

ARTICULO ORIGINAL

Alberto De La Galvez Murillo - Camberos*

Percepción de profesionales de la salud sobre las funciones esenciales de salud pública

RESUMEN

Pregunta de investigación

¿Cuál es el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública por el Ministerio de Salud y Deportes?

Objetivo

Medir la opinión de profesionales de la salud sobre el grado de desarrollo de las funciones esenciales de salud pública, como responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes.

Diseño

Estudio de opinión, exploratorio,

transversal y descriptivo.

Método

Encuesta anónima y autoadministrada.

Resultados

El valor promedio asignado a cada función esencial está alrededor de 5 sobre 10 puntos, que indica un desempeño regular.

Palabras clave

Rev. Cuadernos 2006; 51(1)44-49, Funciones esenciales de salud pública.

ABSTRACT

Research question

Is the Ministry of Health and Sports accomplishing its tasks in relation to the essential functions of public health?

Objective

To assess the opinion of health workers concerning the performance of the Ministry of Health and Sports

Design

Exploratory, cross sectional and descriptive

research.

Method

Anonymous and self-administered inquiry.

Results

The mean value assigned to each essential function was 5 of 10 possible points indicating a regular performance.

Key words

Essential functions - public health

INTRODUCCIÓN

Los Proyectos de Reforma de Salud surgieron en la Región con dos propósitos: a) separar las acciones de provisión de servicios de las que corresponden al financiamiento y, b) idear mecanismo para la contención de los costos cada vez más altos de la prestación de salud.

Los problemas derivados de la formación, capacitación y desempeño de los recursos humanos no fueron tomados en cuenta, ni tampoco la estructura ni el desempeño del sistema nacional de salud. Interesó muy poco el monitoreo y la evaluación. De ahí que últimas evaluaciones han resultado poco favorables para esos proyectos^(1,2), por lo que permanece latente la necesidad de reformar los sistemas nacionales de salud.

La razón principal para reformar los sistemas de atención de salud alrededor de un conjunto de

funciones esenciales de salud pública (FESP), es por la responsabilidad que tienen los encargados de la formulación de políticas de definir un conjunto de servicios que pueda presupuestarse a partir de recursos limitados. Pero también por la necesidad de coordinar entre los componentes del sistema nacional de salud, en áreas de la eficiencia, la eficacia, la justicia y la inclusión.

La crisis de la salud pública descrita hace más de 10 años⁽³⁾ sigue vigente. Después de todo, grandes sectores de la población permanecen excluidos del sistema de protección social de la salud. En el caso de Bolivia, esto ocurre a pesar de la estrategia de aseguramiento obligatorio⁽²⁾, que tiene carácter universal aunque con un contenido implícito a favor de los grupos empobrecidos.

En Bolivia, la necesidad de reforma surge a partir de los procesos de descentralización, que

* Docente Investigador Titular IINSAD, Facultad de Medicina, UMSA.

comenzaron hace más o menos 10 años, y que actualmente han adquirido nuevos rumbos, en medio de un debate confuso pero también de nuevas esperanzas y posibilidades, y en un nuevo marco de responsabilidades por la salud colectiva que trascienda los ámbitos del sector.

Las dificultades del Ministerio de Salud y Deportes para el cumplimiento de sus tareas derivan de: el proceso de descentralización; el reemplazo relativamente frecuente de las autoridades superiores e intermedias; el desmarque de las instituciones de seguridad social de las actividades de promoción de la salud y del SUMI; la dictadura sindical; el retraso del sector público de salud en incorporar la Ley SAFCO en sus procesos de planificación, seguimiento, control y evaluación y, finalmente, la ausencia de planes de desarrollo sectorial y estratégico.

Debido a los cambios actuales y a la necesidad de fortalecer el papel rector de los ministerios de salud, hay que reconfigurar esas funciones esenciales, en especial debido a la creciente separación de las áreas de financiamiento, mancomunación de riesgos y prestación de servicios, separación que sin embargo ha sido puesta en tela de juicio luego de recientes evaluaciones que han demostrado el relativo fracaso de las reformas de la salud en varios países^(1,2).

Si bien es cierto que en cada formación social hay una generación y desarrollo propios de la salud pública, entendida como campo de conocimiento y ejercicio profesional, deber del estado y compromiso de la sociedad con sus ideales de salud^(4,5), "las funciones esenciales de salud pública facilitan la conciliación de los abordajes locales, nacional e internacional al desarrollo de la salud y el bienestar"⁽⁶⁾.

