

La fuerza de trabajo en salud pública. Prueba piloto Veracruz – México

(The public health labor force. Veracruz – Mexico pilot test)

Enrique Hernández Guerson*, Alejandro Escobar Mesa**, Elsa Sartí Gutierrez***

Resumen

El trabajo tiene como finalidad describir el proceso que permitió validar una propuesta metodológica para caracterizar la fuerza de trabajo en salud pública dentro de un estudio multicéntrico (México – Costa Rica – Jamaica). La propuesta atendió una investigación evaluativa, de corte transversal, observacional y comparativa; para la obtención de la información se aplicaron entrevistas focalizadas y cuestionarios. Como resultados se obtuvo la validez y confiabilidad del cuestionario y de la estrategia –opinión de expertos– para localizar a la fuerza de trabajo en salud pública; al mismo tiempo se logró identificar características de la fuerza de trabajo en salud pública.

Palabras clave: Fuerza de trabajo, salud pública, validez, confiabilidad.

Summary

The main purpose of this project is to describe the process which allowed the validation of a methodological proposal to characterize the public health labor force with a multi center study (Mexico-Costa Rica-Jamaica). This proposal followed a transversal, observational, comparative and evaluative research. To obtain the information it was required to do focused interviews and surveys. As a result it was obtained the validity and reliability of the survey and the strategy –experts opinion– to identify this labor force into the public health area. At the same time it was possible to identify the characteristics of this labor force.

Key words: Labor force, public health, validity and reliability.

Introducción

En junio del 2006, en la ciudad y puerto de Veracruz, México, reunidos representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); de la Asociación Canadiense de Salud Pública; de la Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP); de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública (AMESP); de la Sociedad Veracruzana de Salud Pública (SVSP); de la Secretaría de Salud Federal-México (SSA) y Estatal-Veracruz (SESVER); del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (ISP) y representantes de los países de Costa Rica y Jamaica, se acordó que –en el marco de la Década del Recurso Humano en Salud 2006-2016 (OMS)–, un Plan de Acción para

realizar un estudio multicéntrico (México-Costa Rica-Jamaica) que validara una propuesta metodológica para caracterizar la fuerza de trabajo en salud pública (FTSP).

En tal sesión, para el caso de México, se aprobó que el estado de Veracruz fuese la muestra. En las sesiones de trabajo las instancias colegiadas representantes de México, acordaron que la prueba se desarrollaría, estimando tener los resultados para enero de 2007.

Por razones de presupuesto^a y cambio de integrantes en las presidencias de la SMSP y

* Investigador de tiempo completo. Director del Centro de Atención del Estudiante Universitario. Universidad Veracruzana. México. enhernandez@uv.mx.

** Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud de Veracruz, México. aescobar@ssaver.gob.mx

*** Presidenta de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

^a El recurso económico no se fincó en las fechas previstas, realizándose hasta diciembre de 2006.

SVSP, algunas etapas del proyecto se pospusieron, ajustando la agenda de trabajo. Ésta quedando de la siguiente manera (Cuadro 1):

Cuadro 1. Fuerza de trabajo en salud pública. Agenda de trabajo. Veracruz, México. 2007

Etapa	Actividad	Participantes	Fecha
I	Selección del ámbito de la prueba	SVSP e ISP	Octubre 2006
II	Selección de la FESP a estudiar	OPS, AMESP, ISP	Noviembre 2006
III	Negociación de acceso	SESVER, ISP	Noviembre 2006; Enero 2007; Febrero 2007; Marzo 2007; Abril 2007
IV	Levantamiento de información	SESVER, IMSS, ISSSTE, Protección Social en Salud, ISP.	Febrero 15 Abril 24, 2007
V	Concentración y análisis	SESVER, ISP	Marzo-Mayo 2007
VI	Informe	SESVER, ISP	Mayo 2007

Fuente: directa

En la etapa I, la SVSP (Dra. Ma. Inés Socorro Gómez) y el ISP (Dra. Elsa Ladrón de Guevara y Mtro. Enrique Hernández Guerson), reunidos en la Ciudad y Puerto de Veracruz, consideraron que la Jurisdicción Sanitaria de Martínez de la Torre era, por diversas razones^b, la adecuada para llevar a cabo la prueba piloto.

