8.1. Perspectiva Política

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

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

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

8.2. Elementos Técnicos del Plan de Acción

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

8.2.1. Funciones Esenciales de Salud Pública

En general se comparten las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública propuestas por la OPS. No obstante, se requiere considerar otras funciones en calidad de esenciales para ampliar el espectro de estas, en especial hacia el trabajo político de la salud y la respuesta a los ODM.

8.2.2. Definición de Competencias Centrales de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública

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

Grupo de elementos ideológicos

Se establece que el eje de género es transversal a todas las competencias. Las competencias culturales y los determinantes sociales de la salud permiten proveer de salud a los grupos vulnerables y tener un constante compromiso con el derecho a la salud, paradigma de la salud pública compartido con la promoción de la salud como esencia para el trabajo.

Grupo de elementos técnicos

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

Grupo de elementos políticos

Corresponden a la capacidad de negociación entre lo público y lo privado; al reconocimiento de las desigualdades e inequidades y las propuestas de estrategias de intervención; el desarrollo de la cooperación internacional relacionada con la salud; el manejo del marco de regulación normativo en salud, persiguiendo sus transgresiones y violaciones; la implementación del enfoque político, intersectorial y establecimiento de redes y alianzas estratégicas; el facilitamiento de la construcción de la ciudadanía en salud con enfoque de género y respeto a la diversidad intercultural.

8.3. Metodologías e Instrumentos

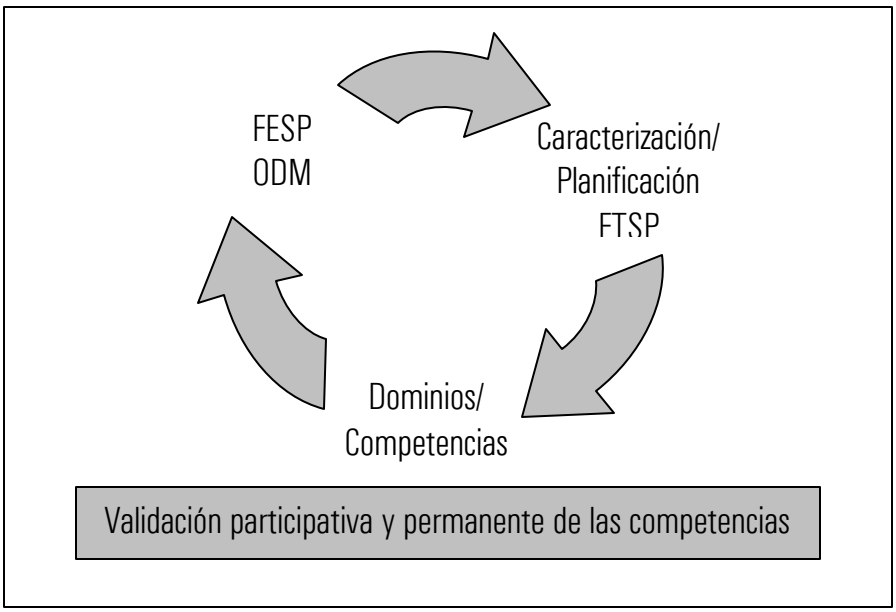
En esta etapa de la construcción de metodologías y la definición de instrumentos, se propone una ruta crítica para orientar los pasos por seguir. Se parte del concepto y del papel de la salud pública para cada contexto social con la inclusión de sus respectivas funciones esenciales de salud pública y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

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

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

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

Concepto y Rol de la Salud Pública



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

9. CONSIDERACIONES FINALES

9.1. La Salud Pública y la Fuerza de Trabajo en Salud Pública

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

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

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

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

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

Por otro lado, es clara la importancia de los planteamientos de las situaciones, problemas y desafíos que deben considerarse para crear condiciones positivas para incrementar las capacidades en la FTSP. También, el señalamiento de temáticas críticas por abordar para que se renueven y desarrollen nuevas capacidades en las mismas instituciones y servicios de salud lo que provocará y facilitará nuevas acciones y directrices en el crecimiento de la calidad de la FTSP.

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

Además de lo anteriormente mencionado, se consideran el fomento de la capacidad de investigación en salud, con énfasis en la problemática de desigualdad como elemento de trabajo cotidiano y no solo como actividad académica; las capacidades para establecer relaciones con la comunidad y sus problemas sociales y de salud; la concepción interdisciplinaria en la explicación de

los problemas de salud; el trabajo en equipo y la integralidad en las intervenciones; y la capacidad de incentivar y vigilar la regulación de las prácticas de salud publica.

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

La lucha por la existencia de un sistema de protección social de la salud y la garantía del aseguramiento de la población y el derecho a la salud, son otros elementos medulares que, en conjunto con los colocados antes, deben sentar las bases para el diseño de programas de capacitación desde los servicios, con el fin de fortalecer la educación continua como un derecho de la FTSP para garantizar los buenos y apropiados desempeños.

En síntesis, se contempla que uno de los problemas de América Latina es la deficiente distribución de sus recursos humanos, aunada a los problemas de formación tradicional. Además que la seguridad social continúa basándose en un modelo medicalizado, y la formación de recursos humanos en salud se ajusta a ese modelo. Por lo tanto, se necesita de una nueva lista de competencias incorporadas a los procesos de formación de recursos humanos en salud para desarrollar nuevos desempeños como liderazgo, comunicación, participación y compromiso social, en aras de colaborar en forma protagónica en el cumplimiento de los ODM. Además, sin duda 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 en la actualidad redefinir la conceptualización de la salud pública en términos más dinámicos y activos.

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

9.2. Instituciones Formadoras y Competencias Centrales de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública

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

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

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

9.3. Las Instituciones Formadoras y los Desafíos para Enfrentar los Objetivos de Desarrollo del Milenio

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

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

La formación de recursos humanos implica un cambio de modelo que favorezca la autonomía, en tanto implica también el reconocimiento de mayores deberes y derechos.

Todo lo anterior resume los desafíos para las escuelas y les exige una visión hacia la interinstitucionalidad, la intersectorialidad y el enfoque interdisciplinario. Se requiere además, un

mayor vínculo entre las acciones y prácticas del campo de la salud pública y la actividad de la educación en el referido campo.

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

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

9.4. Las Políticas Públicas en Recursos Humanos y los Desafíos para el Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO

DECLARACIÓN SOBRE LA NECESIDAD URGENTE DE FORTALECER LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA EN APOYO A LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA Y A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

San José, Costa Rica
19 de agosto de 2005

Como resultado de la convocatoria efectuada por la OPS, la CPHA, la WFPHA y el apoyo de ALAESP y ACOSAP, en San José de Costa Rica (16-19 de agosto de 2005), representantes de secretarías y ministerios de salud, escuelas de salud pública y asociaciones o sociedades de salud pública de Brasil, Canadá, Cuba, Costa Rica, Jamaica, Chile, Estados Unidos de América y México decidieron unir esfuerzos en la *Formación y Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública,* como insumo esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la Región de las Américas.

Esta Declaración toma como base las reuniones preliminares de Brighton, Inglaterra (Abril 2004), de Ginebra (Mayo 2004) y Mazatlán, México (Noviembre 2004), co-auspiciadas por la WFPHA y la OPS, así como la Reunión Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Bangkok, Tailandia (Agosto 2005).

Considerando que:

1. En los últimos años se han presentado nuevos desafíos para la salud pública relacionados a la globalización, la amenaza de guerra y terrorismo, la creciente desigualdad en el acceso a los servicios de salud, el deterioro paulatino del medio ambiente, la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y la interacción compleja de los determinantes de la salud.
2. Al mismo tiempo la fuerza de trabajo en salud pública (FTSP) ha enfrentado nuevas dificultades para el reclutamiento, la formación, la retención y la distribución de los recursos humanos debido a la reestructuración de los servicios de salud, la inadecuada inversión en los aspectos de prevención, promoción y protección de la salud, la falta de valorización del personal de salud pública y la creciente migración de estos a otros países.
3. Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se necesita contar con una FTSP bien formada no solamente en los aspectos médico-científicos sino también en la comprensión de los factores económicos y políticos.
4. El alcance de los ODM también depende de una buena coordinación entre las instancias de formación, de uso, y de retención de los recursos humanos para la salud.
5. Las estrategias de la atención primaria necesitan ser recuperadas a la luz de las nuevas realidades, poniendo especial énfasis en la medicina social sin desmedro de lo técnico.
6. Se considera la unión entre la atención a la salud y la salud pública como parte fundamental del sistema de salud cuyo propósito es producir el bienestar social.
7. La FTSP de la Región de las Américas no tiene actualmente la capacidad de enfrentar estos nuevos desafíos ya que al mismo tiempo está atendiendo una creciente demanda de sus servicios tradicionales.

Por lo tanto acuerdan:

1. Desarrollar un trabajo compartido entre ministerios de salud, escuelas de salud pública y asociaciones de salud pública en la Región de las Américas para fortalecer la FTSP, en apoyo a los ODM.
2. Abogar a todos los niveles para una mayor atención a la necesidad de fortalecer la FTSP.
3. Definir e identificar con mayor precisión la FTSP en nuestros países, en términos cuantitativos y cualitativos.
4. Desarrollar las competencias profesionales claves de la FTSP y ligar estas con sus funciones esenciales.
5. Conocer y valorar las nuevas tecnologías en salud, su distribución y eficacia.
6. Establecer mecanismos de monitoreo del desarrollo de la FTSP.
7. Intercambiar las experiencias y planes nacionales sobre estos temas a nivel regional.
8. Socializar estos acuerdos en las instancias respectivas académicas, gubernamentales y asociativas.

Todo lo anterior debe de sustentarse en los siguientes principios aplicables:

I. La salud se considera un derecho humano fundamental.
II. La intervención de los Gobiernos en proveer servicios de salud debe ser una responsabilidad permanente y perfectible.
III. La atención de la salud debe ser de carácter universal.
IV. Los servicios de salud deben de proveerse con equidad, solidaridad y justicia social