Esto determina el grado de desarrollo de las instituciones, las condiciones de salud de la población y, también, los tipos de respuestas a los problemas de salud, debido a que la salud pública es, además, la disciplina que estudia las respuestas sociales a los problemas de salud de la población y el ambiente.

"El cumplimiento pleno de las funciones esenciales de salud pública permitiría que el Estado, y sus instancias de gobierno correspondientes, desempeñen mejor el papel rector, regulador y negociador que exigen los tiempos nuevos de la Región"⁽⁶⁾.

Lo anterior es más que necesario en Bolivia, en donde los procesos de descentralización han desmejorado por sí mismos la imagen del estado centralista, a la vez que han provocado una especie de reacción contestataria de las regiones y departamentos, en donde se considera que la desobediencia es una cuestión de principio.

Al mismo tiempo, no ha existido un desarrollo de la autoridad departamental de salud

correspondiente, por lo que la pérdida de rectoría no es un asunto exclusivo de la autoridad nacional, sino también de la intermedia. En el nivel local la situación es más crítica, ya que tal vez no exista la percepción de la existencia de una autoridad local de salud.

El Ministerio de Salud y Deportes no ha definido FESP, pero ha adoptado las establecidas por OMS, que son once⁽⁷⁾.

1. Monitoreo y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la salud
4. Participación social y empoderamiento de los habitantes en materia de salud
5. Diseño de políticas, planificación y capacidad gerencial para apoyar las actividades en salud pública y la función rectora de las autoridades de salud nacionales
6. Regulación de la salud pública y cumplimiento de las leyes adoptadas
7. Evaluación y promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud indispensables
8. Desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en salud pública
9. Garantía de la calidad de los servicios dirigidos a las personas individualmente y a la población
10. Investigación, desarrollo y adopción de soluciones innovadoras en el campo de la salud pública
11. Reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud.

Las funciones esenciales son atribuciones del Estado, como conjunto de acciones y responsabilidades. Son competencias sustantivas, propias e indelegables⁽⁸⁾. Se trata de aquellas funciones estatales críticas que deben estar presentes en los niveles, central, departamental y local, para poder mejorar las prácticas en el campo de la salud pública⁽⁷⁾.

Las FESP son también grandes áreas de actuación colectiva por la salud de la población, que requieren la definición de la estructura más adecuada y establecer cuáles estarán a cargo de la autoridad nacional, de forma total o parcial y en cuáles es necesaria la coordinación.

Las FESP permiten la identificación de un nivel macro, que tiene que ver con la rectoría y por tanto con el nivel jerárquico más alto, pero también hay un nivel micro, en el que están los servicios y programas esenciales, vinculados a las instancias intermedias y locales del sistema nacional de salud.

En esta misma línea, hay funciones esenciales genéricas, como la regulación, la fiscalización, la normalización y la información, propias de la autoridad nacional, en tanto otras son específicas, como el control de enfermedades, la vigilancia

epidemiológica y el saneamiento ambiental, que se corresponden más con las responsabilidades de las autoridades de salud intermedias y locales⁽⁶⁾.

Las FESP, además, aluden a un ente o sujeto a quien se le atribuye o responsabiliza el cumplimiento de una función dada, así como un objeto al que se dirige u orienta la acción del sujeto⁽³⁾.

En la investigación que se ha sido realizada, se ha tratado de establecer el grado en que esas opiniones atribuyen a la autoridad nacional de salud el cumplimiento de su función rectora y la medida en que lleva adelante esas funciones esenciales.

MATERIAL Y METODOS

Estudio exploratorio, transversal y descriptivo sobre la opinión que tienen del grado de desarrollo de las FESP, profesionales que concurren a los cursos de postgrado no clínicos de la Facultad de Medicina, y aquellos que trabajan en el nivel nacional, del Ministerio de Salud y Deportes. La población encuestada alcanzó a 85 personas. El periodo de aplicación duró todo el mes de octubre y parte de noviembre de 2005.

Con el fin de evitar conflicto de intereses, en el Ministerio de Salud y Deportes no se entrevistó a las autoridades superiores, a los directores generales ni a los directores nacionales.

La opinión de las personas entrevistadas fue

registrada en una encuesta anónima y autoadministrada que la llevaron a su casa, a fin de que tuvieron tiempo suficiente para leer las instrucciones y responder las preguntas planteadas.

El formulario de encuesta constaba de dos tipos de instructivos. El primero a manera de un relato sobre lo que son las funciones esenciales y la responsabilidad que tiene la autoridad nacional de salud de desempeñarlas. Esto debía permitir entre los entrevistados establecer un primer contraste entre su experiencia y percepción y la realidad presentada a través de la teoría.

Un segundo tipo de instructivo acompañó cada pregunta sobre las FESP. Esas instrucciones explicaban los aspectos que tienen que ver con cada función esencial, es decir las actividades, tareas, intervenciones, iniciativas a partir de cuyo cumplimiento era posible valorar el desarrollo de la función esencial analizada.

De las once FESP establecidas por OMS⁽⁷⁾, cuatro fueron fusionadas en dos, de suerte que resultaron nueve. Fueron fusionadas, por un lado, monitoreo y análisis de la situación de salud con vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, y por el otro, garantía de la calidad de los servicios dirigidos a las personas individualmente y a la población con, investigación, desarrollo y adopción de soluciones innovadoras en el campo de la salud pública.

Medidas de tendencia central y dispersión para la edad y los puntajes de las funciones esenciales de salud pública
La Paz, noviembre 2005

VARIABLE	VALOR MINIMO	VALOR MAXIMO	VALOR PROM	MODA	1 D.S	VARIANZA	C.V. ⁴	Po 75 ⁵
Edad	23	60	33	25	10,5	110,6	32%	---
FESP-1	1	10	5	5	2,2	5,0	44%	6
FESP-2	1	10	5	5	2,5	6,4	50%	7
FESP-3	1	10	5	6	2,2	5,0	44%	6
FESP-4	1	10	5	6	2,1	4,5	42%	6
FESP-5	1	8	5	4	2,3	5,2	46%	7
FESP-6	1	10	6	5	2,4	5,6	40%	7
FESP-7	1	10	5	5	2,2	4,7	44%	6
FESP-8	1	9	5	5	2,1	4,5	42%	6
FESP-9	1	10	5	5	2,3	5,2	46%	6
TOTAL	1	9	5	5	2,0	3,9	40%	6

En el cuestionario de encuesta, la primera función aparece como "generación de inteligencia sanitaria", en tanto que la segunda puede ser identificada por el texto casi inextenso de las dos FESP que la componen.

Las tareas que integran cada función esencial

fueron elaboradas a partir del trabajo que se corresponde con la cita bibliográfica número nueve⁽⁹⁾.

La respuesta de los encuestados a cada pregunta específica sobre las FESP fue numérica, valorando entre 1 y 10 el grado de desarrollo de la función,

a partir de la explicación que acompañaba a cada pregunta. El valor 1 significaba escaso o ningún desarrollo de la función esencial analizada, en tanto que 10 representaba lo contrario, es decir un desarrollo óptimo. No se trata de una escala tipo Lickert sino de datos de intervalo, porque están expresados en cantidad.

El formulario contenía además cinco preguntas que han permitido caracterizar a la población encuestada: edad, sexo, profesión, tipo de trabajo principal y, tipo de institución en relación con el trabajo principal.

Los datos contenidos en el formulario fueron procesados en computadora con el paquete EpiInfo 2000, versión 1.1.2 de 2 de noviembre de 2001.

RESULTADOS

Las personas que respondieron la encuesta suman 85⁽³⁾, de las que 45 lo hicieron en su condición de estudiantes de algunos de los cursos de postgrado no clínicos de la Facultad de Medicina, y el resto como responsables de programas nacionales o de algún componente en el Ministerio de Salud y Deportes.

El 52,4% son mujeres y el resto varones. A su vez, el 57,1% médicos o médicas, el 7,1% enfermeras y el restante 35,7% tiene otras profesiones universitarias. El 38,1% realiza trabajo asistencial clínico, el 26,2% gerencial, el 11,9% ejerce la docencia universitaria como trabajo principal, en tanto que el restante 23,8% desempeña otras funciones. El 42,9% trabaja en una institución pública, y el resto en ONG, seguridad social, Iglesia, institución privada o en la universidad.