La etapa II se trató de dos sesiones de trabajo. Una en la ciudad de Guadalajara entre el representante de OPS (Dr. Luis Ruiz), la AMESP (Dr. Noé Alfaro Alfaro) y el ISP (Mtro. Enrique Hernández Guerson), donde se valoró la incorporación de la FTSP relacionada

con la FESP (Funciones Esenciales en Salud Pública) número 11^c, dado que la FESP 2^d, ya había sido acordada desde la primera reunión. La otra reunión se realizó en la Ciudad de México, nuevamente entre OPS (Dr. Luis Ruiz) y el ISP (Mtro. Enrique Hernández Guerson), se definieron acciones para aplicar en la prueba.

La etapa III consistió en una serie de entrevistas con el Dr. Hilario Ruiz Zurita, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria No. IV y con la Dra. Elizabeth Soler, Jefa Delegacional de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Norte). Reuniones para búsqueda de consenso con mandos superiores y medios de las instituciones colaboradoras, y también con el equipo responsable de coleccionar la información en campo.

La etapa IV se caracterizó por el hecho de que los SESVER, ISSSTE y Protección Social en Salud aplicaron los cuestionarios y los entregaron en las fechas acordadas; no así el IMSS, pues por cuestiones internas hizo entrega de los cuestionarios hasta abril 24. Lo anterior tuvo como consecuencia que la concentración y el análisis tuvieran cierto retraso.

Método

Se trató de una investigación evaluativa, de corte transversal, observacional y comparativa; por las respuestas obtenidas fue de corte cuantitativo y cualitativo; se aplicaron entrevistas focalizadas y cuestionarios para la obtención de la información.

El espacio de la prueba fue la Jurisdicción Sanitaria IV de Martínez de la Torre, Veracruz, México. Participaron 105 trabajadores de salud, distribuidos de la siguiente manera:

^b Por mencionar algunas. Todas sus unidades médicas son de fácil y mediano acceso; se encuentra ubicada a 130 kilómetros de la Cd. de Xalapa, sede del ISP, coordinador del proyecto, de tal manera que era posible trasladarse cuantas veces fuese necesario. Las instituciones foco de interés para la prueba tienen representación. Es una tradición que el personal de la Jurisdicción y el ISP mantengan una excelente relación de colaboración en proyectos de investigación. Las autoridades jurisdiccionales habían mostrado interés por participar, así como el hecho de que en tal Jurisdicción estén laborando egresados del ISP.

^c Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

^d Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.

Cuadro 2. Distribución de la FTSP por Institución y tipo de unidad

Institución	Ámbitos	Número de participantes	FTSP 2	FTSP 11
SESVR	Jurisdicción Sanitaria IV	20	13	8
	Hospital segundo nivel	7	7	0
	Hospital	32	19	11
	Centro de salud urbano	33	26	7
	Unidades médicas rurales			
IMSS	Unidad clínica hospital	7	6	1
	Unidad de medicina familiar	1	1	1
ISSSTE	Unidad de medicina familiar	3	3	3
Protección Social en Salud	Hospital segundo nivel	2	2	0
Total		105*	77	31

* La suma de las columnas FTSP 2 y FTSP 11 no coinciden con los 105 participantes dado que algunos de los trabajadores tienen injerencia en ambas funciones.
Fuente: directa

La categoría y dimensiones se construyeron tomando como referencia la propuesta discutida en la reunión de junio del 2006 y que posteriormente apareció publicada en un documento de trabajo, fechado el 25 de agosto de 2006 elaborado por Mark Rosenberg y Sarah A. Lovelle¹ quedando como se presenta en el Cuadro 3 y la figura 1. Se utiliza el concepto de categoría para agrupar y clasificar características y atributos del fenómeno².

Para el estudio las características y atributos que se recuperaron están señalados en la segunda columna titulada "atributos"; la tercera columna indica la sección que le correspondió en el cuestionario y en la cuarta columna, el número y tipo de preguntas.

Cuadro 3. Fuerza de trabajo en salud pública. Categoría, dimensiones y componentes. Veracruz, México. 2007
Categoría: Fuerza de trabajo*

Dimensión	Atributos	Sección del cuestionario	Respuesta
Características del informante	Nombre, sexo, edad, estado civil, nacionalidad; número de hijos, ocupación de la esposa (o), profesión de la esposa (o), residencia habitual, residencia laboral	II	1-12 Cerradas
Formación académica	Educación formal; educación no formal; preempleo y empleo actual; estancias académicas de investigación o laborales	III V VI VII VIII	1-4 1-5 1-3 1-5 1-4 Cerradas
Experiencia profesional	Después de egresado de carrera técnica o universitaria, preempleo y empleo actual	IV IX X	1-3 1-3 1-6 Cerradas
Trayectoria laboral	Membresías, certificaciones, empleo actual	XII	1-2 Cerradas
Percepción de la FESP	Conocimientos, creencias y significados	XIII	1 Abierta
	Obstáculos y facilitadores	XI XIV XV	1-11 cerrada 1 Abierta 1 Abierta

