



METODOLOGÍA PARA UN MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL SANITARIO EN LAS AMÉRICAS

Organización Panamericana de la Salud

Instituto Nacional de Salud Pública de México



ÍNDICE

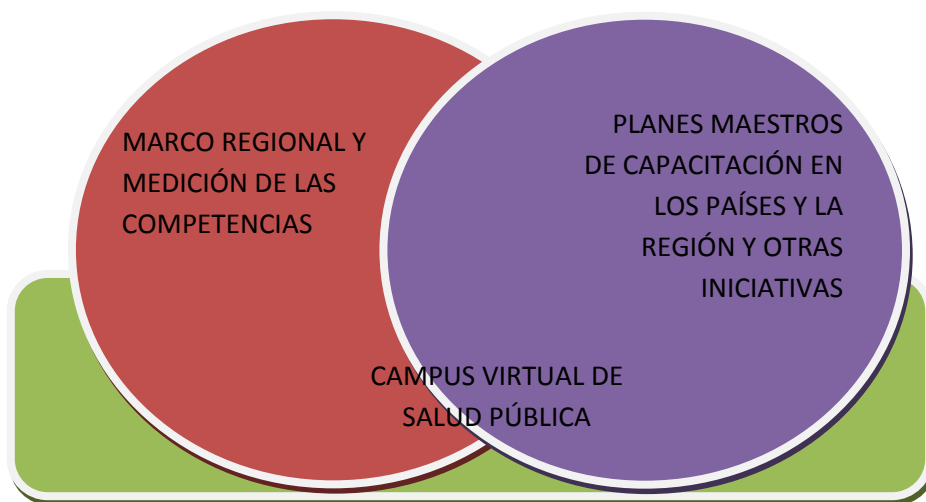
MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL SANITARIO EN LAS AMÉRICAS	3
CONCEPTO ESTRATÉGICO.....	3
ACTORES DEL PROYECTO.....	4
OPERACIÓN DEL PROYECTO	5
PRODUCTOS FINALES	5
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO	5
DESARROLLO DE UN MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS	6
ANTECEDENTES Y EXPERIENCIAS PREVIAS	6
ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS	11
MODELO DEL REINO UNIDO.....	11
MODELO DE CANADÁ.....	13
MODELO DEL COUNCIL ON LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE DE ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	14
CUADRO SINTÉTICO DE LOS DIFERENTES MODELOS DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS.....	15
CONSENSO DE CALI.....	15
PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN DE LAS COMPETENCIAS	16
ÁREAS TEMÁTICAS O DOMINIOS SUSTANTIVOS	16
DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS GENERALES	17
DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS POR NIVELES	18
MÉTODO DE TRABAJO DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS.....	19
REFERENCIAS	21



MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL SANITARIO EN LAS AMÉRICAS

CONCEPTO ESTRATÉGICO

El Concepto Estratégico de trabajo se compone de tres ejes fundamentales: El Marco regional y la medición de las competencias, los Planes Maestros de Capacitación nacionales y regional, así como las diversas iniciativas al respecto que existen en la región y el Campus Virtual de Salud Pública, en tanto actor regional y de país para la capacitación.



El Marco regional y la medición de las competencias proporcionarán la respuesta a las preguntas ¿A QUIÉN DEBEMOS CAPACITAR Y EN QUÉ?



Los Planes Maestros de Capacitación nacionales y regional, así como otras iniciativas de este tipo, posibilitarán saber ¿CÓMO VAMOS A CAPACITAR?, vinculando al actor político con el académico.

El Campus Virtual de Salud Pública, su Nodo regional y de países serán los instrumentos que nos posibilitarán responder ¿A TRAVÉS DE QUIÉN VAMOS A CAPACITAR?, de forma tal que podamos minimizar los recursos humanos y financieros, eliminar los esfuerzos aislados y propiciar la cooperación y solidaridad entre los países.

ACTORES DEL PROYECTO

GRUPO REGIONAL DE TRABAJO

Constituido por:

1. Director del Proyecto (RRHH OPS)
2. Coordinador General. (INSP de México)
3. Animador del proyecto
4. Director técnico del área temática
5. Gerente Regional del CVSP (OPS)

EQUIPOS TÉCNICOS

Constituidos por:

1. Director técnico del área temática.
2. Paneles de expertos constituidos por especialistas de las universidades o instituciones que trabajarán las competencias del área temática.



