Serie

HR

48

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA

SU CARACTERIZACIÓN Y DESARROLLO DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTNICA

GRUPO DE CONSULTA

LIMA, PERÚ, 30 DE MAYO AL 1 DE JUNIO DE 2006

Washington, D.C.
Diciembre de 2006

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
ÁREA DE FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD
Y UNIDAD DE GÉNERO, ETNIA Y SALUD
OFICINA DE LA SUBDIRECCIÓN

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

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

© 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 1

2. MARCO DE REFERENCIA 3

2.1. Elementos Conceptuales 3
2.2. Contexto Sociodemográfico 5

3. CARACTERIZACIÓN DE LA FTSP: APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTNICA 7

3.1. Composición 7
3.1.1. Discriminación, trabajo, empleo: las desigualdades étnico-raciales en la composición de la FTSP 7

4. DESARROLLO DE LA FTSP: APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTNICA Y ANTI-DISCRIMINATORIA 9

4.1. La educación/calificación de la FTSP 9
4.1.1. Redefiniendo competencias y habilidades esenciales para la FSTP desde la perspectiva étnica y anti-discriminatoria 10
4.2. Desempeño 12

5. CONSIDERACIONES FINALES 13

ANEXO 1 15

Caracterización de la FTSP. Propuesta de categorías y variables para el personal que actúa en el sistema desde una perspectiva étnica, de género y anti-discriminatoria 15
1. Contexto 15
2. Función y Calidad del Desempeño 17
3. Calidad del Resultado 17

ANEXO 2 19

Desarrollo de la FTSP. Propuesta de dimensiones y estrategias desde una perspectiva étnica, de género y anti-discriminatoria 19

AGRADECIMIENTOS

Se agradece las importantes contribuciones realizadas por los expertos de la Consulta:

Fernanda Lopes, (Universidade de São Paulo, Brasil), Gina Carrioni (Ministerio de la Protección Social, Colombia), Alcira Castillo (Universidad de Costa Rica), Myriam Conejo (FICI, Jambi-Huasi. Ecuador), Noé Alfaro (Universidad de Guadalajara, México), Víctor Cuba (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú), Neptalí Cueva Maza (Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Perú), Mónica Padilla (Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, Perú); Eduardo E. Zárate Cárdenas (Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú), Germán Perdomo Córdoba (Servicios de Salud, OPS/OMS, Perú), Santiago Saco Méndez (Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco, Perú), Gladys Zárate (Educación en Enfermería. OPS/OMS, Perú), Roberta Ryder (Centro Nacional para la Salud de los Migrantes, USA), Luis Ruiz (Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, USA), Cristina Torres (Unidad de Género, Etnia y Salud, OPS/OMS, USA).

Un especial agradecimiento a Fernanda Lopes, relatora del evento.

1. INTRODUCCIÓN

Al final de la década de 1990, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) dió origen a una iniciativa hemisférica con vistas a fortalecer las capacidades de la autoridad sanitaria en salud pública y a mejorar la práctica de la salud pública, con base en la definición y medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).

La medición del desempeño de las FESP realizada en 41 países y territorios de América Latina y el Caribe en 2001-2002, mostró que la función 8 (Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública) era la segunda deficiente entre las 11 FESP exploradas. Este hecho coincide con otras apreciaciones sobre lo que se ha dado en llamar en los países desarrollados, la crisis actual de los recursos humanos en salud. Entre estos últimos, se ha recomendado en diversos foros dar mayor atención en el futuro inmediato a la Fuerza de Trabajo en Salud Pública (FTSP), con el fin de fortalecer las FESP y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Con el objetivo de realizar un abordaje integral a la FTSP, la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y la OPS convocaron a expertos/as de la Región (San José, Costa Rica, agosto 16-18 de 2005) para identificar los elementos fundamentales de una propuesta de caracterización y desarrollo de la FTSP[1]. En esta ocasión se reconoció la necesidad de incorporar la perspectiva de socio-determinantes fundamentales de la salud como género y etnia que inciden en la caracterización y desarrollo de la FTSP. En este sentido, las Unidades de Recursos Humanos para la Salud y de Género, Etnia y Salud de la OPS, decidieron abordar conjuntamente la relación de estos determinantes sociales con la FTSP y los mecanismos para lograr un desarrollo que responda a las necesidades específicas de los distintos grupos poblacionales así como una composición con equidad étnica y de género.

Este abordaje se concretizó en la organización conjunta de dos consultas sobre estos aspectos, una con expertos en género (San José, Costa Rica, 11-13 octubre 2005)[2] y la presente con expertos en etnia y salud (Lima, Perú, 30 mayo-1 junio, 2006).

El objetivo general de la presente consulta sobre caracterización y desarrollo de la FTSP desde la perspectiva étnico-racial fue contribuir a la mejoría de la caracterización y desempeño de la FTSP, identificando y actualizando sus competencias críticas para hacer frente a los nuevos desafíos planteados por la búsqueda de una mayor equidad en salud.

Sus objetivos específicos fueron:

- aumentar la validez de los elementos generales de la caracterización de la FTSP desde la perspectiva étnica y anti-discriminatoria;
- identificar algunas capacidades críticas a desarrollar en la FTSP a fin de adecuarse mejor a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres miembros de los diferentes grupos étnicos, sobretodo de aquellos históricamente discriminados.

En materia de resultados, se esperaba lograr lo siguiente:

- Aspectos metodológicos e indicadores o variables por considerar desde la perspectiva étnico/racial en la caracterización general de la FTSP.
- Aspectos técnicos y estratégicos por considerar en el desarrollo de la FTSP desde la perspectiva étnico/racial, en particular de la calidad de su desempeño.

---

1 Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la capacidad de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública en apoyo a las Funciones Esenciales de Salud Pública y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. San José, Costa Rica, agosto 16-18, 2005. Consulta a Expertos.

2 Organización Panamericana de la Salud. Fuerza de Trabajo en Salud Pública. Su caracterización y desarrollo desde una perspectiva de género. San José, Costa Rica, 11-13 de octubre 2005. Grupo de Consulta.

Es importante destacar que los objetivos de la consulta y sus resultados esperados han sido delineados en consonancia con las recomendaciones y el plan de acción de la Tercera Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia[3].