Fuente: directa

Figura 1. Categoría, dimensiones y componentes. Veracruz, México. 2007

Categoría: Fuerza de trabajo:		
Dimensiones:	*Características del informante	-Sexo -Edad
	* Formación Académica (preempleo, empleo actual)	-Estado Civil -Otras sociodemográficas
	* Experiencia profesional	-Formal -No formal
	* Trayectoria laboral	-Estancias académicas laborales
	* Percepción de las FESP	-Preempleo actual -Empleo actual -Responsabilidad laboral actual -Membresías -Certificaciones -Conocimientos, certificados y creencias -Obstáculos y facilitadores

De inicio, la propuesta de México reconoció que los estudios sistemáticos sobre FTSP y las FESP no tienen más de dos décadas. En el ámbito académico y en los paneles sobre las necesidades y políticas en formación de recursos humanos en salud, el asunto de la FTSP (con esta u otra denominación) casi siempre emerge. La FTSP ha dejado de ser un fenómeno invisible. Gran mérito de esto lo tiene la Organización Panamericana de la Salud y las diversas asociaciones y escuelas de salud pública que han impulsado su análisis y reflexión.

Sin embargo, es necesario señalar dos cuestiones. Una de ellas es que el asunto de la FTSP se ha concentrado en unos cuantos temas y convertido en puntos de investigación, por ejemplo lo relacionado con su cantidad, distribución, cobertura, etc., a pesar de abordarse con diferentes enfoques. La otra visión es la preeminencia de lo macrosocial, dejando de lado otras dimensiones del fenómeno. Por tal razón se decidió que la prueba incluyera una

aproximación a la percepción de los actores, en el entendido que la FTSP no es sólo un asunto de números, sino también de sus efectos. De ahí que uno de los propósitos fue no solamente explicar la FTSP sino también comprenderla desde los propios trabajadores de salud. Es la razón de haber incorporado la dimensión de percepción de las FESP con sus componentes de conocimientos, creencias, significados, obstáculos y facilitadores.

Fases

El trabajo se logró a partir del desarrollo de tres fases clave. El informe corresponde a las fases I y II y un primer acercamiento exploratorio de la fase III (Cuadro 4).

Cuadro 4. Fuerza de trabajo en salud pública. Fases de la prueba piloto. Veracruz, México. 2007

Fase	Objetivo	Recursos técnicos	Participantes
I	Identificar en los responsables institucionales de las organizaciones participantes a la FTSP relacionada con las FESP seleccionadas	Entrevista focalizada. Exposición e inducción a la prueba piloto. Lista de concentración para datos de la FTSP	Jefe Jurisdiccional de Servicios de Salud; Jefa de Acreditación de Servicios del Régimen de Protección Social en Salud en el Estado; Coordinadora de Enseñanza e Investigación de la Delegación IMSS-Norte; Jefe de Enseñanza e Investigación del ISSSTE; Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital de Zona del IMSS en Martínez de la Torre; Coordinadora de Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria de Martínez de la Torre, Veracruz.
II	Caracterización de La FTSP.	Cuestionario	FTSP de FESP 2 y 11
III *	Identificación de la mirada de los actores (Percepción sobre las FESP)	Cuestionario	FTSP de FESP 2 y 11

*Quizá sea adecuado profundizar esta fase con la realización de grupos focales con el propósito de ahondar en las respuestas.

Resultados

Fase I. Identificación de los participantes

Fueron diversas las estrategias utilizadas para entrar en contacto con los participantes. Una de ellas fue a través de los responsables institucionales designados por sus mandos superiores; responsables delegacionales de enseñanza del IMSS; de enseñanza e investigación del ISSSTE; el Coordinador Operativo de los SESVER y la responsable de acreditación de servicios del régimen de Protección Social en Salud. Con ellos se tuvieron al menos dos entrevistas individuales informativas y posteriormente una reunión de trabajo colectiva denominada "Inducción a la prueba piloto" a la que se incorporó el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria IV y colaboradores que asumirían corresponsabilidad durante el trabajo de campo. En el caso del IMSS que no acudió a la inducción, se le visitó en su oficina delegacional para plantear la relevancia de la experiencia y planear su ejecución. Dispuestos tales responsables, durante una de las sesiones del Consejo Estatal de Salud se presentó el proyecto a los mandos superiores de las instituciones participantes. En tal reunión se consensó la relevancia y se obtuvo la aprobación definitiva para aplicar el cuestionario en los sitios seleccionados.