Un resumen de los datos aparece en el siguiente cuadro, en relación con la edad, las nueve funciones esenciales investigadas y, además, valores correspondientes a lo que puede considerarse un promedio de las cifras del conjunto

de las funciones esenciales de salud pública.

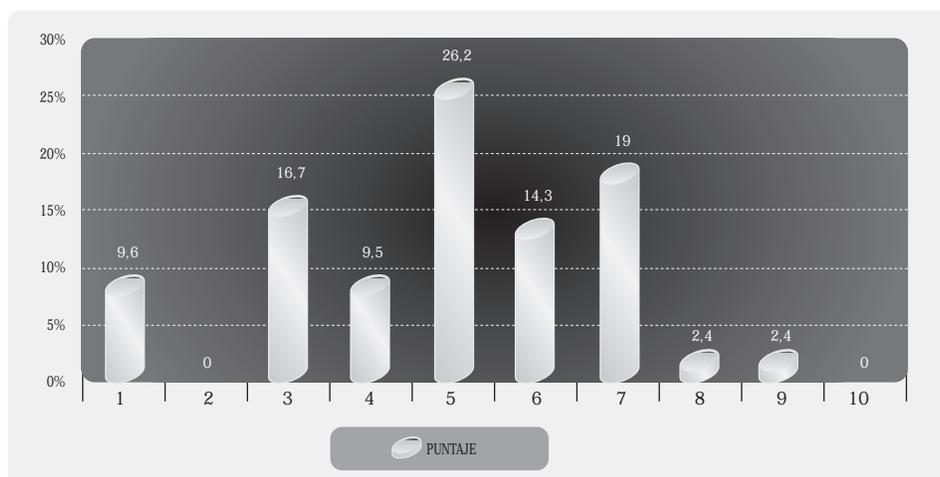
La opinión de las personas encuestadas ha sido muy variable, porque algunas asignaron puntajes tan bajos como 1 a todas las FESP, en tanto que otras les dieron 10 a todas ellas. Esas variaciones están expresadas en el cuadro precedente, en el que además de los puntajes mínimo y máximo, está el promedio; la moda, que no siempre coincide con aquella; la desviación estándar, que muestra como se ubica en la pirámide de Gauss el 67% de los valores; el coeficiente de variabilidad, que expresa en porcentaje y por tanto de mejor manera la mudanza de los datos. Finalmente, el percentilo 75, que revela la puntuación o calificación lograda por el 75 por ciento de los datos.

La media aritmética es de 5 sobre 10 puntos, incluso para el total, excepto para la FESP seis, que alcanzó 6 sobre 10. El puntaje máximo de las FESP cinco y ocho no es 10, como en el resto, sino 8 y 9, respectivamente.

La opinión dispersa de las personas encuestadas se manifiesta más en el coeficiente de variabilidad que en la desviación estándar. El mismo oscila entre 40 y 50 por ciento. Por esto mismo, el valor del puntaje promedio no es porque las personas entrevistadas prefirieron una respuesta ambigua, sino porque hay una percepción diferente del grado en que la autoridad nacional de salud cumple las funciones esenciales de salud pública.

Por tanto, si bien los valores del conjunto de la población entrevistada están muy próximos a la media aritmética, en rigor de verdad están distribuidos en un amplio recorrido. Esto resulta manifiesto en los valores de la varianza y en el propio percentilo 75, cuyo puntaje es generalmente 6, ya que en la curva de normalidad los valores están más concentrados hacia la izquierda. La figura muestra la dispersión de los datos para el conjunto de la FESP.

Distribución Porcentual de los puntajes del conjunto de las FESP La paz, Noviembre de 2005



Analizando los valores promedio y el puntaje que corresponde al percentilo 75, para cada FESP, es posible tener una idea inicial sobre las funciones que han merecido una mejor opinión. Así, las funciones dos, cinco y seis podrían caer en esa consideración.

La FESP seis tiene que ver con la evaluación y promoción de un acceso efectivo a los servicios de salud indispensables. Incluye responsabilidades como el aseguramiento de las condiciones adecuadas de prestación, organización y financiamiento de los servicios esenciales para eliminar la exclusión social; la incorporación crítica de tecnologías y del conocimiento científico ya validado, así como asegurar el acceso universal a servicios de salud continuos y de calidad.

Los anteriores aspectos tienen que ver con la estrategia adoptada por el país desde el año 1996, cuando fue creado el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que luego pasó a ser Seguro Básico de Salud y, actualmente, el Seguro Universal Materno Infantil. Desde esta perspectiva, las funciones esenciales menos favorecidas fueron las tres últimas, relacionadas con, recursos humanos, calidad de atención y, emergencias y desastres.

DISCUSIÓN

Si se considera que cada FESP está constituida por un conjunto de responsabilidades, y no por intervenciones o tareas únicas, es posible entender los resultados, que hasta podrían ser considerados relativamente favorables, si se tiene en cuenta el valor de la media aritmética, que para el caso de la función seis (acceso efectivo de los servicios de salud) es de 6, teniendo en cuenta que 10 era el puntaje máximo a lograr.

El concepto de función como conjunto es fundamental para entender también el proceso de evaluación, en este caso de opinión, ya que sería peligroso reducir una función a una o dos tareas, peor si se trata de actividades que están siendo desarrolladas. En tal situación, los puntajes podrían ser muy altos y por tanto no reflejar la realidad ni menos las necesidades ni el desempeño del sistema.

Una opinión bastante dispersa, como la que hemos

encontrado, podría estar señalando tres cosas: por un lado, insuficiente información sobre el contenido de cada función (que en esta investigación se trató de superar a través de los instructivos que acompañaban a los formularios de encuesta); por el otro, una opinión sesgada a partir de la focalización en una parte del contenido de la función, en este caso el más conocido por la persona entrevistada y, finalmente, la dificultad de emitir opiniones en ausencia de evidencias. Después de todo, la evaluación de las FESP se hace a partir de información estadística, encuestas e indicadores.

Finalmente, aquellos puntajes extremos (especialmente 1 y 10), que estuvieron presentes, señalan, por un lado, insuficiente información o comprensión de las FESP y su contenido y, por el otro, un cierto grado de mala intención cuando se trata del puntaje uno.

CONCLUSIONES

Los y las entrevistadas expresaron opiniones variables sobre el nivel de cumplimiento de las FESP por la autoridad nacional de salud, si se tiene en cuenta la distribución de los datos en la campana de Gauss y no tanto el valor promedio, que es bastante parecido para las nueve funciones evaluadas.

Por el mismo hecho de que los puntajes están bastante dispersos, pero también por la media aritmética y el valor del percentilo 75, es posible afirmar que la opinión expresada por las personas entrevistadas es relativamente favorable, asumiendo que los instructivos del formulario de encuesta cumplieron el propósito de uniformar y elevar su conocimiento sobre las FESP.

Esas opiniones fueron más favorables para la FESP seis, porque está relacionada con el Seguro Universal Materno Infantil. En cambio, según las personas entrevistadas, las funciones peor desempeñadas tienen que ver, en orden de importancia con: calidad de atención, recursos humanos y, desastres y emergencias.

De manera general se puede decir que los y las entrevistadas consideraron que el cumplimiento de las FESP por la autoridad nacional, alcanza un desempeño regular.

² Nos referimos a la estrategia establecida al margen de la Seguridad Social, es decir: al Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, primero, luego al Seguro Básico de Salud y, en la actualidad, al Seguro Universal Materno Infantil.

³ Recibieron la encuesta anónima 92 personas.

⁴ Coeficiente de variabilidad = desviación estándar / promedio X 100

⁵ Percentilo 75

REFERENCIAS

1. Antonio Ugalde y Nuria Homedes. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 17(3):202-209.
2. Nuria Homedes y Antonio Ugalde. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 17(3):210-220.
3. Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1992 (Publicación Científica No.540).
4. Paulo Marchiori Buss. Enfoques prioritarios en salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2000: 7-26.
5. Alberto De La Galvez Murillo. Bases para el rediseño curricular del curso de maestría en salud pública de la UMSA. La Paz: Fac. Medicina; 1999 (Tesis de grado).
6. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2000:33-51.
7. Organización Mundial de la Salud. Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2001; 10 (1): 62-68 (Temas de Actualidad).
8. Ministerio de Salud y Deportes. Política Nacional de Salud. La Paz; 2005 www.sns.gov.bo
9. Daniel López-Acuña. La reforma del sector salud y las funciones esenciales de salud pública: desafíos para el desarrollo de recursos humanos. En: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2000: 1-5.