Participaron de esta consulta técnica personas expertas en etnia y salud y en la fuerza de trabajo en salud pública, representando diversas instituciones y sectores. Con base en sus aportes se lograron definir los principales lineamientos para la caracterización y el desarrollo de la FTSP desde una perspectiva étnica y anti-discriminatoria que se sintetizan a continuación.

[3] ONU. Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, organizada por las Naciones Unidas y celebrada en Durban, Sudáfrica, en 2001.

2. MARCO DE REFERENCIA

Como mencionado anteriormente, la medición del desempeño de las FESP realizada por la OPS en 2001-2002, mostró que la función de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública era la segunda más bajamente calificada, coincidiendo esto con otras apreciaciones sobre la situación actual de los recursos humanos en salud, cuyas causas y magnitud del problema en la Región de las Américas, se reflejan en el déficit de ciertas categorías de personal, en su distribución inequitativa al interior de los países, en la planificación de dichos recursos, en la gestión de estos en las instituciones y en la formación descontextualizada y centrada en la técnica.

Para fortalecer las FESP y contribuir al alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hay que dar mayor atención a la FTSP. A este fin, se tienen que promover alianzas para el trabajo conjunto entre los diferentes actores (la OPS/OMS, asociaciones y escuelas de salud pública, los organismos gubernamentales, no gubernamentales y otros), hay que desarrollar acuerdos y establecer objetivos abarcadores e integrales para avanzar con mejor orientación hacia el desafío mayor.

El desarrollo de la FTSP es una agenda en construcción. Aprovechar la ventana de oportunidad definida por la Declaración del Decenio que se inicia en 2006 como la Década de los Recursos Humanos en Salud, resulta estratégico y retador para todas las organizaciones involucradas en salud. Si los recursos humanos para la salud son considerados bienes públicos, es esencial que haya mayor atención a los factores que influencian su productividad y capacidad de respuesta para con los usuarios de los servicios; es preciso invertir para que su actuación también sea compatible con los requerimientos específicos de eventos de salud, programas categóricos, subgrupos de la población y determinantes sociales relevantes.

2.1. Elementos Conceptuales

La salud pública es un esfuerzo organizado de la sociedad, primariamente a través de sus instituciones públicas, para promover, proteger, restaurar y mejorar la salud de la población a través de una acción colectiva.

En este proceso, Cuerpos Directivos de la OPS definieron las Funciones Esenciales de Salud Pública como "el conjunto de acciones que deberían ser realizadas específicamente para alcanzar el objetivo central de la salud pública: mejorar la salud de las poblaciones. Esencial es entendido como lo fundamental y aún indispensable para alcanzar los objetivos de la salud pública y para definirla" [4]. Las once FESP son: 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación de los ciudadanos en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; 10. Investigación en salud pública; 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud pública.

Por su parte, la Fuerza de Trabajo en Salud Pública "...consiste de todas aquellas personas trabajadoras de salud responsables por contribuir —directa o indirectamente— al desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, independientemente de su profesión y de la institución donde ellos realmente trabajan" (OPS, 2002). Desde la perspectiva étnica, la FTSP consiste en los profesionales de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, técnicos y auxiliares de las ciencias de la salud, agentes de promoción de la salud

4 Pan American Health Organization. Public Health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action. Scientific and Technical Publication No. 589. Washington, D.C.: PAHO, 2002.

(pertenecen al sistema), agentes tradicionales de la salud (que actúan en el nivel comunitario)[5], otros profesionales o técnicos[6].

La especie humana es indivisible y la diversidad fenotípica no implica diferencias biológicas o genéticas que justifiquen la clasificación de los individuos en razas[7], esto permite la toma de conciencia de que las diferencias entre los individuos son del orden socio-histórico, ideológico y cultural y que estos factores constituyen estratificadores que generan —a través de mecanismos de exclusión y barreras de acceso— la pobreza, las inequidades sociales en general y de salud.

Las condiciones sociales, dentro de las cuales la vida de las personas tiene lugar, son determinadas sobretodo por el nivel de ingreso/rendimiento, el nivel educativo —características utilizadas generalmente para definir la clase social de las personas— la etnia y la cultura.

Es así que la Comisión de Determinantes Sociales de OMS, adopta como *determinantes estructurales en salud* aquellos que generan estratificación social, incluyendo, dentro de estos, factores tradicionales como el ingreso y la educación y otros menos tradicionales tales como género, grupo étnico, grupo etáreo y orientación sexual.

Siguiendo la definición adoptada por la Organización Internacional del Trabajo, (Convención 169), se consideran pueblos indígenas o tribales: a) los pueblos que en países independientes presentan condiciones sociales, culturales y económicas que los distingan de otros sectores de la colectividad nacional y estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres, tradiciones o por una legislación especial, y b) los pueblos de países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista, de la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas.[8]

Para poder completar este enfoque es necesario clarificar los mecanismos por los cuales las identidades étnicas y culturales funcionan como estratificadores del acceso a los recursos productivos y no-productivos, de las relaciones sociales (formales e informales), de las condiciones sociales y de salud, del acceso a los servicios, sus actividades y beneficios y a la atención humanizada y de calidad.

Primero cabe recordar que la *identidad* es un sentimiento de pertenencia de un individuo a un grupo a través del reconocimiento de características comunes que pueden ser religiosas, culturales, rasgos de fenotipo, ancestros comunes, una historia y cosmovisión compartida o trayectorias semejantes. Las identidades más conocidas son las de género, origen étnico, origen nacional, cultura, orientación sexual y nivel socio económico.

Cuando se han consultado los diferentes grupos humanos en relación a sus identidades, se percibe que algunos grupos disponen de legados culturales muy estructurados que incluyen la lengua, el territorio, las tradiciones, las autoridades, normas, símbolos, creencias y conjunto de valores y otros.

En la Región encontramos en este grupo a los pueblos indígenas, algunos grupos afro-descendientes que conservan su lengua original, los pueblos rom o gitanos, los descendientes hindúes en el Caribe de habla inglesa, los de origen asiático en varios países como Brasil, Perú, o EEUU.

Otros individuos se identifican con un grupo humano a partir de la identificación de descendencia de un tronco común. En este caso la construcción de conciencia colectiva se produce a partir de diferentes elementos culturales así como elementos de fenotipo, por ejemplo la ascendencia africana (afro-

[5] Parteras, comadronas, chamanes y paes de santos, que manejan los saberes tradicionales y ancestrales, la herbolaria y otras formas de curar propias de la medicina tradicional.

[6] Incluso agentes que toman decisiones políticas.

[7] Según la definición adoptada por el Sistema de Naciones Unidas "la especie humana es una sola". La raza es un concepto sociológico que es usado por algunos grupos humanos para identificar su propia etnia, como es el ejemplo de los descendientes de africanos que habitan en las Américas.

[8] OIT Convención No. 169 Sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989).

descendencia). También encontramos individuos que se identifican con uso de un idioma y lugar de nacimiento y la condición de inmigrante[9].

En síntesis, las identidades étnico/culturales permiten identificar diferentes grupos independiente de su peso demográfico que comparten circunstancias de vida especiales enfrentando barreras al acceso a los beneficios de las acciones del Estado (políticas sociales), derivadas de mecanismos discriminatorios directos o indirectos que se dan en el nivel de las instituciones (en su organización, en sus políticas y programas) y en el nivel de las relaciones inter-personales. Estos mecanismos persisten en sociedades que aun no han alcanzado el efectivo respeto a las diferencias, ni el reconocimiento de la diversidad como un elemento constitutivo de las democracias.

Según la OIT[10] la discriminación institucional también puede ser directa o indirecta.

- la discriminación institucional directa es caracterizada por acciones prescritas en el nivel organizacional o de la comunidad con impacto diferencial y negativo intencional en miembros de grupos subordinados o no-hegemónicos.
- La discriminación institucional indirecta ocurre cuando las normas, procedimientos o prácticas de una organización o institución no excluyen o favorecen explícitamente a miembros de grupos hegemónicos pero que acaban favoreciendo o penalizando un determinado colectivo. En este caso pueden distinguirse dos variantes:
  - La discriminación con efecto colateral que ocurre cuando las prácticas discriminatorias intencionadas o no, directas o indirectas, aplicadas en una esfera generan desventajas, desigualdades y discriminaciones en otra.
  - La discriminación actual que deriva del pasado, que se refiere a prácticas aparentemente neutras en el presente pero que reflejan o perpetúan el efecto de la discriminación intencional practicada en el pasado en la misma área organizacional o institucional.

Como se ha descrito antes, en la mayoría de los países, cuando encontramos los datos sociales y de salud desagregados, hay evidencias comprobadas de que las poblaciones tienen acceso limitado a las redes de protección social, enfrentan dificultades de acceso a los recursos productivos y no-productivos, a los servicios, sus actividades y beneficios y presentan menor capacidad de protección frente a los problemas de salud o de su resolución.

En la región de las Américas, la desigualdad étnico-racial es uno de los principales estructurantes de la falta de acceso o del acceso desigual y limitado al trabajo, a la infraestructura y a los servicios sociales en las áreas de salud, educación, vivienda y saneamiento, o sea, la desigualdad étnico-racial es un fuerte determinante de la condición de pobreza y de la situación de exclusión social experimentada por hombres y mujeres durante el ciclo de la vida.

El sector salud, reflejo de estas sociedades, reproduce estas barreras y sesgos que se ponen de manifiesto en la composición, la calificación y el desempeño de la FTSP.

2.2. Contexto Sociodemográfico

La Región de las Américas presenta una realidad demográfica compleja desde su composición étnico/racial. Se estima que hay cerca de 400 pueblos indígenas —aproximadamente 42 millones de personas— que corresponden al 6% de la población americana y 10% de la población latinoamericana. De

[9] El origen nacional es un elemento aglutinador que permite la construcción de conciencia colectiva desde el poblamiento de la región - que permitió la creación de colectividades diversas (de italianos, irlandeses, catalanes, etc.) -, hasta las colectividades actuales de inmigrantes como los paraguayos, uruguayos y bolivianos en Argentina, los nicaragüenses en Costa Rica, o los hispanos en general en los EEUU, para solo mencionar algunos.

[10] Ver la bibliografía en la nota 10.

estos 80% viven en la América Central y en la región Andina. Cerca de 90% de la población indígena reside en Perú, Guatemala, Ecuador, México y Bolivia[11].

Los países de América Latina con una proporción de afro-descendientes superior al 45% de la población total son: los países del Caribe de habla inglesa, Brasil, Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela. Brasil, con un cálculo oficial de casi 75 millones, es el primer país en población afro-americana de la Región. Los Estados Unidos de América cuentan con 36 millones de afro-descendientes (12,9%). Estos dos últimos países cuentan con los conglomerados más numerosos de afro-descendientes fuera del Continente africano[12].

A pesar de la presencia demográfica marcada de los pueblos indígenas y afro-descendientes en la Región, solo ha sido muy recientemente que las estadísticas oficiales incorporaron la pregunta sobre origen étnico/racial en los formularios de recolección de información y se desarrollaron estudios sistemáticos que permitieron aproximarse a un diagnóstico de situación. Los resultados de dichos esfuerzos pusieron de relieve que en la mayoría de los países estos grupos gozan de peor situación socio-económica (índices de pobreza absoluta y relativa, tasas de ocupación, nivel educativo, rendimiento individual y familiar, entre otros)[13, 14]. Cuando se mide el nivel de salud por indicadores clásicos tales como mortalidad materna, infantil, esperanza de vida al nacer también se percibe que estos grupos están en situación de vulnerabilidad[15,16] indicando que estas poblaciones tienen acceso limitado a los recursos productivos y no-productivos, a las redes de protección social —los servicios, sus actividades y beneficios— y que presentan menor capacidad de protección frente a los problemas de salud o menor capacidad de resolución de los problemas.

11 Torres, C. Etnicidad y salud: otra perspectiva para alcanzar la equidad. OPS WDC, 2001.

12 Ver bibliografía en la nota 4.

13 Ferranti D, Perry GE, Ferreira FHG, Walton M, Coady D, Cunningham W, et al., (editors). Group based inequalities: the roles of race, ethnicity and gender. In: Advance Conference Edition of Inequality in Latin America and the Caribbean breaking with History? Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2003. p. 81-126.