Con todo lo anterior se consideró listo el terreno para realizar la reunión preparatoria del levantamiento de información en campo. En esta fase participaron además, de los actores ya mencionados, los responsables designados para coordinar en el sitio la fase de recolección de información. Asistieron, además de los representantes estatales, sus homólogos locales de los SESVER, del ISSSTE, del Régimen de Protección Social así como los supervisores zonales de los SESVER. En cada uno de estos actores locales recayó la responsabilidad de aplicar el instrumento en las instituciones correspondientes. En el caso

del IMSS, que no acudió a la reunión local, el coordinador operativo de los SESVER y el autor insistieron por diversas vías para que el IMSS aplicara los cuestionarios tal como se había convenido.

Cuando accedimos a los informantes a través de los responsables de las instituciones participantes^e y les solicitamos que identificaran a los trabajadores con responsabilidad directa en las FESP estudiadas, evidenció que no hubo mayor dificultad para reconocer con cierta claridad las FTSP relacionadas con la FESP 2; sin embargo, cuando les pedimos la distinción de la FTSP relacionada con la FESP 11 el reconocimiento fue un poco más complejo, seleccionándolos finalmente con la razón, por ejemplo, de que "esos eran los que hacían algo cuando se presentaba alguna contingencia", excepto en la clínica hospital del IMSS quien sin dudar lo identificó al responsable de la FESP 11.

Validez de la estrategia y los recursos técnicos
Para identificar la caracterización de la FTSP se elaboró un cuestionario que tuviese la cualidad de resolverse por el trabajador de salud, sin el apoyo de nadie más (autoadministrado), o si se deseaba, aplicado por algún agente colaborador del trabajo de campo. Se elaboraron al menos tres versiones del cuestionario antes de la definitiva.

El cuestionario se sometió a diversas pruebas de validez:

1. Congruencia de contenido entre las pautas orientadoras y la estructura del cuestionario.
2. A través de un experto, trabajador de salud. Poniendo a su consideración el cuestionario, categorías, secuencia y demás.
3. A través de siete trabajadores de salud, responsables institucionales, estatales y locales.
4. A través de un experto, investigador universitario.

^e Se sabe que la organización y prestación de servicios de salud en México no se orienta por el concepto de FESP; por tal razón en lugar de buscar quién hacía actividades enmarcadas en las FESP estudiadas se optó solicitar a los responsables institucionales la identificación de la FTSP. Si bien no operan con el concepto de FESP, en ámbitos normativos, jurisdiccionales y hospitalarios es posible reconocer profesionales de la salud que tienen la responsabilidad, entre otras, de desempeñarse profesionalmente en las funciones estudiadas. En ámbitos de unidades de primer nivel, excepto algunas unidades urbanas y de medicina familiar, es poco probable encontrar al trabajador de salud que se dedique a esa única responsabilidad. Por el contrario, desempeñan muchas ocupaciones, además de las evaluadas (sin saber los trabajadores de la salud que buena parte de sus prácticas se insertan en las funciones esenciales).

Toda vez que estos evaluadores lo aprobaron, se consideró como versión definitiva del cuestionario. Éste quedó constituido de quince apartados y las preguntas fueron de tipo biográficas, de hecho, de conocimiento y sensoriales. Preguntas cerradas, de acopleamiento y preguntas con respuestas abiertas para las preguntas sensoriales.

La confiabilidad se probó a través de someterla a respuestas de trabajadores de salud con amplia experiencia y conocimiento respecto de los trabajadores de salud. En una sesión colectiva presentó el cuestionario y los participantes valoraron las respuestas que correspondían y la forma del llenado, obteniendo respuestas estables. Esta primera condición de confiabilidad se complementó con la obtenida de la aplicación de la prueba piloto propiamente, la cual evidenció que el cuestionario tuvo la capacidad de discriminar los datos típicos de cada una de las instituciones y conservar relativamente estables los datos semejantes de todas las instituciones.