OPERACIÓN DEL PROYECTO

PERÍODO: Julio 2010 – Abril 2011

PRODUCTOS FINALES

1. MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS
2. PUBLICACIÓN CON LOS PRINCIPALES RESULTADOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

FECHA Y LUGAR	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	PRODUCTOS ESPERADOS
México Agosto 2010	Taller Regional	Grupo Regional	1. Discusión, análisis y conformación colectiva de la metodología para elaborar el Marco Regional de competencias (a partir de la propuesta de la OPS y del INSP de México). 2. Instalación del Comité Regional. 3. Conformación de los Comités técnicos por áreas temáticas. 4. Establecimiento de un cronograma y etapas de trabajo.
Septiembre 2010 – Noviembre 2010	Trabajo en los países	Grupo Regional y Equipos técnicos	1. Elaboración de las competencias generales por áreas temáticas.
Diciembre 2010 Lugar por definir	Taller Regional	Comité Regional	1. Documento regional consensuado de propuesta de un Marco regional de competencias (generales).
Enero 2011 – Abril 2011	Trabajo en los países	Grupo Regional y Equipos técnicos	1. Elaboración de las competencias por niveles.
Abril 2011 Lugar por definir	Taller Regional	Grupo Regional	1. Discusión, análisis y conformación colectiva de un documento regional con una propuesta de competencias por niveles.
Abril 2011	Publicación	OPS	1. Publicación del documento consensuado con las competencias generales y por niveles.



DESARROLLO DE UN MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS

ANTECEDENTES Y EXPERIENCIAS PREVIAS

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

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

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

Pero el problema de los recursos humanos en salud pública de la región dista sólo de ser numérico. Más grave aún es la insuficiente preparación y las escasas competencias que tiene esta fuerza de trabajo. Tan grave es el problema, que en el mundo desarrollado se ha acuñado la idea de la existencia de una crisis contemporánea de los recursos humanos.

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



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

Habiendo sido realizado por otros países todo un esfuerzo previo en lo que respecta a la propuesta de modelos para la medición de las competencias, comenzaremos revisando los resultados de un conjunto de reuniones de expertos organizadas por la OPS, principalmente orientadas hacia la caracterización de la fuerza de trabajo y su relación con las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Estas reuniones convergen en la necesidad de lograr definir un modelo de caracterización y evaluación por competencias de esta fuerza de trabajo, a partir del análisis de los modelos al respecto desarrollados en el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos de América (EUA).

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

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

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

² Fortalecimiento de la capacidad de la fuerza de trabajo en salud pública en apoyo a las funciones esenciales de salud pública y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consulta a expertos San José, Costa Rica, 16 al 18 de agosto de 2005. PH 45. Unidad de Recursos Humanos para la Salud Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, Washington, DC. Diciembre de 2006.



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

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

Como conclusión, la reunión de San José planteó que uno de los principales problemas de América Latina es la deficiente distribución de sus recursos humanos, aunada a los problemas de formación tradicional. Además, la reunión hizo hincapié en que la seguridad social continúa basándose en un modelo orientado hacia la atención médica y la formación de recursos humanos en salud se ajusta a ese modelo. Por lo tanto, la reunión concluyó que se necesita una nueva lista de competencias incorporadas a los procesos de formación de recursos humanos en salud, que posibilite desarrollar nuevas competencias, tales como liderazgo, comunicación, participación y compromiso social, en aras de colaborar en forma protagónica en el cumplimiento de los ODM.

Además, se agrega que el desarrollo de los recursos humanos con capacidades para enfrentar los ODM pasa por la consideración de elementos estructurales, funcionales, ideológicos y prácticos del campo y la acción de la salud pública, tanto de las instituciones y organizaciones de salud como de las instituciones formadoras –en especial de las escuelas de salud pública. Ello exige redefinir la conceptualización de la salud pública en términos más dinámicos y activos.



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

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

En consecuencia, se concluyó que la capacitación de la fuerza de trabajo actual y la educación de la fuerza de trabajo futura deberá dotar a los recursos humanos de las aptitudes, la capacidad, los conocimientos y las actitudes necesarios para llevar a cabo actividades de salud pública que satisfagan las necesidades de la población desde una perspectiva universal e igualitaria. A fin de crear programas de estudios eficaces y lograr la combinación de aptitudes correcta en las instituciones del sector, se propuso que las autoridades sanitarias deberían colaborar con los sectores académico y laboral. Además, deberían existir órganos normativos independientes que acreditaran a las instituciones académicas, que certificaran los programas de educación y supervisarán el desempeño de las instituciones de salud pública, con el objetivo de proporcionar una educación de buena calidad y mantener las normas de servicio.

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



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

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

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

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



ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS

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

MODELO DEL REINO UNIDO

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

Los cuatro dominios esenciales son:

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

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

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

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

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

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



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

Esta área se interesa en liderar y supervisar los grupos y los individuos, al construir alianzas y desarrollar capacidades y aptitudes, trabajando en sociedad con otros profesionales y agencias, usando los medios de comunicación para mejorar la salud y el bienestar.

Los cinco dominios o habilidades definidas son:

1. *Mejora de la salud*

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

2. *Protección de salud*

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

3. *Inteligencia en salud pública*

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

4. *Salud pública académica*

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

5. *Salud y calidad del apoyo social*

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

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



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

MODELO DE CANADÁ

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

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

Los siete dominios son:

1. *Ciencias centrales de la salud pública*

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

2. *Análisis y evaluación*

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

3. *Desarrollo de políticas y planificación de programas*

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

⁴ The Public Health Agency of Canada.



4. *Asociación y colaboración*

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

5. *Diversidad e inclusión*

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

6. *Comunicación*

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

7. *Liderazgo*

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

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

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

1. Evaluaciones y habilidades analíticas.
2. Desarrollo de políticas y programa de habilidades de planeación.
3. Habilidades de comunicación.
4. Habilidades de competencia cultural.
5. Habilidades para la práctica en la comunidad.
6. Habilidades en ciencias en salud pública.
7. Planificación financiera y habilidades de administración.
8. Liderazgo y habilidades en pensamiento sistémico.



CUADRO SINTÉTICO DE LOS DIFERENTES MODELOS DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

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

MODELO DEL REINO UNIDO	MODELO DE CANADÁ	MODELO DE LOS EUA
Desarrollado por un grupo de organizaciones y publicado por el Departamento de Salud. Definen 9 áreas de trabajo, 4 esenciales y 5 complementarias. Las cuatro áreas esenciales son: 1. Monitoreo y evaluación. 2. Evaluación de evidencias de efectividad de las intervenciones, programas y servicios. 3. Políticas y estrategias de desarrollo e implementación. 4. Liderazgo y trabajo colaborativo. 5. Las complementarias son: 6. Mejoramiento de la salud. 7. Protección de salud. 8. Inteligencia en salud pública. 9. Salud pública académica. 10. Salud y calidad del apoyo social. Las competencias se definen cruzando estas áreas con 9 niveles (según el grado que deben tener de adquisición de la competencia). Ello se divide también en 4 dimensiones: conocimiento, capacitación y calificaciones, regulación y roles.	Diseñado en colaboración con The Public Health Agency of Canada. Las áreas para medir las competencias son: 1. Ciencias centrales de la salud pública. 2. Análisis y evaluación. 3. Desarrollo de políticas y planificación de programas. 4. Asociación y colaboración 5. Diversidad e inclusión. 6. Comunicación. 7. Liderazgo. Las competencias se definen cruzando estas áreas con tres dimensiones según el tipo de ocupación: 1. Trabajadores que proveen los servicios en primera línea. 2. Consultores o especialistas. 3. Gerentes o supervisores.	Desarrollado por el COUNCIL ON LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE. Las áreas para medir las competencias son: 1. Evaluaciones y habilidades analíticas. 2. Desarrollo de políticas y programa de habilidades de planeación. 3. Habilidades de comunicación. 4. Habilidades de competencia cultural. 5. Habilidades para la práctica en la comunidad. 6. Habilidades en ciencias en salud pública. 7. Planificación financiera y habilidades de administración. 8. Liderazgo y habilidades en pensamiento sistémico. En total se desglosan 76 competencias, las cuales se cruzan con tres niveles según la categoría de la fuerza de trabajo.

Por otra parte, estos modelos fueron analizados a profundidad en la reunión de expertos de Cali 2008 y la principal conclusión fue:

CONSENSO DE CALI

HABLEMOS DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL SANITARIO, NO SOLO DEL PERSONAL DE SALUD PÚBLICA, PORQUE HAY COMPETENCIAS RELEVANTES DE LA SALUD PÚBLICA PARA TODOS.



PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN DE LAS COMPETENCIAS

ÁREAS TEMÁTICAS O DOMINIOS SUSTANTIVOS

Definimos tres puntos de partida para esta propuesta:

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

Estos tres puntos de partida nos posibilitarán definir las áreas de trabajo o dominios sustantivos para determinar las competencias.

Proponemos el siguiente reagrupamiento de las FESP, para su mejor abordaje metodológico, así como la incorporación de una FESP que tenga en cuenta el componente de Salud Internacional / Salud Global.

En resumen, se proponen como áreas temáticas o dominios sustantivos:

1. Análisis de situación de salud.
2. Vigilancia y control de riesgos y daños.
3. Promoción de la salud, participación social e intersectorialidad.
4. Política, planificación, regulación y control.
5. Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos.
6. Salud internacional / global.



DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS GENERALES

Las competencias generales proponemos entonces que se elaboren a partir de las áreas temáticas o dominios sustantivos, incluyendo siempre como componentes transversales la atención primaria de salud y los determinantes sociales.

Para cada una de las componentes generales se deberán desarrollar un máximo de 15 competencias generales que abarquen dos áreas:

Saber (conocimientos)

Saber hacer (habilidades)

E idealmente que incluyan también como área el:

Saber ser (actitudes).

Para identificar qué conocimientos y habilidades se requieren para considerar que el personal sanitario es competente en cada uno de los dominios, se recomienda utilizar las dimensiones:

- Planeación
- Gestión
- Evaluación
- Comunicación
- Liderazgo



DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS POR NIVELES

En una segunda etapa se sugiere trabajar la determinación de las competencias por niveles de actuación del personal sanitario. Estos niveles pueden variar de un país a otro.

Se proponen:

1. Nivel de la autoridad sanitaria nacional.
2. Nivel de la administración descentralizada.
3. Nivel de gestión de la red de servicios.
4. Nivel comunitario (servicios primera línea).

En esta segunda etapa de trabajo, las 15 competencias generales desarrolladas en la etapa anterior deberán especificarse para cada uno de estos niveles.



MÉTODO DE TRABAJO DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS

Se propone trabajar con un método Delphi para la elaboración de las competencias generales y por niveles.

En ambos casos (generales y por niveles) el método es el mismo. Consiste en una propuesta Delphi de 2 circulaciones.

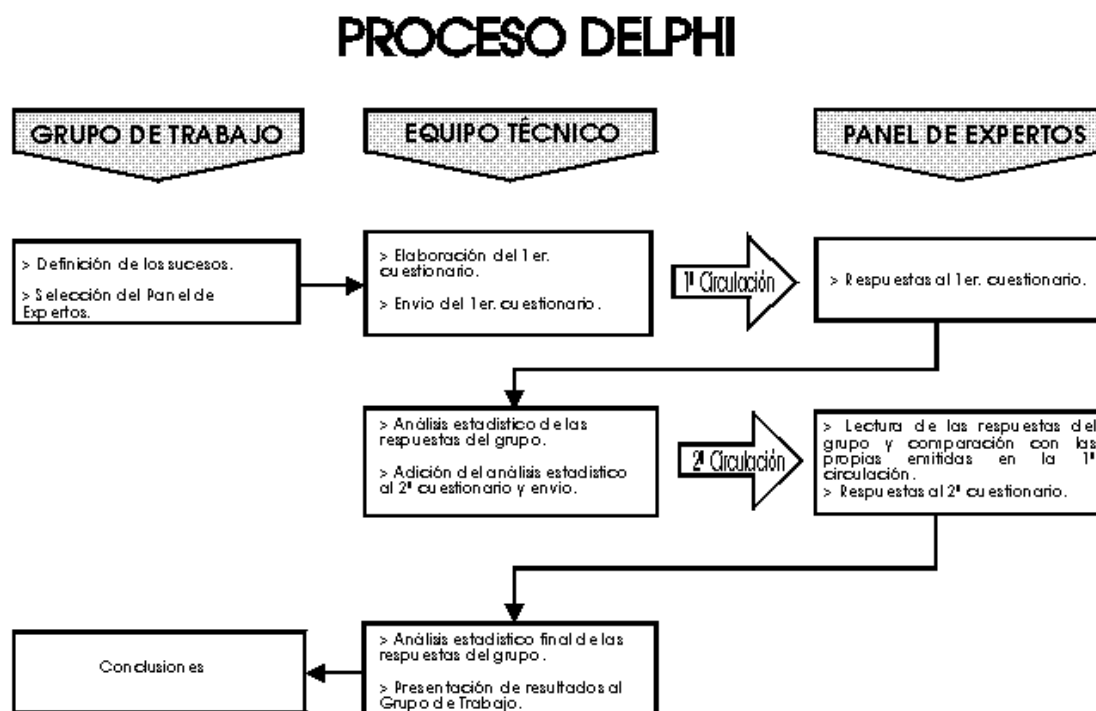
Para ello:

1. El Grupo de Trabajo Regional elabora y consensa esta metodología de trabajo.
2. El Grupo de Trabajo Regional selecciona a los equipos técnicos por áreas temáticas y a los paneles de expertos (se proponen 10 expertos como mínimo por área).
3. Durante el trabajo en los países, el responsable del equipo técnico le solicita al Panel de expertos la elaboración de las competencias. Cada experto debe elaborar como mínimo 15 competencias generales que debe tener el personal sanitario del área temática y según las dimensiones propuestas (saber, saber hacer y eventualmente saber ser).
4. Es ideal si los expertos no conocen entre ellos que participan en el mismo trabajo.
5. Luego de tener las respuestas de los expertos se realizará el análisis estadístico. Se conformará un listado descriptivo de las competencias propuestas por el Panel de expertos.
6. Se enviará este listado descriptivo al Panel de expertos para su validación y para que señalen las 15 competencias que consideran más importantes.
7. Luego de tener las respuestas de los expertos se realizará otro análisis estadístico y se volverá a circular para conocer si existen precisiones.



Este mismo proceso se repetiría para la determinación de las competencias por niveles.

El esquema de trabajo sería el siguiente:



Finalmente, los resultados de ambos procesos Delphi se presentarán en los Talleres Regional para su validación y publicación.



REFERENCIAS

1. CINTERFOR, OIT. Disponible en:
<http://www.oit.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/i.htm>.
2. Documento de la OMS: Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_r14-sp.pdf.
3. Documento de la OPS/OMS. Fortalecimiento de la capacidad de la fuerza de trabajo en salud pública en apoyo a las funciones esenciales de salud pública y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consulta a expertos San José, Costa Rica. 16 al 18 de agosto de 2005. PH 45. Unidad de recursos humanos para la salud área de fortalecimiento de sistemas de salud, unidad de recursos humanos para la salud, OPS/OMS, Washington, DC. Diciembre de 2006.
4. Documento OPS/OMS. Fuerza de trabajo en salud pública su caracterización y desarrollo desde una perspectiva de género. Grupo de consulta, San José, Costa Rica. 16 al 18 de agosto de 2005. PH 45. Unidad de recursos humanos para la salud área de fortalecimiento de sistemas de salud, unidad de recursos humanos para la salud, OPS/OMS, Washington, DC. Diciembre de 2006.
5. Documento OPS/OMS. Sesión del comité regional. Funciones esenciales de salud pública. Año 2000.
6. Hernández E., et al. La fuerza de trabajo en salud pública. Prueba piloto Veracruz-México, Altepaktli. Salud de la comunidad 2008;4(8).
7. National Public Health Performance Standards Program, (CDC), EUA. Disponible en: Essentials Public Health Functions: Results Of The International Delphi Study. World Health Statistics 51, OMS, 1998, y en Las funciones esenciales de la salud pública: documento de posición. OPS, 1998.
8. Nigenda, et al. Caracterización de los trabajadores de la salud pública. Documento interno de trabajo. Octubre de 2007.
9. OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/strategy/qandas/es/index.html
10. Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills. 1991, según CINTERFOR, OIT. Disponible en: <http://www.oit.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/i.htm>.