14 Organização Internacional Do Trabalho. Manual de Capacitação e Informação sobre Gênero, Raça, Pobreza e Emprego: guia para o leitor. Modulo 1. Tendências, problemas e enfoques: um panorama geral. Brasília: OIT/Secretaria Internacional do Trabalho; 2005.

15 Banco Interamericano de Desarrollo. Equidad e Indicadores Sociales (EQxIS), estimativas basadas en las investigaciones nacionales de las viviendas. Disponible en www.iadb.org/xindicators

16 Brasil. Saúde Brasil 2005 – uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA FTSP: APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTNICA

3.1. COMPOSICIÓN

En la mayoría de los países de la Región no se tiene información oficial sobre la representatividad de hombres y mujeres miembros de los diferentes grupos étnicos en la FTSP. Entretanto, son muchas las evidencias empíricas de que los pueblos indígenas, afro-descendientes y otros grupos históricamente discriminados están sub-representados en la FTSP que actúa en las comunidades u organizaciones de la sociedad civil, como voluntarios o en cargos menos prestigiosos —con vínculo formal o informal— al mismo tiempo en que están sub-representados en los cargos de mayor prestigio y calificación profesional. Es importante destacar que al analizar el ciclo de vida socioeconómico de estas personas, se observa que el proceso de falta de oportunidades y discriminación tiene sus orígenes en momentos anteriores a la inserción de los mismos en el mercado laboral.

Es sabido que la oportunidad de acceso a educación formal y manutención en la escuela por algunos años, es más difícil para los miembros de estos grupos. En Brasil, por ejemplo, aunque los afro-descendientes corresponden a la mitad de la población total, en 2001 solamente 2,5% tenía algún grado académico.[17] Entre los graduados, la mayoría eran mujeres. En general, las carreras más comunes están relacionadas al magisterio y en el caso de las mujeres, también son comunes las carreras relacionadas al cuidado (enfermería, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional)[18]. Entre los graduados, las mujeres y hombres negros persisten siendo aquellos que buscan trabajo por mayores periodos, cuando comparados a los hombres y mujeres blancos y los de origen asiático.[19]

3.1.1. Discriminación, trabajo, empleo: las desigualdades étnico-raciales en la composición de la FTSP

Las desigualdades étnico-raciales en el mercado laboral son producto de varios factores o elementos fundamentales para su reproducción. En empresas, instituciones u organizaciones, los procesos de gestión de RH (reclutamiento, selección, promoción y dimisión, políticas o programas de formación y capacitación) no están exentos de formas más o menos directas de preconcepto y discriminación en perjuicio de los trabajadores afro-descendientes, indígenas e inmigrantes, hombres y mujeres.

Los estereotipos sociales y preconceptos definen lugares desiguales para los indígenas, afro-descendientes, inmigrantes y mujeres, aunque existen otros elementos de distinción entre las personas tales como competencia, experiencia o calificación.

La discriminación es el acto de tratar a las personas de forma diferenciada y menos favorable a partir de determinadas características personales tales como sexo, etnia, color de la piel, clase o condición social, nacionalidad, opiniones políticas, religión, orientación sexual, que no están relacionadas con los méritos o calificaciones necesarias para el ejercicio del trabajo o de la función.

La discriminación en el mercado laboral (al interior de las empresas, instituciones y organizaciones) involucra varios actores —jefes, subordinados, clientes, usuarios de los servicios—. Cada uno trae consigo preconceptos y estereotipos que reproducen las diferentes expresiones cotidianas del etnocentrismo, racismo, xenofobia y otras formas de intolerancia.

---

17 Organização Internacional Do Trabalho. Manual de Capacitação e Informação sobre Gênero, Raça, Pobreza e Emprego: guia para o leitor. Modulo 2. Questão racial, pobreza e emprego no Brasil: tendências, enfoques e políticas de promoção da igualdade. Brasília: OIT/Secretaria Internacional do Trabalho; 2005.

18 Ver nota 17.

19 Ver nota 17.

El acto discriminatorio no siempre es directamente motivado por el preconcepto. La discriminación perpetúa y legitima las asimetrías de las relaciones de poder. Aquellos que detentan el poder y tienen interés en mantener el status quo justifican las acciones y procedimientos discriminatorios como la única posibilidad "racional" para responder al interés del colectivo[20].

Desde una perspectiva étnica, las personas que componen la FTSP pueden estar en las instituciones formadoras como universidades, escuelas técnicas, ONG, instituciones del sistema de salud y de atención (servicios), en las agencias estatales o privadas y en las comunidades. Son profesionales de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, profesionales graduados (médicos, enfermeras, odontólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, biólogos, farmacéuticos, biomédicos, fisioterapeutas, nutricionistas), técnicos y auxiliares de las ciencias de la salud, agentes promotores de salud (pertenecientes al sistema), voluntarias comunitarias, líderes religiosos, parteras, comadronas, y otros agentes tradicionales (que actúan al nivel comunitario), agentes que toman decisiones políticas (representantes o no de estos grupos), otros profesionales y técnicos.

Para la caracterización de la FTSP desde la perspectiva étnica y anti-discriminatoria es necesario describir la participación de todos los trabajadores/as en la FSTP según su sexo, edad, situación migratoria, formación, local de trabajo, tipo de contratación, funciones desempeñadas, jornada, salario, condiciones de trabajo, oportunidades de formación y calificación profesional, ascenso en la carrera, salud ocupacional y laboral dentro de otros aspectos[21].

En el proceso de caracterización es importante que,

- la variable étnica adoptada siga los criterios de clasificación del país.[22]
- la antigüedad, función, sexo, edad y otros factores que caracterizan al trabajador sean considerados para evaluar si el/ella está siendo víctima de discriminación en la oferta de oportunidades.
- las diferentes prácticas sean descritas y valorizados los diferentes saberes de todos/as los que componen la FTSP.
- las preguntas adoptadas en la caracterización sean adecuadas a la realidad del país, de las instituciones y organizaciones (públicas o privadas), de las ONG, comunidad, y otros.

Sobre la oferta de oportunidades y la prestación de servicios, es importante considerar que las imágenes y las representaciones sociales negativas relativas a las mujeres en general y a los hombres y mujeres inmigrantes y otros miembros de los grupos étnicos discriminados, pueden manifestarse de manera sutil, mas sus efectos son reales y crueles. Más aun, en el interior de las instituciones, organizaciones o empresas siempre se puede encontrar alguna persona que verbalice el preconcepto; no es necesario responsabilizar directamente al agente dado que él representa un exponente del esquema. En la mayoría de los casos esta figura no es identificable (y no hay necesidad) porque son los resultados del proceso discriminatorio los que revelan las tendencias institucionales.

La traducción de las reflexiones que surgen de la perspectiva bajo análisis en categorías o dimensiones de la caracterización de la FTSP —y sus correspondientes indicadores y variables— se sistematizan en el Anexo 1.

[20] Ver la bibliografía en la nota 14.

[21] Es una sugerencia de los expertos que se consideren las variables presentadas por el grupo de expertos en género. Ver anexo 1.

[22] En Brasil, por ejemplo, se pregunta por el color de la piel y las categorías son : amarillo, blanco, negro, pardo, indígena. En Ecuador se prioriza los elementos étnicos como la lengua materna.

4. DESARROLLO DE LA FTSP: APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTNICA Y ANTI-DISCRIMINATORIA

Como se mencionó anteriormente, existen dos formatos de discriminación institucional (OIT):

- la discriminación directa —cuando las normas, leyes o las políticas excluyen o desfavorecen explícitamente a ciertas personas en función de sus características personales
- la discriminación indirecta —que se deriva de disposiciones y prácticas aparentemente imparciales pero que redundan en prejuicios y desventajas de un gran número de integrantes de determinados grupos.

La discriminación institucional que abarca todas las prácticas institucionales que distribuyen beneficios, oportunidades o recursos de forma desigual entre los distintos grupos, se da independientemente de que la persona explicite o no sus preconceptos o su intención de discriminar. Todas las políticas cuyos impactos tienen como consecuencia el crecimiento de la desigualdad étnica, aunque no haya intención, pueden ser clasificadas como práctica de discriminación institucional.

Concordantemente, el objetivo del desarrollo de la FTSP desde la perspectiva étnica y anti-discriminatoria es promover la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres de los diversos grupos étnicos, incluyendo los inmigrantes, así como contribuir a la reducción de las desigualdades injustificadas y evitables en salud[23] que, en la actualidad, afecta de manera sistemática a los grupos humanos que se diferencian por su cultura (sus valores, su religión, su forma de vida, su lengua, expresiones artísticas), sus ancestros, color de la piel, trayectoria o circunstancias históricas. En este sentido es esencial tener consciencia de que no hay posibilidad de valorizar las diferencias y la diversidad o promover la interculturalidad sin que se disminuyan los preconceptos o se revisen los estereotipos. Para reducir los preconceptos y revisar estereotipos son necesarias acciones educativas y persuasivas; entretanto para eliminar la discriminación hay que utilizar también dispositivos legales o entonces no se alterará el cuadro de desigualdades. La alteración de comportamientos discriminatorios se deriva de cambios culturales. Así, además de las sanciones, son necesarios incentivos inductores y estimuladores de los cambios y el establecimiento de políticas compensatorias o acciones afirmativas[24] para combatir los resultados de prácticas discriminatorias sistemáticas. Una de las estrategias para realizar esta tarea es la incorporación de competencias culturales en la capacidad de los recursos humanos en salud pública.

4.1. LA EDUCACIÓN/CALIFICACIÓN DE LA FTSP

La formación de los recursos humanos en salud pública (en instituciones académicas, técnicas y otras) debe tener como referencia básica y fundamental el marco teórico de los derechos humanos. En este marco

[23] *Las desigualdades en salud* reflejan las diferencias entre los individuos y los grupos, con independencia de cualquier valoración ética sobre esta situación, mientras que *inequidad en salud* se refiere al conjunto de desigualdades que se consideran injustas y evitables.

[24] *Acciones afirmativas* son el conjunto coherente de medidas temporales, promovidas por el Estado y por la sociedad, con carácter compulsorio, facultativo o voluntario, cuyo objetivo fundamental es enfrentar y revertir las desigualdades históricas vividas por determinados grupos sociales que no tuvieron las mismas oportunidades de acceso a los beneficios de las acciones públicas, cuando comparados a los grupos dominantes o hegemónicos. Las acciones afirmativas deben integrar un conjunto de políticas generales de promoción de equidad con vista a la igualdad de oportunidad de trabajar, prevenir problemas de salud o protegerse de sus consecuencias indeseables.

se debe transversalizar la perspectiva de la igualdad de género y de la equidad étnica sea en el plano institucional, organizacional, de gestión de servicios o el personal.

Las demandas propias del siglo XXI, los desafíos para enfrentar la globalización, el cumplimiento de los ODM, el fortalecimiento de las FESP, así como los avances científicos y tecnológicos y los cambios demográficos de la población, exigen personas trabajadoras con capacidad de tomar decisiones, enfrentarse a situaciones cambiantes, y procurar el respeto a los derechos de las personas, además del dominio de los aspectos técnicos de su función[25].

4.1.1. Redefiniendo competencias y habilidades esenciales para la FSTP desde la perspectiva étnica y anti-discriminatoria

Se ha sugerido[26] que las competencias para la educación de los profesionales en salud pública son de orden analítico, comunicacional, cultural y de monitoreo de la situación de salud, y que están relacionadas al desarrollo de políticas/ planificación de programas, al conocimiento y dominio de la legislación, a las ciencias de la salud pública, a la gestión de información, a la planificación, regulación y gestión financiera, a la prevención y control de enfermedades, promoción de la salud, participación social y "empoderamiento", a la oferta adecuada de servicio a poblaciones en situación de vulnerabilidad, a la promoción y protección de la salud ambiental, a la mejora de la calidad de los servicios de salud con garantía de la equidad, así como al desarrollo de recursos humanos.

Es fundamental adoptar una perspectiva étnica y de género cuando se diseñan los planes y programas para alcanzar los ODM[27], Ello constituye un reto para las Américas y en particular para la América Latina, donde la distribución de los ingresos es notoriamente desigual y en donde miembros de los grupos étnicos postergados e inmigrantes representan una gran parte de las poblaciones más pobres y en situación de mayor vulnerabilidad. Iniciativas actuales de salud pública han definido y desarrollado las competencias culturales necesarias, lo que constituye un marco analítico y operativo para apoyar la capacitación en recursos humanos en los temas étnicos y de género.

Consultas[28] a expertos señalan y apoyan nuevos dominios a ser considerados en la definición de las competencias. Estos dominios están relacionados con el desarrollo de las capacidades de la FTSP en aspectos culturales y, muy especialmente, en los relativos a género, etnia y generación. Solo así se podrá incidir en mejores desempeños para el cumplimiento de las FESP y el logro de los ODM. Para la presente Consulta, hay que fortalecer dos conjuntos de competencias, aquellas que los expertos/as denominaron básicas o generales, que sirven para todos los niveles de actuación y para la FTSP perteneciente o no perteneciente al sistema de salud, y las competencias específicas de acuerdo con el nivel de actuación (para la FSTP que pertenece al sistema). Ambos conjuntos están descritos en los cuadros que siguen (Cuadros 1 y 2) y su aplicación en el proceso de desarrollo y calificación del desempeño esta presentada en el Anexo 2.

---

25 Ver la nota 2.

26 Ruíz, L. De la realidad a las disciplinas: Estructuración de las respuestas educacionales con base en las competencias de las instituciones y de la fuerza de trabajo. En: "Educación en salud pública: Nuevas perspectivas para las Américas". Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: 2001. pp 134-159.

27 OPS.Trabajando para alcanzar la equidad étnica en salud: asegurando que los objetivos de desarrollo del milenio incluyan una perspectiva étnica. Relatoría final. Representación de la OPS, Brasilia, Brasil. 1-3 de diciembre de 2004. (Este Taller fue una iniciativa regional para América Latina y el Caribe).

28 Ver las notas 1 y 2.

Cuadro 1. Competencias básicas/generales para todos los niveles de actuación
(FTSP perteneciente o no perteneciente al sistema)

Competencias básicas (todos los niveles de actuación)
Liderazgo visionario y compromiso
Comunicación, incluso la escucha ampliada
Colaboración y trabajo en equipo
Formación de alianzas y construcción de la noción de responsabilidad compartida (co-responsabilidad), incluyendo los ciudadanos
Resolución de conflictos
Uso de la información en salud
Investigación, identificación de necesidades considerando los determinantes sociales y factores de riesgo y evaluación de las intervenciones correspondientes
Capacidad analítica, pensamiento crítico, proactividad
Capacidad de decisión
Creatividad, sensibilidad y humanización
Competencia cultural (incluso conocimiento de lenguas, respeto a las diferentes formas de concebir salud, cuidado y enfermedad, respeto y articulación con la medicina tradicional)
Valoración ética y conocimiento de las normatividades en salud
Capacidad de reconocer los límites garantizando referencia y contra-referencia para otros niveles, si se necesitara
Capacidad de transferir tecnología, diseminar conocimiento, información y lecciones aprendidas

Cuadro 2. Competencias específicas de acuerdo con el nivel de actuación de la FTSP perteneciente al sistema

Competencias especificas / niveles de actuación	
Gestión y gerencia	**Atención integral (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación)**
• Capacidad de gestión (incluso identificación de necesidades, definición de prioridades, recursos materiales, humanos y financieros) y gerencia • Nitidez de los resultados esperados. • Capacidad para el establecimiento de asociaciones intra e intersectoriales • Compromiso con la reducción de las disparidades y promoción de la equidad (definición de estándares de equidad, cambios de los procesos de trabajo, monitoreo y evaluación periódicos). • Compromiso con la formulación y ejecución de acciones afirmativas, mecanismos de discriminación positiva para la FTSP • Compromiso con la formulación y ejecución de acciones de identificación de las barreras de acceso y de las prácticas discriminatorias • Inversiones en la formación de profesionales y técnicos con énfasis en la no discriminación, sensibilidad y competencia cultural • Compromiso con la implementación de mecanismos y estrategias de no discriminación, combate y prevención del etnocentrismo, racismo, sexismo e intolerancias	• Capacidad para actuar en un ambiente plural e intercultural con respeto, adecuación, sensibilidad y profesionalismo • Capacidad para crear un ambiente donde se compartan saberes tradicionales y occidentales • Conocimiento sobre la historia, los aspectos y hábitos culturales que generan riesgos a la salud (destreza construida a partir del contacto con la comunidad y con los grupos étnicos) • Capacidad de transformar el acto de cuidar y educar para la salud en un acto de intercambio de valores, expectativas y compromisos • Capacidad para motivar al usuario y a su familia a participar del proceso preventivo, de tratamiento o rehabilitación (establecimiento de co-responsabilidades). • Uso de la lengua propia del grupo con el que trabaja

4.2. Desempeño

Los expertos/as en etnia y salud consultados coincidieron en que el desarrollo de las personas trabajadoras de la salud, requiere de adecuadas condiciones de trabajo, de incentivos y estímulos para su desempeño, de los conocimientos y destrezas adecuados para actuar con calidad y buenas prácticas y así lograr los objetivos de su labor y contribuir al mejoramiento de la atención de la salud[29].

Definir nuevas competencias para el mejor desempeño de la FTSP sin duda ayuda a detectar las necesidades sentidas por la gente para desarrollar mejor su trabajo, así como a definir incentivos que estimulen las buenas prácticas, especialmente, cuando se pretende tornar efectivo el abordaje de derechos humanos, así como incluir nuevas perspectivas en este abordaje.

[29] Ver la referencia en la nota 3.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Para la inclusión de una perspectiva étnica y anti-discriminatoria en el desarrollo de la FTSP, los principales desafíos que se colocan para el sector salud son:

- la adopción en los procesos de formación y educación para la salud de una perspectiva efectivamente basada en los derechos de las personas[30];
- conocimiento y respeto de todas las personas que componen la FTSP acerca de los aspectos fundamentales de la cultura de cada uno de bs grupos humanos que conforman el país o la localidad donde el servicio de salud está instalado;
- contribuciones para que la FTSP reconozca el etnocentrismo, el racismo, la discriminación y la intolerancia como determinantes de las condiciones de salud y cuidado;
- inclusión en las actividades de formación profesional y educación permanente/continuada de contenidos que versen sobre los temas de etnocentrismo, racismo, multiculturalidad, interculturalidad y su relación con la salud de las poblaciones;
- estímulo y ampliación de la participación de miembros de los grupos étnicos socialmente discriminados en la FTSP que actúa en las escuelas de salud y en el sistema, incluyendo las posiciones y cargos de mayor prestigio.
- Ampliación y calificación de los procesos de comunicación entre promotores de la salud y cuidadores cuyas prácticas están basadas en los conocimientos y saberes de la medicina tradicional y aquellos cuyas prácticas se basan en los conocimientos de la medicina occidental;
- Organización de los sistemas de información de modo que sea posible describir y analizar el nivel y las condiciones de salud de los diferentes grupos étnicos[31];
- Identificación y reconocimiento de las necesidades especificas de salud de los grupos étnicos;
- Información y comunicación utilizando las formas adecuadas para presentar las evidencias de inequidad en salud, con miras a contribuir a la gestión del sistema y gerencia de los servicios, para el control social y para la mejoría de los procesos de formación y educación para la salud;
- Inclusión de los diferentes agentes políticos y actores sociales en las acciones de planificación, promoción y protección de la salud;
- Definición de prioridades y adjudicación de recursos para tratar diferentemente las necesidades especificas de los grupos;
- Definición de procesos de trabajo en salud que contemplen las necesidades y demandas de los varios grupos humanos con adecuación, sensibilidad y profesionalismo (organización del sistema, estructura de los servicios, recursos humanos y formas de atención);

---

30 La movilización regional generada por la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, convocada por la Organización de las Naciones Unidas en agosto de 2001, abrió muchas posibilidades para un trabajo eficaz y coordinado entre los gobiernos y la sociedad civil. La Declaración de la Cumbre del Milenio, que fue aprobada durante el 55º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en septiembre de 2000, establece como una de las metas el hacer respetar y hacer valer plenamente la Declaración Universal de Derechos Humanos. Decidió además instar a los Estados Miembros a no escatimar esfuerzos para aumentar el respeto de los derechos humanos incluido el de las minorías y "adoptar medidas para garantizar el respeto de los derechos y la protección de los derechos humanos de los migrantes, los trabajadores migratorios y sus familias, eliminar los actos de racismo y xenofobia cada vez más frecuentes en muchas sociedades".

31 En la descripción de la situación de salud de los diferentes grupos humanos debe de considerarse que los grupos étnicos minoritarios normalmente desfrutan de menor privilegio social, tienen acceso dificultado a los recursos materiales e inmateriales, sufren con la distribución desigual del poder y muchas veces no tienen sus derechos garantizados y efectivizados, incluso el derecho a la salud.

- Definición de indicadores adecuados y sensibles para el monitoreo y evaluación del impacto de las políticas, programas y acciones sobre los diferentes grupos humanos.
- Priorización e implementación de mecanismos y estrategias de reducción de las disparidades inter e intragrupos con vistas a la promoción de la equidad.

ANEXO 1

CARACTERIZACIÓN DE LA FTSP. PROPUESTA DE CATEGORÍAS Y VARIABLES PARA EL PERSONAL QUE ACTÚA EN EL SISTEMA DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTNICA, DE GÉNERO Y ANTI-DISCRIMINATORIA[32]

1. Contexto

	ÁMBITO INSTITUCIONAL		
	Dimensión	**Categorías**	**Datos**
¿Dónde están?	**A. Perfil institucional**	Nombre y ubicación geográfica	Nombre de la institución/organización; dirección; ubicación (área urbana o rural); proceso de trabajo
		Tipo de institución u organización	Naturaleza de la institución (servicios, investigación, educación); Nivel de atención de la institución (primario, secundario, terciario, especial)
		Políticas, programas e iniciativas de desarrollo de RH	Programas de capacitación internos y externos; promociones a trabajadores/as; incentivos y estímulos al trabajador/a
		Políticas, programas e iniciativas anti-discriminatorias	Existencia de iniciativas o programas de prevención de la discriminación Existencia de iniciativas o programas de discriminación positiva para miembros de los grupos étnicos excluidos o discapacitados (acciones afirmativas) Incentivos y estímulos a líderes que se empeñen en la inclusión, integración o no discriminación de hombres y mujeres miembros de los grupos étnicos excluidos o discapacitados
		Servicios de salud para los trabajadores/as	Existencia de programas de prevención de enfermedades de trabajadores/as y protección de la salud ocupacional Existencia de entornos adecuados para personas trabajadoras con discapacidades Programas de vigilancia de la salud de las personas trabajadoras
	B. Derechos Laborales	Tipo de contratación	Mujeres y hombres trabajadores de los diversos grupos étnicos con contratos a plazo fijo, permanente, por obra determinada, servicios profesionales y sin contrato
		Estabilidad laboral	Mujeres y hombres de los diversos grupos étnicos en calidad de interino, sustitución y otros
		Jornada de trabajo	Mujeres y hombres de los diversos grupos étnicos por jornada laboral (tiempo completo, medio tiempo, tiempo parcial); y por tipo de jornada (diurna, nocturna, mixta, extraordinaria)
		Regulación	Profesional o institucional

[32] Propuesta basada en el resultado del trabajo del grupo de expertos en género.

		Remuneraciones y planes de jubilación	Salario en dólares y otros componentes tales como especie, viáticos, bonificaciones, incentivos, pagos de horas extras, carrera profesional, dedicación exclusiva, prohibición, zonaje, de mujeres y hombres de los diversos grupos étnicos
		Aspectos culturales	Existencia de derechos laborales acordes a la libertad de culto e independientes de la edad e identidad étnica de los trabajadores/as

¿Quiénes son?	**ÁMBITO INDIVIDUAL***		
	Dimensión	**Categorías**	**Datos**
	Socio-demográfica	Estado conyugal	Soltero, unión libre, casado, divorciado, separado, viudo
		Nacionalidad	Por nacimiento o por adquisición
		Edad	...en años
		Estatus migratorio	Documentado, indocumentado, temporal, permanente
		Sexo	Masculino o femenino
		Pertenencia étnica	Grupo étnico**
	Hogares	Posición en los hogares	Jefe/a de hogar Cónyuge Hijo/a Otro
		Tipo de hogar y dependencia	Hogar nuclear, compuesto, extendido, unipersonal; presencia de menores de 18 años, adultos mayores y discapacitados que no pueden valerse por sí mismos
	Escolaridad	Educación	Educación básica, intermedia, superior, postgrado
		Profesión	Médico/a, enfermera/o, odontólogo/a, terapeuta ocupacional, psicóloga/o, bióloga/o, farmacéutico/a, biomédico/a, fisioterapeuta, nutricionista, laboratorista, auxiliar de enfermería, agentes promotores de salud
	Empleo	Áreas de trabajo	Gerencial, administrativa, operativa, misceláneas
		Puesto de trabajo	Profesión u oficio
		Antigüedad	Años de servicio, edad de inicio laboral
		Ingreso	Salario bruto en moneda local, su equivalencia en salarios mínimos o su correspondencia con escala nacional de cargos y salarios
		Promociones laborales	Capacitación laboral, promociones recibidas, fecha de última promoción, número de ascensos
		Carga laboral	Número de trabajos actuales, tipo de empleo, número de horas semanales de trabajo (sumando todos los empleos), tipo de contratación en cada empleo

	Salud	Discapacidades	Desagregado por tipo de discapacidad
		Enfermedades crónicas	Desagregado por enfermedad

¿Cuántos son? Se obtendrá de la aplicación de la metodología para caracterizar la FTSP.

** Los datos deben de ser desagregados por sexo, grupo étnico y de ser posible por edad*
*** La variable étnica adoptada debe seguir los criterios de clasificación del país.*

2. Función y Calidad del Desempeño

	DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
¿Qué hacen?*	Tipo de función Funciones del puesto Funciones que realiza	Taxonomía del cargo; perfil profesional del puesto; formación profesional o técnica
¿Cómo lo hacen?	Distribución de su tiempo Revisión de procesos y procedimientos Cumplimiento de normas Calidad del desempeño Trabajo interdisciplinario Compromiso con la equidad Compromiso con la comunidad local.	Disponibilidad y utilización de normas y técnicas; brechas de desempeño, necesidades educativas observadas o sentidas (anotar 5 ejemplos trazadores para verificar qué es lo que se hace); iniciativas de identificación de las barreras de acceso y prácticas discriminatorias entre los trabajadores/as y de los trabajadores/as con los usuarios (anotar 5 ejemplos trazadores para verificar qué es lo que se hace); definición de estándares de equidad (describir las estrategias o mecanismos para alcanzar los estándares)

** Los datos deben de ser desagregados por sexo, grupo étnico y de ser posible por edad. La variable étnica adoptada debe seguir los criterios de clasificación del país.*

3. Calidad del Resultado

	DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
¿Qué obtienen?*	Producción y productividad Satisfacción de las demandas generales y de grupos específicos	Cantidad de acciones realizadas según tipo; cobertura geográfica y poblacional; vínculos a programas y planes; participación en la planificación de actividades; definición de mecanismos de monitoreo y evaluación

** Los datos deben ser desagregadas por sexo y grupo étnico. La variable étnica adoptada debe seguir los criterios de clasificación del país.*

ANEXO 2

DESARROLLO DE LA FTSP. PROPUESTA DE DIMENSIONES Y ESTRATEGIAS DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTNICA, DE GÉNERO Y ANTI-DISCRIMINATORIA[33]

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	DATOS
Educación-formación-capacitación	Capacitación	Mujeres y hombres de los diversos grupos étnicos que han recibido capacitación en servicio, desagregando por el horario de estudio (diurno, vespertino, nocturno); la modalidad de capacitación (presencial, tutorial, virtual); la forma de pago (beca, préstamo, propios recursos)
	Áreas de capacitación	Técnicas, desarrollo personal, asociativismo, derechos humanos, diversidad e interculturalidad, comunicación interpersonal, conocimiento de las lenguas usadas por la comunidad local
	Oportunidades	Aprovechadas, rechazadas, perdidas
	Obstáculos	Relacionados a educación formal, capacitación y actualización, idiomas, desempeño profesional, antigüedad, estado de salud, discapacidad, identidad cultural; identidad étnica; orientación sexual; filiación religiosa; filiación político-partidaria
Promoción en el trabajo	Criterios de ascenso	Edad, sexo, lugar de residencia, grupo étnico, estatus migratorio, educación formal, capacitación y actualización, idiomas, desempeño, antigüedad, discapacidad
	Número de ascensos	Mujeres y hombres que han tenidos ascensos en los últimos....años, desagregando por grupo étnico, estatus migratorio y edad
	Participación en procesos de ascenso	Aportes a la formulación de criterios Representatividad en comités de evaluación de candidatos
Desempeño	Revisión de normas, procesos y procedimientos	Adecuación a los principios no-discriminatorios, de la integralidad y equidad
	Utilización de normas	Las conoce, están disponibles, están claramente establecidas, están al alcance de todas las personas
	Trabajo interdisciplinario	Con otras disciplinas y profesiones; grupo o equipo de trabajo; frecuencia del trabajo interdisciplinario
	Contacto con los grupos étnicos no hegemónicos	En grupo o equipo de trabajo interdisciplinario; en actividades comunitarias remuneradas; en actividades comunitarias voluntarias; otras situaciones Frecuencia del contacto con los grupos étnicos no hegemónicos

[33] Ídem nota 20.

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	DATOS
	Planificación	Participación en el proceso; participación en la toma de decisiones; participación comunitaria (incluyendo miembros con diferentes identidad étnica y estatus migratorio)
	Percepciones y actitudes	Respeto a las diferencias y diversidad; sensibilidad y equidad étnica y de género
	Calidad del desempeño e impacto del resultado	Mecanismos y estrategias de monitoreo y evaluación
	Información y comunicación	Productos y procesos de comunicación definidos para alcanzar las diferentes áreas en el sector salud y otros sectores estratégicos (educación, habitación, trabajo y empleo, desarrollo social) Productos y procesos de comunicación definidos para alcanzar y fortalecer la comunidad
	Satisfacción en el trabajo	Remuneración adecuada a la función; práctica congruente con el perfil del puesto; motivación hacia el trabajo; compromiso con la misión organizacional; clima y cultura organizacional; capacitación adecuada