La validez de contenido fue de excelente nivel en lo general, la tasa de no respuesta para la totalidad de los apartados fue mínima, no más del dos por ciento y casi toda no respuesta fue relacionada con el apartado de "características del participante", por ejemplo: lugar de nacimiento (tres no contestaron); nacionalidad y estado civil (uno no contestó). Tasas un poco más elevadas de no respuesta fue para el apartado de "responsabilidad laboral" y "obstáculos" obteniéndose una tasa de no respuesta de 4.7 (cinco no contestaron) respectivamente; una tasa de 13.3 de no respuestas fue para "salario mensual" (catorce no contestaron). El apartado de "trayectoria laboral" (membresías y certificaciones) fue el más elevado (24.7), de tal manera que seguramente la información sobre "salario mensual" se deberá obtener de otra fuente y "trayectoria laboral" requerirá de otro tipo de técnica, seguramente entrevista focalizada. En su defecto construir las preguntas de una manera diferente y volver a probar su capacidad de obtener respuestas.

En lo que respecta a la cualidad del cuestionario de ser autoadministrado, a pesar de que

se acortó tiempo en la aplicación, con su distribución a trabajadores de salud al mismo tiempo; de que el informante lo contestó sin la presión del técnico de campo, e incluso que lo hizo a "sus tiempos", se encontraron algunas desventajas. Por ejemplo, se logró identificar que hay trabajadores de salud que para salir de "la tarea" de contestar el cuestionario llenaban sólo algunas secciones, por ejemplo, la primera y la última, dando la apariencia de que el cuestionario estaba completo. Si se decide el uso autoadministrado, se requiere de un responsable que al final verifique el llenado del cuestionario. De tal manera que la experiencia de esta prueba recomienda que el cuestionario se aplique por un técnico capacitado, aunque implique mayor tiempo en cubrir las unidades seleccionadas.

La aplicación del cuestionario fue compromiso de responsables locales designados por las instituciones, por ejemplo en los SESVER fueron los equipos zonales de supervisión; en el IMSS a través de la Jefatura de Enseñanza e Investigación de la Clínica Hospital; en el ISSSTE a través de los trabajadores de salud locales y en Protección Social por la coordinadora estatal. La actividad de aplicación consistió en acudir a la unidad de adscripción de los informantes, solicitar su colaboración e informarle en términos generales de los motivos de "la tarea", enseguida entregar el cuestionario y esperar que fuese llenado. En algunas ocasiones, por las ocupaciones del informante y no lo contesta en ese momento, se optó por dejar el cuestionario para su llenado toda vez que se desocupara; el responsable de aplicación en campo continuaba con sus actividades y durante la jornada regresaba, o bien el informante le hacía llegar el cuestionario respectivo.

La aplicación fue individual y no llevó más de quince minutos en promedio para contestarse.

Se aplicó análisis univariado utilizando datos absolutos. Para todas las preguntas biográficas, de hecho y de conocimiento, los datos se presentan en frecuencias y porcentajes. Para las preguntas sensoriales (percepción sobre las FESP), se aplicó análisis de contenido temático y sus resultados se presentan de manera narrativa/descriptiva.

Fase II. Caracterización de la FTSP

Análisis de las FTSP bajo las dimensiones exploradas.

Características del informante

En cuanto a sexo se refiere, el 58 por ciento de la muestra (60) fueron mujeres y el resto, 42 por ciento (44) hombres, lo que lleva a pensar que se presenta una tendencia de género, prácticamente femenina. En lo que se refiere a la edad de la FTSP se observa una fuerza de trabajo joven, 57 por ciento de ellos (60) se encuentran en los grupos decenales menores de 40 años y muy pocos, 16 por ciento (17), con 50 y más años. Casi el 60 por ciento (61) se refiere casado, le sigue los solteros 30 por ciento (32) y finalmente los que refieren vivir en unión libre y divorciados.

En cuanto a su procedencia, el 82 por ciento (83) es originario de un sitio diferente al que trabaja y en el momento de aplicar el cuestionario, su domicilio familiar también era diferente al laboral, 52 por ciento, lo que hace suponer que permanecen en el área de trabajo exclusivamente las jornadas y días laborales y el resto de días están fuera del sitio de trabajo. El 100 por ciento de la fuerza de trabajo participante se dijo tener carácter nacional (mexicano).

Formación académica

Para tener una aproximación al capital cultural del círculo inmediato de la fuerza de trabajo, exploramos la equivalencia educativa universitaria de su esposa (o), compañero (a), encontrando que el 60 por ciento era equivalente al del trabajador de salud.

La formación académica en educación formal que predominó en el preempleo fue que 81 por ciento (85) tenía al menos carrera técnica, universitaria o más; el resto 19 por ciento (20), su nivel de estudios fue inferior a carrera técnica. Los que refirieron estudios formales en el preempleo, el 53 por ciento dijo que licenciatura; 38 por ciento carrera técnica; 8 por ciento especialidad y 1 por ciento maestría. En lo que atañe a educación

no formal en el preempleo, únicamente el 22 por ciento dijo haber tenido experiencias de capacitación o actualización y de éstos el 100 por ciento fue de 1 a 3 oportunidades de aprendizaje. El resto, 78 por ciento no refirió estas experiencias.

En educación formal alcanzada durante el empleo, el 24 por ciento (25) refirió haber realizado estudios, 8 por ciento (2) en carrera técnica; 56 por ciento (14) estudios de licenciatura; 4 por ciento (1) especialidad y 32 por ciento (8) maestría. Si bien no disponemos de parámetros nacionales para dar una opinión al respecto, los datos hacen pensar que las instituciones están realizando esfuerzos para que los trabajadores adquieran mayores conocimientos.

En educación no formal, se observa una dinámica favorecedora para la capacitación y actualización del trabajador en salud; el 56 por ciento (59) refirió haber tenido experiencia de aprendizaje en capacitación o actualización; 51 por ciento (30) de ellos informó que fueron entre 1 y 3 experiencias; 49 por ciento (29) de 4 a 6 experiencias de actualización. Si bien es un esfuerzo importante, aun el 44 por ciento (46) no refiere haber tenido experiencias de aprendizaje.

También hay datos que llaman la atención por el escaso aprovechamiento, sólo el 10 por ciento (11) de la FTSP informó haber tenido estancias académicas, de investigación o laborales durante su empleo actual; el resto, 90 por ciento (94) no ha tenido o buscado estas experiencias.

Experiencia profesional

La experiencia profesional de la FTSP anterior al empleo institucional actual, después de haber egresado de la carrera técnica o universitaria, fue de 51 por ciento (53) y sin experiencia laboral el 49 por ciento (52), lo que nos habla de una fuerza de trabajo que ingresa prácticamente sin experiencia previa, pues de los que informaron que sí tenían la experiencia laboral preempleo, el 100 por ciento reportó entre 1 y 3 experiencias. Una vez que ingresan

[†] Promoción de la salud.

al empleo institucional actual el 56 por ciento de ellos reporta algún tipo de experiencia laboral antes de ocupar el puesto actual, en su gran mayoría de 1 a 3 experiencias; el 44 por ciento (46) ocupa el empleo actual sin tener experiencia previa al respecto.

En lo que toca a responsabilidad laboral actual, el 58 por ciento refiere una antigüedad en la institución de no más de 10 años y el resto 11 años o más. En el puesto actual el 87 por ciento (86) refiere máximo 10 años y de éstos el 45 por ciento (44) entre 1 y 5 años. FTSP relativamente joven, sin experiencias de actualización y escasa en el puesto. En congruencia con lo anterior, el 66 por ciento (57) refiere tener un ingreso mensual de no más de \$10,000.00; el 23 por ciento percibe entre \$3,000.00 y \$ 6,000.00; solamente el 17 por ciento (15) refiere un salario de \$15,000.00 y más.

Trayectoria laboral

La FTSP refiere no pertenecer a grupos afines a la FESP desarrollada 68 por ciento (71), y más delicado aún, 80 por ciento (84) refiere no estar certificado (gráficas 23 y 24).

El tiempo laboral que el trabajador refiere le destina al desempeño de la FESP es para la FESP 2 de 11 por ciento y para la FESP 11 de 7 por ciento; a otras FESP le destina más tiempo, por ejemplo la FESP 3 (26 por ciento), la FESP 1 (10 por ciento) y FESP 9 (10 por ciento), mayor el tiempo destinado que a la FESP 11. Señal de que son funciones de menor importancia al destinarle menos del 25 por ciento de tiempo laboral.

Percepción de las FESP

Los discursos de la FTSP se caracterizaron por expresarse en matices muy amplios. Para conocimientos encontramos hasta 21 maneras de identificar a las FESP. Con una clara tendencia de los SESVER para referirse a éstas como: "acciones hacia la población para mejorar la salud", "programas de salud", entre otras denominaciones; igual que la evidencia del tiempo destinado a la FESP 3^f, el discurso también coincide con que las FESP son "promoción de la salud" o "vigilancia epidemiológica". Le siguen en importancia las

FESP como "realizar investigación".

En cuanto a la percepción de obstáculos, se identificaron hasta 44 tipos, pero los primeros lugares los ocupan los relacionados con "falta de material de trabajo, medicamentos, insumos, presupuesto"; "falta de personal en las unidades " y en tercer lugar "la falta de capacitación del personal de salud", le siguen la "falta de tiempo para destinarla a las FESP", "la mala organización institucional para facilitar su desarrollo" y "el desinterés de la población" para participar corresponsablemente". Se menciona en este apartado de obstáculos para desempeño de las FESP, la referencia a las actitudes negativas de los propios trabajadores de salud.

Los facilitadores también ocuparon un amplio espectro, hasta 33 áreas de oportunidad se lograron recuperar, por ejemplo "la disponibilidad de material didáctico" (recuérdese la identificación de las FESP con promoción de la salud); la disponibilidad "de apoyo de las autoridades municipales" y "la coordinación intra e interinstitucional".

En lo que respecta a percepción de las FESP los discursos se caracterizaron por ser poco disperso el discurso. El conocimiento sobre las FESP es relacionado con acciones para mejorar la salud; promoción de la salud y algunos programas específicos, por ejemplo de prevención o detección.

Fase III. Comparación entre la FTSP y las FESP 2 y 11

Son pocas las diferencias entre la fuerza de trabajo, pero muy importantes pues dan pautas para estudios especiales. De entrada, en cuanto a sexo se observa una clara perspectiva de género: la fuerza de trabajo para la FESP 2, es femenina (62 por ciento) y para la FESP 11 es masculina (61 por ciento).

En cuanto al grupo de edad al que pertenecen la FTSP de la FESP 2 es más joven, el 63 por ciento tiene menos de 40 años en comparación con el 42 por ciento de la FESP 11. Para el estado civil y origen los datos son similares; más del 80 por ciento son originarios de un lugar diferente al sitio donde se encuentran trabajando. La coincidencia entre el domicilio

familiar actual y el sitio de trabajo es más coincidente para la FESP 11 (58 por ciento) que para la FESP 2 (49 por ciento). El nivel de estudios de la esposa (a), compañero (a) es más equivalente en la FESP 2 (60 por ciento) que la FESP 11 (52 por ciento).

La educación formal también exhibe diferencias en lo referente a nivel de estudios preempleo, la FESP 2 son mayormente licenciados (61 por ciento), seguido de carrera técnica (28 por ciento). Igual condición tiene la FESP 11, pero cambiando los porcentajes para licenciatura y carrera técnica, 40 por ciento y 33 por ciento respectivamente.

Educación no formal, preempleo actual, prácticamente sin variaciones entre las FESP. En cambio las actividades de educación formal en el empleo actual, la FESP 11 reporta que el 50 por ciento realiza estudios de licenciatura, 12 por ciento especialidad y 38 por ciento maestría; la FESP 2, 59 por ciento, 4 por ciento y 28 por ciento, respectivamente. Educación no formal y número de experiencias de aprendizaje no tienen diferencias, más del 50 por ciento informó realizar experiencias de actualización y la gran mayoría de 1 a 3 experiencias.

Estancias académicas, igual que los datos globales, en ambas FESP está escasamente desarrollada, no más de 15 por ciento las realiza.

Experiencia profesional y número de experiencias previas al empleo actual también son muy parecidas, el 100 por ciento tiene experiencia previa al empleo actual y más del 50 por ciento en el empleo actual. El número de experiencias en el empleo actual también es muy parecido, 95 por ciento y más de ambas FESP reportaron entre 1 y 3 experiencias.

La antigüedad institucional es mayor para la FESP 11, 94 por ciento se ubica en los rangos de 6 años o más, contra 76 por ciento de la FESP 2. Antigüedad en el puesto presenta porcentajes muy similares, poco más del 40 por ciento se ubica entre 6 y más años de antigüedad.

El salario mensual informado tiene sus diferencias, la FESP 11 reporta que el 61

por ciento tiene ingresos entre \$10,000.00 y \$15,000.00 o más; en tanto la FESP 2, los mismos ingresos son reportados en el 26 por ciento. De hecho la FESP 11 reporta el rango de ingresos mayor (\$15,000.00 y más) en el 38 por ciento de la FTSP; mientras el rango mayor para la FESP 2 es entre \$6,000.00 a \$9,999.00 con 41 por ciento.

La FTSP de la FESP 11 también observa mejores porcentajes en cuestión de membresías, 39 por ciento contra 30 por ciento de la FTSP 2. En certificaciones no hubo diferencias. En la misma tendencia de los datos globales, predomina el tiempo destinado a la FESP 3.

En cuanto a educación formal, la FESP 11 y la FESP 2 son similares, ligeramente superior en cuanto a maestría la FESP 11 y además con estudios menos dispersos. En cuanto a antigüedad institucional y antigüedad en el puesto se observa una mejor estabilidad para la FESP 11 que para la FESP 2.

Discusión

Son diversos los asuntos que vale la pena discutir en el marco de una prueba piloto, pero nos concentraremos principalmente en las cuestiones de la metodología.

1. Es poco probable que los datos del personal estén registrados en archivos de datos de administración de personal en los niveles regionales y menos los locales.

2. Cuando existe algún registro no contiene información para caracterizar a la FTSP; están incompletos o sin vigencia. De ahí que para pruebas futuras se deberán instrumentar métodos alternativos para identificar al personal y sus datos. En esta prueba en lugar de buscar a la FTSP para saber quienes eran los que realizaban FESP, optamos por identificar a la FTSP a través de la identificación de sus jefes inmediatos, pues como ya dijimos en una nota anterior la operación de los Servicios de Salud no se rige bajo el concepto de FESP.

3. Decidimos reagrupar los atributos que interesaba medir en términos de dimensiones y categoría; un proceso de construcción del

conocimiento inductivo-deductivo. Además se decidió explorar la mirada de los actores sociales, es decir, preocuparnos también por la comprensión y no sólo por la explicación. Lo cual resultó una tarea interesante y altamente productiva porque a partir de los resultados se planean actividades de capacitación y actualización de las FESP.

4. El cuestionario resultó ser fácil y rápido de contestar con una excelente validez y confiabilidad. Habrá que realizar más pruebas haciendo ajustes en aquellas secciones que mostraron inconsistencias.

5. El cuestionario probó que es posible identificar las particularidades de los participantes, así como lo que comparten todos. Aun así habría que realizar más pruebas para estimar su estabilidad cambiando los escenarios y los informantes.

6. Se ha explicitado la desventaja de que el cuestionario sea utilizado de manera autoadministrada si los trabajadores de salud que participan no están convencidos de que la información que proporcionan es valiosa, pues como se ha planteado ya, la barrera más importante para el desarrollo de los trabajadores de la salud pública es el desconocimiento sobre su tamaño y composición. Entonces para ser autoadministrado se requiere previamente sensibilizar a los informantes, no únicamente informarlos.

7. De entrada, la información obtenida nos permite ya focalizar áreas prioritarias; una de ellas es lo relacionado con el marco conceptual de las FESP y su aplicación en programas de capacitación y actualización del personal de salud. Otras serán el investigar sobre las diferencias encontradas, por ejemplo las cuestiones de género que aquí hemos encontrado ¿tendrá un comportamiento similar otras a FESP?

8. Por el tiempo destinado a las FESP, prácticamente menor al 25 por ciento, hace suponer que es una función de menor importancia en la organización, incluso se observa que la FTSP le destina mayor tiempo a otras FESP, por ejemplo la FESP 3.

9. Obligatoriamente se tiene que hacer mención el entusiasmo y la alta motivación que generó en los participantes de todos los niveles, la realización de la prueba. Sin tales condiciones hubiese sido muy complicada su culminación. De tal manera que para siguientes experiencias también se deberán planear acciones específicas para alcanzar estos niveles de motivación y entusiasmo.

Referencias bibliográficas

1. Rosenberg M y Lovelle S. *A methodology for projects to characterize the public health Workforce*. Ontario (Cánada):Queen's University; 2006. Documento de trabajo. 25 de agosto.
2. De Souza M y Barraza M J. *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires (Argentina); 1997. p. 227 (Bardin:1979, citado en De Souza, 1995).

Agradecimientos

A todas las instituciones participantes

- Organización Panamericana de la Salud
- Secretaría de Salud Federal. México
- Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública
- Servicios de Salud de Veracruz
- Sociedad Mexicana de Salud Pública
- Sociedad Veracruzana de Salud Pública
- Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública