

REVISTA

Año 4 - nº 15 - jan./fev./mar. 2013

RETS

Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

Bilingual edition
English
Spanish

Cooperación internacional: Angola, Japón y Brasil juntos en la formación de recursos humanos en salud



SUMARIO

2

ENTREVISTA

Carlos Einisman

4

SALUD GLOBAL

Carissa Etienne es la nueva directora de la OPS/OMS

5

NOTICIAS DE LA RED

Novedades sobre instituciones y lanzamiento de libro

6

PORTADA DE LA REVISTA

Proforsa, un proyecto para Angola

10

EXPERIENCIAS EXITOSAS

Argentina utiliza la cultura como estrategia para la salud

12

EVENTS

III Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud

14

TÉCNICOS EN SALUD EN EL MUNDO

Uruguay (parte 1)

RETS en las redes sociales

Dale "Me Gusta" a nuestra página en Facebook y síguenos en Twitter para enterarte de las noticias en tiempo real. Basta pulsar dos veces. ¡Pruébalo!



@rets_epsjv



facebook.com/rets.epsjv

Aunque la cooperación bilateral Sur-Sur sea considerada prioritaria para Brasil, el país mantiene actualmente diversos programas y proyectos de cooperación técnica triangular con países o con organismos internacionales. Ese trabajo en conjunto, que puede envolver organismos internacionales o países, representa un arreglo alternativo y complementario a los esfuerzos bilaterales y se basan, entre otros, en los siguientes parámetros: Actuación impulsada por la demanda (demand-driven); intercambio de tecnología y conocimiento sin imponer condicionalidades; y reproducción de buenas prácticas a ser transferidas y adaptadas a la realidad de cada país. La Cooperación Sur-Sur (CSS) triangular de Brasil ocurre a través de proyectos o programas temáticos enfocados en la formación y en la asesoría técnica, a veces combinados con la construcción de infraestructuras en pequeña escala y al suministro de equipamientos indispensables a la realización de las actividades. El reportaje de portada de esta edición de la Revista RETS es sobre uno de esos proyectos - el Proforsa - que reúne Brasil, Japón y Angola en iniciativas que buscan fortalecer el sistema de salud del país africano, a través de acciones estructurantes, entre las cuales la formación de recursos humanos para el sector.

Además, la revista retoma la discusión sobre la “invisibilidad” de los técnicos en salud a través de una entrevista con Carlos Einisman, director de la Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear (AATMN), cuya reciente presentación en el II Seminario Internacional Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en el Mercosur puede

ser vista en el área “archivo de eventos” del sitio web de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

En esta ocasión el país elegido para la sección “Técnicos en Salud en el Mundo” es Uruguay. Para completar, una linda experiencia de formación, que tiene la cultura como base y las manifestaciones artísticas como expresión, desarrollada por el Ministerio de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, en Argentina; los preparativos para el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, que se realizará en Brasil, en noviembre de este año, y la toma de posesión de la nueva directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Carissa Etienne, que en su discurso destacó la importancia de la cooperación y del intercambio de experiencias y conocimientos entre los países de la Región.

¡Les deseamos una buena lectura!

Secretaría Ejecutiva de la RETS

EXPEDIENTE

Año 4 – N° 15 – jan./fev./mar. 2013
La Revista RETS es una publicación trimestral editada por la Secretaría Ejecutiva de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud.
E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

CONSEJO EDITORIAL

Carlos Planel
(EUTM/Udelar – Uruguay)
Carlos Einisman
(AATMN – Argentina)
César Alfaro Redondo
(ETS-UCR – Costa Rica)
Elba Oliveira
(ENS-La Paz – Bolivia)
Isabel Araújo
(UnicV – Cabo Verde)

REVISTA RETS

Ana Beatriz de Noronha MTB25014/RJ
(editora)
Elisandra Galvão (periodista)

Michele Corrêa (passante de periodismo)
Marcelo Paixão (deseñador)
Zé Luiz Fonseca (deseñador)
Maycon Gomes (passante de diagramación)

TRADUCCIÓN

Atelier das Letras (Juana Portugal)

TIRADA

2 mil ejemplares

IMPRESIÓN

J. Sholna

SECRETARÍA EJECUTIVA DE LA RETS

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Mauro de Lima Gomes (director)

COORDENACIÓN DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Grácia Maria de Miranda Gondim
(coordinadora)

Ana Beatriz de Noronha
Anamaria D’Andrea Corbo
Kelly Robert
Carolina Viana Dantas
Elisandra Galvão
Michele Corrêa

DIRECCIÓN

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Av. Brasil, 4365 - Manginhos -
Rio de Janeiro - RJ - 21040-360
Phones: 55(21)3865-9730
E-mail: cci@epsjv.fiocruz.br

APOYO

TC41 – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil

Carlos Einisman

“La invisibilización de los técnicos de la salud es un caso particular de un fenómeno mucho más amplio”

Por *Elisandra Galvão*



Andrea Siffredi

El argentino Carlos Einisman es presidente de la Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear (AATMN). Comenzó su formación como técnico en medicina nuclear en 1981, en la Comisión Nacional de Energía Atómica (CNEA) y actualmente está finalizando la Licenciatura en Diagnóstico por Imágenes, con orientación en medicina nuclear, que dicta la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). En entrevista a la Revista RETS, él habla sobre la situación de los técnicos y la invisibilización de la tarea técnica de la salud en su país.

¿Cuál es la situación de los técnicos de la salud (TS) hoy en Argentina?

En tanto trabajadores argentinos, continuamos en el proceso de recuperación después del desastre que dejaron los '90. Podemos resumirlo como una renovada lucha por derechos para todos, versus privilegios para muy pocos. Se están reconstruyendo las redes comunitarias y sociales que permitan la apropiación de esos derechos, de manera de garantizar su ampliación y consolidación. En esta última década, hemos avanzado especialmente en relación a las posibilidades de acceso a la educación y a la formación profesional, a los escenarios de negociación de salarios y condiciones de trabajo que resultan en una movilidad social y laboral ascendente.

Como trabajadores de la Salud, la situación actual es fragmentaria y yuxtapuesta, como lo es el propio Sistema de salud argentino, donde conviven el sector público, el privado y el de la seguridad social. Es así que las relaciones laborales, los modos de contratación y las condiciones de trabajo son muy diferentes en cada uno de ellos, caracterizados por el sentido que organiza la actividad del subsector: sea el lucro en el ámbito privado; la atención de los afiliados en la seguridad social, o las complejas condiciones de acceso al ejercicio de un derecho constitucional en el ámbito público, como es el derecho a la salud. Otra de las nefastas secuelas del neoliberalismo fue incapacitar al Estado para ejercer el control efectivo de las condiciones de trabajo y ejercicio profesional, razón por la cual aun subsisten prácticas y condiciones de trabajo irregulares en el campo de la salud.

Dentro del equipo de salud, la situación de los TS, es la misma que se repite en otros países de la región y que mostramos para la Argentina en nuestras presentaciones del 2008 y 2012 en ambas ediciones del Seminario Internacional Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en el Mercosur. La pensamos desde la invisibilización de la tarea técnica en salud. No porque sea excluyente de otras situaciones, sino porque consideramos que es el eje que sostiene, estructura y organiza las ideas y prácticas con las que convivimos cotidianamente.

¿Cuáles los desafíos de la formación en este campo?

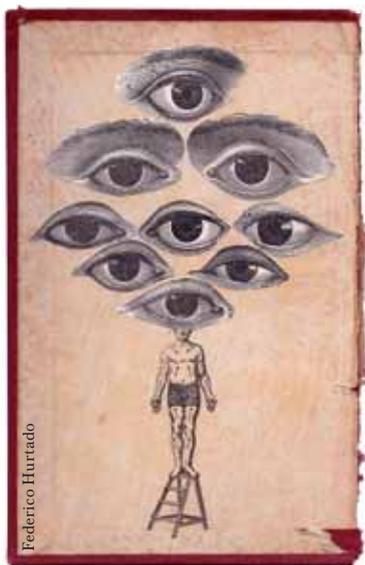
Podemos resaltar dos: uno urgente y el otro importante. El urgente es la normalización y organización del campo formativo. Es una primera etapa clave para garantizar una base curricular y actividades reservadas al título homogéneas en todo el país. Esa tarea sigue siendo llevada a cabo, a nivel nacional, por la Comisión Interministerial Salud – Educación, desde el año 2003.

El que identifico como importante en la formación de los TS, refieren a las ideas y valores que se transmiten en esa etapa clave de la vida. Las que tienen que ver, por ejemplo, con el rol del TS y su lugar en el equipo de salud. Porque esas ideas son las que determinan el modo en que se aplicarán los conocimientos adquiridos, las futuras necesidades de capacitación y el horizonte de desarrollo profesional de los TS. En algunos países de nuestra región, la idea del carácter subsidiario o paramédico de los TS, fundamenta su escasa preparación académica, y recíprocamente. Se trata de dogmas que no se nos presentan como tales, sino más bien como cierto “sentido común y dominante” instalado y validado por la costumbre.

¿Cómo son garantizados los derechos de los técnicos de salud?

Estamos amparados por las leyes laborales que alcanzan a los trabajadores en general y por los convenios colectivos sindicales. Algunas especialidades técnicas en salud tienen sus derechos protegidos en algunas provincias, pero no existe

aún una ley nacional de ejercicio profesional de los TS a la que puedan adherir todas las provincias argentinas. Esa es una tarea pendiente.



¿Qué aspectos usted observó al escribir el artículo *Siluetas de lo invisible: los técnicos de salud en la Argentina*?

En el año 2006, consulté a los representantes de las distintas asociaciones argentinas de TS sobre la cantidad de colegas que conformaban cada especialidad técnica. El resultado de ese recuento informal multiplicaba varias veces la cifra oficial. Eso me llevó a profundizar el tema cotejando distintos documentos de referencia nacionales y regionales, lo cual comenzó a poner en números y en palabras algo que hasta ese momento era una impresión, una sensación compartida que formaba parte de un incómodo y mal aceptado status quo, a saber: la invisibilización de la tarea técnica en salud en Argentina.

Usted define al TS como “el Profesional de la Salud responsable de procesos tecnológicos específicos, que opera garantizando calidad en sus procedimientos”. ¿La definición está concensuada en Argentina o en el Mercosur?

Habida cuenta de nuestras realidades diversas y dispersas, esa definición es a la vez descripción y aspiración. Pero su discusión colectiva está pendiente. No obstante, fue presentada en múltiples foros nacionales y regionales, sin objeciones que pueda recordar. ¡La próxima reunión de la RETS podría ser un excelente espacio para iniciar ese debate!

¿Cuál es el origen del término “trabajadores invisibles”? ¿Quiénes son ellos?

La invisibilización de los TS es un caso particular de un fenómeno mucho más amplio. En el siglo XX, desde la sociología se fueron habilitando espacios para el reconocimiento de esta situación en relación a distintos grupos: mujeres; pueblos originarios; migrantes; minorías religiosas; orientaciones sexuales diversas; etc. Algunos de esos grupos no son minoría numérica en absoluto, son minoría simbólica. Las mujeres, por ejemplo, son mayoría en la población mundial. Pero su acceso a los derechos civiles, políticos, etc. es un proceso reciente, lento e inconcluso. Estos procesos de visibilización son posibles en la medida que se fueron revisando las posiciones de referencia que funcionaron como modelos sociales: el pater familias y sus derivados. Podríamos decir que un nuevo fantasma recorre el mundo, junto a tantos otros. Ese fantasma es el de la visibilidad total. Y esa noción se ha instalado como necesidad, como un imperativo de la época. Los TS también encontramos aquí la oportunidad de plantear una situación que, si bien tiene siglos de vigencia, muestra ya su fecha de caducidad. Pero esa visibilización implicará nuevos desafíos en la formación y en las condiciones de ejercicio profesional que todavía no están suficientemente discutidas ni con los otros actores, ni dentro de nuestra propia comunidad.

¿En su artículo, *Ecos de una silente decisión: Cambios en la visibilidad de los Técnicos de la Salud en la Argentina (2008-2012)*, usted afirma que hay omisión de los técnicos de la salud como parte del equipo en esta área. ¿Por qué sucede esto?

La invisibilidad de la tarea técnica en salud, lejos de ser una categoría abstracta de las ciencias humanas o sociales, atraviesa y estructura valores y creencias que son aprendi-

Mais informações

- Einisman, C. *Siluetas de lo invisible: los Técnicos de la Salud en la Argentina*. I Seminario Formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e Mercosul, 25 de Novembro 2008. ESPJV/Fiocruz, RJ, Brasil. Disponible en www.epsjv.fiocruz.br, en Publicaciones > Libros.
- Einisman, C. *Ecos de una decisión: Cambios en la visibilidad de los Técnicos de la Salud en la Argentina (2008-2012)*. II Seminario Formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e Mercosul, 30 de Novembro 2012. ESPJV/Fiocruz, RJ, Brasil.
- Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear (www.aatmn.org.ar). Facebook: <https://on.fb.me/1578C9v>.

dos en las aulas y sostenidos en los laboratorios y los servicios de salud. Determina el alcance y el límite de esa tarea y de esos trabajadores en relación a su desarrollo profesional, e instala una brecha entre la realidad laboral cotidiana y los espacios de reconocimiento formal. Entre lo que realmente hacemos y lo que se supone que hacemos, o podríamos hacer. Esa invisibilización no sólo abona las condiciones para la subestimación numérica y simbólica, sino que afecta directa y negativamente las condiciones de vida y trabajo de los TS. En ese texto, planteé que no nos consta que esa decisión fuera tomada positivamente, sino que la instalación de la invisibilidad de los TS parece más bien una acción por omisión. No obstante, sigue plenamente vigente en su sentido y en sus efectos. En cuanto a los motivos de esto, respondo parafraseando a Borges, quien dijo alguna vez: “Las razones son falibles. Los hechos, no.” La investigación de las causas o el origen se enmarca en lo que llamé en ese texto como trabajos de contextualización. Esos estudios son necesarios, pero no suficientes para disolver el núcleo simbólico del problema y permitir transformar la realidad.

¿Cuál es la contribución de las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento para la actuación de los TS?

Siendo tantas y tan diversas las especialidades técnicas en salud, el impacto de las nuevas tecnologías es muy heterogéneo. Está relacionado con la calidad y alcance de la formación recibida. Una formación meramente instrumental, condiciona y limita al trabajador a operar ciertas y determinadas tecnologías. Es la formación que se corresponde a la idea del TS como un mero operador, el cual necesariamente debe trabajar supervisado por otro. Es por eso fundamental brindar una formación integral, que incluya ciencias básicas, aplicadas, humanas y sociales. Que permita acceder a las bases teóricas y alcances de las tecnologías del presente y del futuro, dado que su recambio seguirá siendo cada vez más rápido. Esa es la imagen del TS como profesional de la salud que está en línea con la definición mencionada más arriba. Esto es lo que nos impulsa a seguir: mejor formación para mayor autonomía y amplitud de nuestros horizontes profesionales. ■

Carissa Etienne asume dirección de la OPS/OMS defendiendo la universalización de la salud

Enero de 2013 fue el mes que marcó la toma de posesión de la dominicana Carissa F. Etienne en la **Organización Panamericana de la Salud** (OPS), que funciona como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas. Su mandato de cinco años empezó oficialmente el 1° de febrero. Ella es la segunda mujer a ocupar la dirección de la OPS, sucediendo a la argentina Mirta Roses Periago, que estuvo por diez años al frente de la organización. La solemnidad de juramentación fue realizada en Washington DC, con transmisión simultánea para todos los países de la región. La elección de Etienne aconteció el día 19 de septiembre de 2012, durante la 28ª Conferencia Sanitaria Pan-Americana.

Etienne es graduada en medicina y cirugía por la Universidad de las Indias Occidentales, hizo su maestría en salud comunitaria y es especialista en salud pública por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. A pesar de nunca haber soñado con la posibilidad de ocupar el cargo en la OPS, enfrentará el nuevo desafío con coraje y compromiso, conforme afirmó durante la ceremonia de juramentación.

Ella defiende que la buena salud tiene sus raíces en la equidad, universalidad, solidaridad e integración. “Aprendí que la cobertura universal es la mejor forma de mejorar la salud de todos los ciudadanos de cualquier país y es plenamente factible”, observó.

“Estoy muy emocionada con la perspectiva de tener nuevos enfoques para la cooperación técnica. Muchos países miembros de la OPS tienen una gran capacidad, espero contribuir para el fortalecimiento de las redes y establecer mecanismos para facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias, no apenas en la región, sino también con los otros continentes que integran la OMS. Todos se beneficiarán con eso”, afirmó.

En su país, Dominica, una pequeña isla caribeña con cerca de 750km² y 70 mil habitantes, ella actuó en el Ministe-

rio de Salud como directora general de salud (2000-2002 y 1995-1996), directora de servicios de atención primaria y coordinadora para desastres y epidemiología nacional. También estuvo frente al Programa Nacional de Sida, del Comité Nacional para el Sida y del Hospital Princesa Margarita. Académicamente, fue profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ross.

Del 2003 al 2008, como subdirectora de la OPS, estuvo a cargo de cinco áreas técnicas: Sistemas y Servicios de Salud; Tecnología, Asistencia e Investigación en Salud; Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades; Salud Familiar y Comunitaria; y Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Entre 2008 y 2012 asumió el cargo de subdirectora general para Sistemas y Servicios de Salud en la sede de la OMS, en Ginebra, donde fomentó orientaciones políticas de reducción de las desigualdades y universalidad del acceso, de atención centrada en la persona, de acceso a productos y tecnologías médicas seguras y eficaces, entre otras.

Visita a Brasil

La primera visita oficial como directora de la OPS fue a Brasil. Del 25 al 28 de febrero ella estuvo en Brasilia y en Rio de Janeiro, donde visitó la Fiocruz.

En Brasilia, además de reunirse con los funcionarios de las áreas técnicas y administrativas de la Representación de la OPS/OMS en Brasil, Etienne participó de la mesa de apertura de la Reunión Regional “Salud en todas las políticas”, preparatoria para la 8ª Conferencia Global de Promoción de la Salud, que ocurrirá en junio en Finlandia. En esa oportunidad, ella destacó la necesidad de que el sector salud aumente su trabajo en conjunto con otros segmentos para que, juntos, puedan actuar por la mejoría de la salud de la población del continente.

Otro punto destacado fue la importancia de Brasil en el contexto de la implementación de las prioridades de las políticas de salud propuestas por la OMS y de su papel en la disseminación de esas políticas apoyadas por la OPS, para los demás países de la Región. Para la directora, la Región posee excelencia en la elaboración de material técnico en el campo de la promoción de la salud, con potencial de disseminación para las demás naciones.

Entre los puntos que serán contemplados en la planificación de acciones 2013-2018 está la agenda de la salud post 2015. Etienne reconoció aún la importancia de los recursos humanos en el desarrollo de la cooperación técnica, con especial énfasis para la calificación profesional en ese proceso. ■

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), fundada en 1902, es el organismo internacional de salud pública más antiguo del mundo. Su misión es orientar los esfuerzos estratégicos de colaboración entre sus 25 estados miembros y otros colaboradores para promover la equidad en la salud, combatir las enfermedades, mejorar la calidad y prolongar la vida de los pueblos de las Américas. Además de los países miembros, la OPS/OMS reúne tres estados participantes – Francia, Holanda y Reino Unido –, cuatro miembros asociados – Puerto Rico, Aruba, Curaçao y San Martín – y dos estados observadores – Portugal y España.



Ministério da Saúde

Nuevo Consejo Directivo de la APTM para el bienio 2012-2014



La Asociación Panamericana de Tecnólogos Médicos (APTM), que es miembro de RETS desde noviembre del 2011, eligió su nuevo consejo directivo para el bienio 2012-2014 durante la VII Jornada Panamericana de Tecnólogos Médicos. La Jornada fue realizada del 26 al 29 de septiembre del 2012, en Quito (Ecuador), conjuntamente con el II Congreso Internacional en Especialidades de Tecnología Médica.

El nuevo consejo directivo de la APTM cuenta con el chileno Juan Carlos Araya, que permanece en la Presidencia con Sara Valer Gonzales, de Perú, en la Secretaría y el argentino Carlos Sánchez, como director de la Asociación.

La APTM fue creada en Arica (Chile), en 1992, durante la I Jornada Panamericana convocada por el Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile, con la finalidad de ampliar la comunicación y el intercambio de experiencias entre los países participantes, favoreciendo también el intercambio profesional, con la finalidad de fortalecer la difusión del conocimiento en las diversas especialidades. En la V Jornada Panamericana, realizada en 2010, en Santiago (Chile), la APTM fue revitalizada después de algunos años de inactividad. ■

Secretaría Ejecutiva de la RETS participa de la conferencia de Asa Cristina Laurell realizada en Isags



La Secretaría Ejecutiva de la RETS estuvo representada en la conferencia “Sistemas Universales de Salud: Objetivos y desafíos”, que la investigadora Asa Cristina Laurell presentó el 21 de febrero en la sede do Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags), en Rio de Janeiro. Asa Cristina, que es autora de diez libros y tiene más de cincuenta artículos publicados en revistas científicas especializadas, nació en Suecia y se estableció en México, donde llegó a liderar la Secretaría de Salud. El evento fue

transmitido en línea, con traducción simultánea al portugués y al inglés, y registró más de 1.600 conexiones en 20 países de tres continentes.

Asa Cristina destacó el consenso actual sobre la necesidad de reformar los sistemas nacionales de salud, con la finalidad de buscar la cobertura universal, y mostró las diferencias entre las dos grandes escuelas de pensamiento, en lo que se refiere al contenido de esas reformas: La primera, que trata de la salud en el ámbito de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal, mercantiliza el sector y propone un sistema con múltiples administradores de fondos, compradores y proveedores de servicios, que favorece la canalización de dispendiosos subsidios fiscales; la otra, inspirada en el estado social, en el cual lo importante es garantizar la igualdad de acceso, que defiende la creación de un sistema único y público de salud.

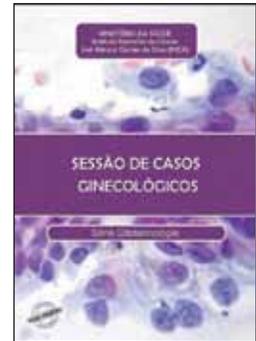
Después de la conferencia la investigadora respondió a innumerables preguntas de los presentes o enviadas por correo electrónico, Twitter y Facebook. Las diapositivas de la presentación de Asa Cristina Laurell, la conferencia completa en tres idiomas y un artículo preparado por ella sobre el tema pueden ser accedidos a través del sitio web del Isags (www.isags-unasur.org). ■

EUTM lanza nueva imagen institucional



La Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM) de Uruguay estrena su nueva imagen institucional. Diseñada por Fernanda López, estudiante de la Licenciatura en Laboratorio Clínico, el

Inca lanza libro sobre citotecnología



El primer libro de la Serie Citotecnología - Sesión de Casos Ginecológicos -, lanzado recientemente en Brasil, reúne los casos clínicos que los técnicos en citopatología (citotécnicos - trabajadores de salud responsables por la elaboración de laudos técnicos de apoyo al diagnóstico de gran número de enfermedades a partir de análisis de muestras celulares de prácticamente todo el cuerpo humano) presentaban en las sesiones mensuales de control de calidad del Instituto Nacional del Cáncer (Inca), órgano brasileño dedicado a acciones nacionales integradas para el control y prevención de la neoplasia.

La idea del libro fue hacer un registro inédito de la actuación de esos profesionales con la finalidad de dar visibilidad al trabajo realizado y estimular el intercambio de conocimientos. La previsión es que hasta el final de este año las cuatro publicaciones de la serie estén finalizadas. Dos libros abordarán casos clínicos ginecológicos y no ginecológicos y los otros dos enfocarán la técnica de coloración e inmunocitoquímica. En este momento, el primer libro está disponible apenas en portugués, pero la buena noticia es que la versión en línea en español ya fue aprobada. El archivo completo puede ser accedido en el sitio web del Inca (www.inca.gov.br), en: ‘Publicações’ > ‘Sessão de Casos Ginecológicos’. ■

logo representa en su forma y gama de colores la diversidad en la unidad, es decir, 18 carreras, estudiantes, docentes, funcionarios y egresados, siendo todos parte de la misma institución. ■

Proforsa:

proyecto aporta nuevas perspectivas para el sistema de salud de Angola

Por Elisandra Galvão

Fotos: equipo EPSJV



Situada en la región Austral Africana, Angola, una ex colonia portuguesa, necesitó más de 20 años de luchas para conquistar su independencia, declarada finalmente el 11 de noviembre de 1975. Posteriormente, ya como un Estado de derecho democrático, enfrentó 27 años de una guerra civil que significó enormes pérdidas para el país. Con la paz establecida en 2002, esta nación multicultural y multilingüe, cuyo idioma oficial es el portugués, pudo finalmente dar algunos pasos importantes para su reestructuración. En el área de la salud, fue establecido un sistema formado por componentes públicos y privados, con base en los principios de la universalidad y de la gratuidad de los cuidados.

Necesidad de mejorar la salud de la población inspira proyecto de cooperación

El **estado de salud** de la población angolana se caracteriza por la baja esperanza de vida al nacer, altos índices de mortalidad materno-infantil, una elevada carga de enfermedades transmisibles y crecientes enfermedades crónicas y degenerativas, así como de mortalidad prematura evitable.

La limitada accesibilidad a los cuidados de salud de calidad es uno de los principales problemas, siendo que la coparticipación en los costos, en los modelos actuales de implementación, en el sector público, es reconocida como un obstáculo al acceso a los servicios y a la equidad. Varios factores contribuyen para el débil desempeño del sistema de salud como la baja cobertura sanitaria y la fuerza de trabajo reducida, la problemática gestión de los recursos disponibles y la

débil promoción de la salud en un contexto socioeconómico y ambientalmente favorable a las endemias y epidemias.

Para completar este cuadro delicado, tenemos el acceso deficiente a la alimentación agua potable, saneamiento, educación, energía eléctrica y otras comodidades. En las localidades extremadamente pobres, el consumo diario de calorías es inferior a un tercio de lo recomendado. Apenas 25% de las familias urbanas consumen diariamente la cantidad de calorías recomendadas. Y más, el calentamiento global, la deforestación, la polución sonora y otras degradaciones ambientales debido a la exploración de los recursos naturales tienen un impacto negativo sobre la salud de la población, aunque se desconozca con precisión la magnitud en Angola.

Y fue justamente la necesidad de mejorar la calidad de los cuidados prestados por el subsistema público de salud – Servicio Nacional de Salud – y calificar **sus profesionales** que determinó la elaboración y creación del Proforsa, un proyecto de cooperación técnica y financiera cuyo objetivo es el fortalecimiento del Sistema de Salud, por medio del desarrollo de Recursos Humanos en el Hospital Josina Machel y en otros servicios de salud, y la revitalización de la Atención Primaria de Salud de Angola.

Proforsa: Tres países, un objetivo

El Proforsa, desarrollado con el apoyo de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (Jica, del inglés Japanese International Cooperation Agency),

Datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que la población angolana es muy joven, 50% tiene menos de 15 años de edad, en cuanto 60% tiene menos de 20 años, y 93% menos de 50 años. Esos índices tienen aún un agravante, la expectativa de vida, que es de 51 años para los hombres y 53 para las mujeres. La media de esperanza de vida saludable al nacer (Healthy Life Expectancy at Birth) es de 32 años para los hombres y 35 para las mujeres. Esto es atribuido a la elevada mortalidad infanto-juvenil y mortalidad prevenible en la edad adulta causada, principalmente, por enfermedades endémicas como la malaria, que tiene un impacto sobre la mortalidad materna.

Informaciones divulgadas por el Ministerio de Planificación en el documento “Estrategia de Combate a la Pobreza de Angola” complementan los datos anteriores. El índice de mortalidad de los niños (menores de 5 años) es la tercera más elevada del mundo, calculada en 158 muertes para cada 1.000 nacidos vivos. Un reducido número de enfermedades como la malaria (primera causa de morbi-mortalidad), infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, tuberculosis, tripanosomiasis (enfermedad del sueño), inmunoprevenibles (sarampión y tétano), sida y anomalías congénitas son las responsables directas por dos tercios de las muertes entre los niños.

En el ámbito gubernamental, los profesionales de salud son clasificados como servidores públicos de carrera especial en salud. Ellos tienen las siguientes distinciones: Médicos, enfermeros (nivel básico, medio y superior), técnicos de diagnóstico y terapéutica (farmacia, laboratorio de análisis clínicas, radiología, estadística médica, fisioterapia, estomatología, oftalmología, nutrición, bioquímica, anatomía patológica, microbiología) y personal de apoyo hospitalario.

La formación y perfeccionamiento profesional, además de la calificación permanente en el campo de la salud, están previstos en el artículo 15 de la Ley de Bases del Sistema Nacional de Salud. El documento prevé que la formación es un objetivo a ser alcanzado. La Dirección nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Angola (DNRH/Minsa) elaboró el Plan Nacional de Desarrollo de los Recursos Humanos (1997-2007), que tuvo como prioridades la duplicación de la formación del número de médicos existentes y la aceleración de su especialización. Para los enfermeros y técnicos en diagnóstico y terapéutica fue preconizada la promoción de los profesionales de nivel básico para el medio y de los promotores para auxiliares. Estaban previstos cursos de especialización para el nivel medio y acciones de actualización profesional. Aunque el plan haya sido desarrollado en algunas provincias que realizaron los cursos de promoción de técnicos, los módulos de especialización no se realizaron por falta de cuerpo docente en segmentos específicos.

Hoy, las instituciones de formación técnica en salud del país tienen la siguiente organización: Escuelas Técnicas de Salud (ETPS), para la formación de los técnicos básicos; Institutos Medios de Salud (IMS), para formación de técnicos medios; Escuelas de Formación de Técnicos en Salud (EFTS) para formación de técnicos medios y especialistas del mismo nivel; e Instituto Superior de Ciencias de Salud (Iscisa) y las universidades, para la formación de los técnicos superiores.

abarca el Ministerio de Salud de Angola (Minsa), la Agencia Brasileña de Cooperación (ABC), la Universidad Estadual de Campinas (Unicamp) y dos unidades de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz): La Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (Ensp) y la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV).

ABC es el órgano del Ministerio de las Relaciones Exteriores (MRE) encargado de coordinar la ejecución de los programas de cooperación técnica entre Brasil y otros países y organismos internacionales. La Agencia operacionaliza la política de cooperación técnica brasileña según orientaciones y directrices emanadas por el Ministerio de las Relaciones Exteriores. Las atribuciones de la ABC, tanto en el Proforsa cuanto en otros proyectos de cooperación, abarcan desde la asesoría a las instituciones beneficiadas por la cooperación en la elaboración del proyecto, apoyo al MRE en las negociaciones con organismos internacionales y agencias de cooperación (en el caso del Proforsa, Jica), coordinación de programas y actividades de cooperación técnica, acompañamiento y evaluación de los mismos.

Cambios en la cartografía político-social afectan escenario de la salud

Para entender parte de las transformaciones por las que Angola, un país formado por 18 provincias, 164 municipios y 532 comunas, es necesario retomar marcos de los últimos 30 años. La primera década de independencia fue marcada por la ampliación de la red sanitaria y por la escasez de recursos humanos de salud, compensada por los profesionales reclutados al abrigo de acuerdos de cooperación. En un segundo momento, se observa un recrudecimiento del conflicto, reformas políticas, administrativas y económicas que, de cierta forma, tuvieron un impacto negativo sobre el sistema de salud, como la destrucción y reducción drástica de la red sanitaria.

En los años 90, que marcaron el auge de la onda neoliberal en el mundo, se estableció en Angola la Ley 21 – B/92 del 28 de agosto, Ley de Bases del Sistema Nacional de Salud (SNS). Con este documento, el Estado deja de tener la exclusividad de la prestación de los cuidados de salud y es dada la autorización para el funcionamiento del sector privado. También se introdujo la noción de coparticipación de los ciudadanos en los costos de la salud, pero manteniendo el sistema tendencialmente gratuito.

La segunda fase de la economía de mercado se caracterizó por haber alcanzado la paz, traducida en una estabilidad macroeconómica, intenso esfuerzo de rehabilitación y reconstrucción nacional que han beneficiado al Sistema Nacional de Salud (SNS). Ese es un período en el cual hubo un aumento significativo de los recursos financieros del Estado para el sector salud.

Cooperación triangular visa la formación en salud

El Proforsa fue firmado en 2009, pero sus bases fueron establecidas a mediados de la década de 1990, cuando tuvo inicio una cooperación entre Angola y el gobierno japonés para restauración de las instalaciones del Hospital Josina Machel, que es una institución de referencia nacional, y de la Maternidad Lucrecia Paim. Durante el proceso, en el cual fueron aplicados aproximadamente 40 millones de dólares, quedó clara la necesidad de formar profesionales capaces de mejorar la calidad de los servicios prestados por los órganos de salud de Angola. Fueron los consultores japoneses los que señalaron la importancia de establecer una cooperación triangular Angola-Brasil-Japón para alcanzar ese objetivo. Hay registros de la actuación brasileña en territorio angolano desde la década de 1980, cuando fue firmado el Acuerdo de Cooperación Económica, Científica y Técnica entre los dos países.

La reunión para establecer la cooperación entre las tres naciones fue promovida en 2007. La fase preliminar del trabajo duró hasta 2009 y, en ese período, fueron formados más de 750 profesionales de salud en las áreas de administración hospitalaria, imagenología, enfermería y laboratorio clínica. La iniciativa obtuvo resultados positivos e hizo posible la identificación de nuevas demandas para perfeccionar la asistencia de salud en Angola, en los niveles de atención terciaria y primaria. La evaluación final condujo a la formulación del Proforsa, concebido con fuerte característica estructurante, además de estar orientado al fortalecimiento de las políticas vigentes del sistema de salud de Angola a través del apoyo dado por Brasil y Japón al Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos y al Plan Provincial de Revitalización de Asistencia Primaria.

Objetivos

- Profundizar y fortalecer el conocimiento de la situación de la salud en Angola, con énfasis en las áreas abarcadas por los cuatro CS-R, pilotos en el Proforsa.
- Analizar las prácticas gerenciales, destacando la capacidad de negociación, la conducción del proceso de trabajo y el control de los resultados del proceso productivo con el objetivo de asegurar el funcionamiento del CS-R.
- Realizar actividades que fortalezcan la sustentación política del Proforsa.



- Población: 19, 6 millones (datos de 2011);
- 55% del PIB y 95% de las exportaciones de Angola dependen del sector petrolífero;
- 160° lugar es la posición de Angola en un ranking de 173 países. Más de 61% de la población vive abajo de la línea de la pobreza, de los cuales 26% en pobreza extrema;
- entre 67% y 76% de estudiantes están en el primer nivel de enseñanza. En el superior están 3,2%;
- 33% de la población con más de 15 años es analfabeta. El índice llega a 50% entre las mujeres, que componen cerca de 70% de la fuerza de trabajo del sector informal;
- apenas cinco ciudades de Angola se benefician con una cobertura parcial de red de desagüe: Luanda, Huambo, Lubango, Lobito y Benguela.

Grácia Gondim, coordinadora de Cooperación Internacional de la EPSJV, acompañó las dos últimas misiones en África e informa que la implantación del Proforsa, formulado con base en una reflexión sobre el



sistema de salud de Angola y los objetivos del milenio, abarca todos los niveles de complejidad del sistema. “En el proyecto piloto, que está siendo realizado desde 2011 en la capital, Luanda, el papel de la Fiocruz es dar soporte técnico para el desarrollo e implementación de las actividades de atención primaria previstas en el plan de trabajo, a través de la calificación de profesionales de salud angolanos en Brasil y en Angola. Simultáneamente, la Unicamp ofrece soporte técnico para el desarrollo e implementación de las actividades de atención terciaria. El Minsa, a su vez, asumió la responsabilidad general por la ejecución del proyecto, ofreciendo infraestructura física, disponibilizando salas, materiales de enseñanza, instrumentos de formación, y gestión y uso de equipamientos y materiales ofrecidos por los coordinadores del proyecto”, explica.

Ella destacó aún algunos puntos importantes sobre la cooperación triangular: la construcción colectiva del conocimiento, la perspectiva estructurante y compartida, y el respeto a la cultura y a los conocimientos locales.

Las líneas generales del Proforsa (instituciones ejecutoras, tiempo de ejecución, objetivos, actividades y resultados esperados) fueron definidas conjuntamente por los representantes de Jica, ABC, Minsa, Hospital Josina Machel, Maternidad Lucrecia Paim y Dirección Provincial de Salud de Luanda.

El analista de proyectos de la ABC, Josué Ferrera Nunes Neto, resalta que el papel del órgano es mantener el flujo en esa relación entre las tres naciones, defendiendo e imprimiendo a la cooperación técnica internacional las directrices de la política externa brasileña y las prioridades de gobierno, además de favorecer la profundi-

zación de las relaciones entre Brasil y otros países y agencias. “Este acompañamiento es la garantía de que lo que fue planeado sea realmente ejecutado por todos los actores involucrados”, afirma.

Sobre la cooperación triangular, él destaca la forma como fue construido todo el proceso de cooperación. “El Proforsa se caracteriza como el trabajo en común entre instituciones, constituido por un conjunto de actividades que buscan la transferencia, la absorción y el desarrollo de conocimientos específicos, utilizando consultoría brasileña especializada, formación y entrenamiento de recursos humanos y complementación de infraestructura de las instituciones del país beneficiado, siempre respetando el principio de las relaciones ecuanímes y de la justicia social, sin imponer cualquier condicionalidad a los asociados”.

Diario de las misiones

En la primera misión, realizada en febrero de 2012, fueron constituidas las secretarías ejecutivas de los Comités de Coordinación y de Implementación del proyecto. Ya en la segunda, realizada de mayo a junio y con carácter más técnico, los profesionales brasileños se dedicaron al análisis del contexto y de las principales cuestiones de salud en diversas localidades de Luanda. En esa ocasión, fueron realizados el seminario El Contexto político institucional del Proforsa: Reconocimiento de actores, repactuando responsabilidades de acciones y el taller Metodología de Análisis de Contexto - Módulo 1 del Curso de Gestión en Atención Primaria de Salud.

En octubre de 2012, ocurrió la tercera misión y el Módulo 2 - Indicadores para la Planificación Local y Gestión en Salud, que es determinante para la construcción de la propuesta de revitalización de la atención primaria en Luanda. En la cuarta misión, realizada en marzo de 2013, fueron realizados el Módulo 3 - Transformar idea en acción - Operacionalización del CS-R y al-

gunos encuentros profesionales del Comité de Implementación Conjunta del Proforsa.

La próxima misión está prevista para los meses de mayo y junio de 2013. “Las misiones estructuran cursos de especialización técnica de mil horas, divididos en módulos temáticos de 80 horas, los cuales incluyen minicursos, talleres y seminarios. En el primer grupo, por ejemplo, nosotros tuvimos profesionales de nivel medio y superior en uno de los minicursos”, explica Gracia.

En Luanda, los módulos para técnicos de salud son ofrecidos en cuatro Centros de Salud de Referencia (CS-R) – el de Samba, en Samba; el de Cassequel, en Maianga; el de Ilha, en Ingombota; y el de Terra Nova, en Rangel.

Los alumnos de los cursos son gestores de los centros y las actividades, en el primer año, buscaron efectuar un diagnóstico situacional con los principales problemas y las necesidades prioritarias de cada uno de los CS-R, bien como presentar propuestas de formaciones específicas para promover modificaciones en los procesos de trabajo.

El curso de capacitación ofrecido en Josina Machel buscó tornarlo una referencia en Angola en las áreas de cuidados de salud, formación para los trabajadores y mejoría de los servicios en las instituciones objeto del proyecto. El resultado para los tres países fue la cooperación triangular y el fortalecimiento de la articulación entre Brasil y Japón, además de la garantía de la calidad del Programa de Trabajo en Conjunto Brasil-Japón (JBPP) ■



Fuentes consultadas:

- Agencia Brasileña de Cooperación: www.abc.gov.br.
- Agencia Central de Inteligencia (Central Intelligence Agency - CIA): www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ao.html.
- Diagnóstico de Situação das Escolas Técnicas de Saúde dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP/Secretaria Executiva. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde (Informe – noviembre de 2012).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef): www.unicef.org.
- Ministério do Planejamento de Angola: www.minplan.gov.ao.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): www.who.int/countries/ago/en/.
- Sitio Web Oficial del Gobierno de Angola: www.governo.gov.ao.
- El Banco Mundial: data.worldbank.org/country/angola.

Provincia de Buenos Aires fortalece la cultura como estrategia de salud

Aprovechar las posibilidades de las adquisiciones culturales y de las prácticas artísticas como estrategia de salud. Ese es el objetivo del Programa Cultura y Salud, presentado en 2011 por la Subsecretaría de Planificación de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), e implementado inicialmente en versión experimental. “La idea central del programa es llevar a cabo acciones de salud valiéndose del eficaz recurso de la cultura entendida en su sentido más amplio como un código compartido por un grupo social que puede ser un barrio, una ciudad, una nación”, explica el profesor Alejandro Dinamarca, responsable por la coordinación artística del proyecto.

Como objetivos específicos, el programa busca: identificar las construcciones culturales dominantes que causan gran parte de las iniquidades sanitarias en el presente con la finalidad de trazar caminos de lucha para revertir la situación; desarrollar diferentes propuestas artísticas basadas en temáticas de educación para la salud; crear un espacio permanente de reflexión y expresión que fortalezca las relaciones interinstitucionales y sirva como un medio creativo de comunicación de las políticas de salud para la sociedad; establecer vínculos con redes sociales de objetivos similares para ampliar el intercambio de experiencias y sensibilizar la sociedad sobre los problemas de salud estimulando su participación activa en las campañas realizadas; capitalizar las experiencias individuales de los recursos humanos institucionales para fortalecer el colectivo y generar nuevos horizontes de acción; y, por fin, coordinar actividades con otras instituciones del ámbito educativo, productivo y del tercer sector, para sumar recursos y tornar las acciones más efectivas.

Según el profesor Alejandro Fontenla, que coordina el área teórico-conceptual del programa, la iniciativa fue desarrollada con base en dos momentos centrales: Una serie de seminarios, exposiciones y eventos culturales cuyo objetivo fue promover el programa y llevar a la comunidad en general cuestiones que normalmente quedan restringidas apenas a los agentes del sistema de salud, y un curso, realizado en el segundo semestre, dirigido a los trabajadores y docentes del área de salud, destinado a formar multiplicadores de la actividad.

También fueron pensadas actividades de extensión, como un taller de arte realizado con los niños en el Hospital Infantil. “La propuesta es realizar actividades similares en otras instituciones de salud y de enseñanza, proponiendo mayor interacción entre ellas y promoviendo actividades culturales que traten implícitamente de las cuestiones de salud”, señala Dinamarca.

El programa Cultura y Salud está basado en dos concepciones fundamentales articuladas entre sí. “La primera está relacionada con una nueva concepción de trabajo interdisciplinario en salud que el Ministerio viene considerando hace muchos años. La segunda es

que, con orientación especializada, todas las personas pueden aprender a expresarse artísticamente y no apenas aquellas que poseen condiciones especiales o innatas”, explica Fontenla.

En su aspecto teórico-conceptual, el programa busca analizar los mecanismos de construcción de la cultura, sus valores y discursos fundamentales, la estructura de sus paradigmas de identidad, bien como la relación de ellos con la realidad, exponiendo críticamente formulaciones predefinidas por el imaginario “blanco, culto y europeo”, visualizando los procedimientos y los componentes de esos conceptos e excluyentes, y buscando proponer alternativas que consideren la etnicidad y el multiculturalismo.

“Nosotros trabajamos en el ámbito de la teoría de la cultura y de la teoría de los fenómenos contemporáneos culturales y sociales, abordando temas como interculturalidad, determinantes sociales de la salud, cultura nacional y latinoamericana, entre otras cosas”, señala el coordinador.

En su aspecto práctico de la producción artística y cultural, el proyecto trata de abordar las posibilidades concretas del arte y de la cultura como estrategia de salud y como un factor de promoción de las personas y de formación para el trabajo.

“Al mismo tiempo en que la cultura, entendida como código, torna posible la comunicación y la interacción entre las personas también puede acabar constituyéndose como una intrincada trama que dificulta las acciones, por ejemplo, educativas, que se intenta desarrollar en ese colectivo”, añade Dinamarca. “Nuestra tarea fue descifrar ese código y entender el contexto en el cual vivimos y en el cual deseamos desarrollar esas acciones de expresión artística”, completa.

Cuando teoría y práctica se completan

Direccionado a profesores y trabajadores del sistema de salud provincial que estudian



Programa Cultura y Salud

Jornada sobre envejecimiento activo fue una de las actividades especiales que reunió un gran público.

o hacen residencia, profesionales, técnicos y agentes comunitarios de salud, el curso de capacitación del programa Cultura y Salud también objetiva beneficiar indirectamente a los ciudadanos de la provincia de Buenos Aires, usuarios del sistema.

La idea fue permitir que los participantes pudieran aprender a expresarse libremente a través de la literatura, de la oralidad, de la música, de la expresión corporal, del teatro, de la danza y de las artes visuales, en un marco que fue trazado con vista a la problemática específica de su actividad laboral.

“Con ese aprendizaje y con sus saberes profesionales, bien como su experiencia en el campo de la salud, ellos pudieron trabajar en la construcción de obras con mensajes que les gustaría transmitir a la población. En el primer año del curso, la obra final fue una comedia musical que trató de hábitos de vida saludables y violencia infantil”, cuenta Dinamarca.

El curso fue realizado en diez encuentros quincenales de cuatro horas de duración, siendo dos horas para análisis de los contenidos teórico-conceptuales y dos horas para la realización de talleres artístico-performáticos.

La metodología general es participativa y vivencial, ya que todos los contenidos tratados serán experimentados en la práctica; es flexible, porque podrá ser adaptada a cada situación concreta; es integradora, porque promueve experiencias colectivas que favorecen la inclusión social; y, por

fin, es gratificante por su carácter lúdico, grupal y participativo, y transformadora porque, sin duda, tiende a incidir en las actitudes humanas posteriores.

“Al finalizar 2011, nosotros, los docentes, hicimos un balance de la experiencia conjuntamente con los participantes, y percibimos que fue absolutamente exitosa”, enfatiza Fontenla, destacando que el siguiente paso fue la formalización del carácter programático de la disciplina Cultura y Salud, que no existía como tal. “Nosotros hicimos un trabajo de investigación para determinar el marco teórico del programa”, dijo.

En 2012, la consolidación de la experiencia

La evaluación positiva del proyecto piloto determinó la continuidad del programa Cultura y Salud y una nueva edición del curso fue realizada de agosto a diciembre del 2012.

El suceso volvió a repetirse y de los 38 alumnos matriculados, 24 concluyeron el curso con éxito. Las complicaciones con horarios y cambio de local de trabajo fueron las principales razones de las evasiones. “Los alumnos que necesitaron salir lo lamentaron mucho, pues se habían comparado con una nueva visión sobre la problemática de la salud”, cuenta Dinamarca.

En las evaluaciones realizadas por los alumnos (ver recuadro), sobran elogios a

los coordinadores del programa - “los dos Alejandros”, como son cariñosamente llamados - y a la iniciativa que, entretanto, debe pasar por algunos cambios.

La dificultad de llevar el curso en el modelo actual a todas las regiones de la provincia de Buenos Aires, especialmente a las más distantes, puede acarrear la transformación del curso cuatrimestral, pensado originalmente en jornadas más breves, con temáticas variadas que puedan encontrar permanencia a través de una red virtual entre las diferentes regiones. “Esto ciertamente nos lleva a pensar en una nueva forma de trabajar, sobre todo en lo que se refiere al aspecto performático, que está bajo mi responsabilidad. La capacitación para el uso de recursos como el teatro, la expresión corporal, la música y los juegos dramáticos requiere un tiempo a partir del momento en que el participante “se suelta” hasta que consigue ser parte de una performance”, explica Dinamarca.

Con cambios o no, lo importante, como destacó la alumna Sandra Duarte en su evaluación final, es que la continuidad del curso permita capitalizar el suceso y atraer aportes para la transformación que el sistema de salud requiere. ■

Vídeos relacionados:

- Programa Cultura y Salud: <http://bit.ly/162w160>
- Programa Cultura y Salud - Trabajo Final Cursantes 2012 - “Sanitur”: [youtube/ad85D-IYtvE](https://www.youtube.com/watch?v=ad85D-IYtvE)

Alumnos del curso 2012 se entusiasman con la iniciativa

Ana Claudia Barbieri: “El curso superó mis expectativas. Descubrí muchas tonalidades grises donde antes, para mí, era apenas blanco y negro. Los profesores, unos genios. Volví al hospital diciéndole a mis compañeras que hagan el curso el próximo año, pues nos incentiva a pensar, a leer y a tener otra visión de la realidad. Creo que sería una buena propuesta realizar el curso Cultura y Salud en cada hospital, para que sea posible realizar acciones conjuntas y motivar al personal a descubrir y solucionar los problemas”.

Dolores García: “El curso me permitió problematizar las formas de desempeño en mi trabajo, mis formas de intervención y el alcance de las mismas; ampliar los puntos de vista y las miradas a partir de las cuales puedo pensar mi papel profesional. Yo tuve la posibilidad de añadir al trabajo cotidiano otras formas de pensar el trabajo y llevarlo a cabo”.

Laura Maciel: “Fue muy bueno hacer el curso, que propone ampliar la mirada sobre nuestros actos en el quehacer cotidiano a través de lecturas, que nos llevan a preguntar sobre nuestra identidad y su relación con la práctica diaria, y de las intervenciones artísticas que constituyen un modo de abordar la realidad a partir de una nueva perspectiva que no tiene que ver con la racionalidad ni con las estadísticas”.

Verónica S. Trevisán: “Me gustó que el curso haya sido dividido en dos módulos: Uno más teórico y otro performático. De cada uno pude tomar elementos para la reflexión y el trabajo, en el sentido de repensar mis prácticas, en el marco de lo que íbamos trabajando. Los textos propuestos para lectura fueron enriquecedores e interesantes, invitaron al debate y a poner en palabras las sensaciones y sentimientos que no exteriorizamos y compartimos en los lugares de trabajo. Las propuestas de acción del módulo performático - cantar, danzar y actuar - me desafiaron a romper

con la ‘solemnidad’ que nos imponen muchas veces nuestros espacios de trabajo y con el estereotipo de los papeles que desempeñamos dentro de ellos”.

Sandra Viviana Duarte: “Quiero expresar, en primer lugar, el agradecimiento por permitirme realizar una experiencia de enseñanza-aprendizaje absolutamente nueva para mí. Considero que la propuesta del curso es un verdadero éxito para introducir modificaciones en el campo de la salud que puedan mejorar la calidad en la atención. Una experiencia como esta no puede pasar desapercibida por quien trabaja en el área de la salud, dado que nos introduce al mundo de la cultura y nos permite descubrir en él, y a partir de él, un conjunto de herramientas sumamente accesibles, transmisibles y humanizantes. Todos esos valores altamente escasos en el contexto de violencias institucionales cotidianas que, como actores, producimos y reproducimos”.



Foto: GHWA

III Foro Global sobre RHS discutirá agenda de desarrollo post 2015

Por Michele Corrêa

Brasil será la sede de la tercera edición del Foro Global sobre Recursos Humanos para la Salud, uno de los mayores eventos del sector. Con el tema “Recursos Humanos para la Salud: Base para la cobertura universal de salud y agenda de desarrollo post 2015”, el Foro será realizado en la ciudad de Recife (Pernambuco), del 10 al 13 de noviembre de este año. La expectativa es de que aproximadamente dos mil personas, de 40 países, participen del encuentro organizado por la Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario (GHWA, del inglés *Global Health Workforce Alliance*) y patrocinado por el gobierno brasileño, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

La idea del Foro es reunir trabajadores de salud, especialistas, autoridades gubernamentales, representantes de organismos internacionales e instituciones académicas, miembros de organizaciones de la sociedad civil, del sector privado, de sindicatos y asociaciones profesionales, además de instituciones donantes y de formación de personal para la salud, con la finalidad de

discutir las principales cuestiones que dicen respecto a la fuerza de trabajo del sector. En los encuentros, el objetivo es crear redes, consensos y capacidad colaborativa para buscar respuestas y soluciones para los desafíos que necesitan ser superados.

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (Jica), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) son algunos de los organismos que apoyan la organización del evento.

En 2008, el inicio de la historia

El I Foro Global sobre Recursos Humanos para la Salud ocurrió en marzo de 2008, en la ciudad de Kampala, en Uganda, y tuvo como tema ‘Acción sobre la fuerza de trabajo en salud – a hora é agora’. Al final del evento, los cerca de 1.500 participantes divulgaron dos documentos que se tornaron marcos para el sector: La Declaración de Kampala y la Agenda de Acción Global.

La GHWA fue creada en 2006 para responder a la crisis mundial en el área de recursos humanos en salud (RHS) y a la falta de atención dispensada al tema en el ámbito de la salud global. Tratando temas como la escasez de profesionales para el sector, la mala distribución, falta de condiciones de trabajo y la calidad de vida, la inmigración y la formación inadecuada, la GHWA buscó reunir colaboradores que pudieran contribuir con el desarrollo de un abordaje amplio y multifacético para la solución de los problemas enfrentados por el sector.

A pesar de los esfuerzos realizados, la crisis de los RHS aún es un factor limitador para diversos países en su lucha contra la mortalidad materno-infantil, para el control de innumerables enfermedades prioritarias, tanto infecciosas como no transmisibles, y para alcanzar la meta más amplia de la cobertura universal de salud.

En la Declaración, los participantes del evento demandan de los gobiernos y de las instituciones el compromiso de buscar solucionar la crisis de profesionales de salud, destacando 12 necesidades consideradas primordiales en aquel momento, entre las cuales figuran la calificación de trabajadores comunitarios y de nivel medio para el sector, así como el aumento de la oferta de profesionales con formación superior y especializaciones.

El Plan de Acción, a su vez, definió seis estrategias a ser implantadas a nivel nacional – formulación e implementación de políticas de recursos humanos en salud – y supranacional con la finalidad de eliminar las lagunas críticas en lo que se refiere a recursos humanos de salud, además de reafirmar el papel de la Alianza como supervisora de las acciones a ser desarrolladas, conciliadora de las diferentes partes involucradas y promotora del aprendizaje y del diálogo continuo sobre el tema.

Tres años después, Bangkok

El II Foro Global sobre Recursos Humanos para la Salud tuvo como expectativa la revisión del progreso alcanzado desde el I Foro y el objetivo de progresar en prioridades pendientes. el evento fue realizado en Bangkok, en Tailandia, en enero del 2011 y culminó con la adopción de la Declaración de Bangkok. En ese documento, endosado por los más de mil participantes de 105 países, fueron reiterados los principios de la Declaración de Kampala y el Código Global de Buenas Prácticas de Reclutamiento Internacional de Personal de Salud publicado por la OMS, considerados instrumentos de alineación y responsabilidad a nivel global, regional, nacional y local.

Al final del evento, quedó plasmada la necesidad de un movimiento mundial para pasar del “compromiso” a la “acción” y de las “resoluciones” a los “resultados”, con la finalidad de permitir que, en un futuro próximo, todas las personas, independientemente de quienes sean y de donde vivan, puedan tener acceso a un trabajador de salud.

En Brasil, preocupación del Foro es la cobertura universal

En las dos primeras ediciones del Foro, la gran preocupación fue buscar reducir la carencia de trabajadores de la salud que impedía a los países alcanzar las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en el plazo establecido (hasta 2015). El plazo se aproxima a su fin y muchos países aún no consiguieron reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna hasta los niveles establecidos, ni controlar la propagación del sida, de la malaria y de otras enfermedades. El pensamiento de las autoridades globales de salud, entretanto, va más allá del 2015, y la preocupación ahora pasa a ser sobre lo que debe ser hecho en el área de recursos humanos en salud para que todos los países puedan alcanzar la cobertura universal que, según la OMS, significa “asegurar el acceso a la atención sanitaria adecuada para todos a un costo accesible”.

La importancia del tema se reiteró en la última Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), realizada en septiembre del 2012 que, al publicar la resolución 67/36, reconoció el papel de la salud en el alcance de los ODM, y señaló la necesidad de que los países coloquen la cobertura universal en la agenda de desarrollo post 2015.

La fuerza de trabajo en salud, en sus múltiples dimensiones de disponibilidad, distribución, calidad y desempeño, es un elemento crítico e integrante en las intervenciones fundamentales y en la oferta de servicios de salud para la población. En ese sentido, el III Foro representa un espacio privilegiado para identificar lo que es preciso cambiar en la formación y en la gestión de personal para que todos tengan acceso a los servicios de salud. En el mundo, de acuerdo con la OMS, aún hay aproximadamente mil millones de personas que no tienen acceso a la atención médica y casi 60 países que, por enfrentar una grave crisis crítica de la fuerza de trabajo en salud, dependen de asistencia técnica e información para avanzar en dirección a la cobertura universal.

Atención a los preparativos refuerza la importancia del Foro

El suceso del Foro Global de Recursos Humanos en Salud depende directamente de la calidad de su organización. Con esta finalidad fueron constituidos dos equipos distintos: el Grupo de Trabajo del Foro (FWG, del inglés Forum Working Group) y el Comité Organizador del Foro (FOC, del inglés Forum Organizing Committee), respectivamente los órganos de gobernanza operacional y estratégico del evento, con la finalidad de proponer las directrices, los temas y la programación del evento, bien como definir estrategias y acciones que puedan fortalecer la iniciativa. El papel de esas comisiones es ofrecer orientación estratégica y apoyo político al restante de los involucrados, además de asegurar la supervisión de la organización en el tiempo propuesto y con la calidad deseada.

En la primera reunión preparatoria para el Foro, realizada por el FOC en septiembre del año pasado, en Recife, David Evans, representante de la OMS, y Masato Muginati, representante de la GHWA, se reunieron con autoridades brasileñas, entre las cuales, Mozart Sales y Francisco Campos, del Ministerio de Salud de Brasil, y Eduardo Campos, gobernador del Estado de Pernambuco, que manifestó su gran expectativa con el evento. “La salud es la principal preocupación de los ciudadanos de Brasil y estamos ansiosos para recibir a la comunidad internacional en Recife y avanzar en el debate mundial sobre los problemas en torno de la fuerza de trabajo en salud”, afirmó.

Mozart Sales, a su vez, ratificó la disposición del gobierno brasileño de intercambiar experiencias con representantes de otros países. “Brasil posee el mayor sistema de salud con cobertura universal del mundo, estamos felices por compartir nuestra experiencia en el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud y de escuchar ejemplos de innovación y mejores prácticas del resto del mundo”, dijo.

La primera oportunidad para reflexionar sobre cuestiones temáticas y aspectos operacionales del Tercer Foro, acabó ocurriendo en noviembre, en el primer encuentro del FWG, realizado en Ginebra y presidido por el gobierno de Brasil, la OMS, la OPS y la GHWA que, en mayo, lanzará una campaña global sobre el encuentro.

La idea de la campaña es incentivar a las organizaciones integrantes de la Alianza a comprometerse con el proceso, realizando acciones simbólicas que tengan como objetivo los recursos humanos en salud y asumiendo compromisos explícitos con financiamientos o políticas que den respaldo a las acciones que busquen superar los desafíos en esa área y que influyeran en la agenda de desarrollo post 2015.

En lo que se refiere a la programación final del Foro, fue realizada una consulta pública durante la cual miembros y asociados pudieron compartir opiniones y hacer comentarios sobre la propuesta inicial establecida por los organizadores. La consulta estuvo disponible del 21 de diciembre al 11 de enero y sus resultados serán divulgados en breve. ■

Más informaciones sobre el III Foro Global de RHS

- Sitio Web de GHWA (who.int/workforce-alliance), en: ‘Global Forums’
- Facebook.com/HealthWorkforce
- Twitter: @GHWAAlliance



Uruguay (parte 1)

La formación de los técnicos en salud en Uruguay tiene algunas particularidades cuando se compara con otros países. Esta labor es realizada predominantemente en la esfera pública y en cursos de nivel superior universitario que, de acuerdo con su duración, otorgan títulos de licenciado, tecnólogo y técnico. Existe también la formación de auxiliares, en algunos pocos casos, generalmente como salidas intermedias. En el ámbito de las tecnologías médicas hay 18 carreras reglamentadas, pero existen algunas más en las áreas de enfermería, odontología, psicología, nutrición y educación física.

Una visión general del sistema educativo uruguayo

En Uruguay la educación es considerada un derecho humano fundamental y está basada en principios definidos por la constitución Nacional y por la norma vigente: La Ley de la Educación, publicada en diciembre de 2008, que substituye a la Ley 15.739, del 28 de marzo de 1985.

De acuerdo con la Ley, la educación en el país está organizada en niveles (ver esquema cuadro), que tienen como objetivo garantizar la unidad y facilitar la continuidad del proceso educativo. Son considerados obligatorios dos años de educación inicial, seis de educación primaria y seis de educación media (básica y superior).

- Educación Primaria en la Primera Infancia: comprende el ciclo vital hasta los tres años de edad. Por sus especificidades cuanto a los propósitos, contenidos y estrategias metodológicas es considerada una oferta educativa no formal.
- Educación Inicial: destinada a niños de tres a cinco años, es obligatoria entre los cuatro y cinco años.
- Educación Primaria – común o especial: destinada a niños a partir de los seis años. Tiene una duración de seis años.
- Educación Media: engloba la Educación Media Básica, que dura tres años y puede ser de tres tipos – educación general, educación tecnológica y Ciclo Básico Rural – y la Educación Media Superior, que tiene más de tres años de duración y es ofrecida en las modalidades de educación general y educación tecnológica.
- Educación Técnico-profesional: orientada hacia la inserción en el mundo del trabajo, tiene el propósito de formar técnicos medios y superiores. Requiere que los estudiantes tengan, al menos, 15 años de edad.
- Educación Terciaria: incluye la Educación Terciaria No Universitaria, que profundiza y amplía la formación en alguna área del conocimiento; la Formación en Educación, cuyo objetivo es formar profesores y educadores sociales; y la Educación Terciaria Universitaria, orientada a formar en producción y reproducción de conocimientos en sus niveles superiores, integrando los procesos de enseñanza, investigación y extensión.

El Sistema Nacional de Educación Pública está constituido por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y por la Universidad de la República (Udelar). Cabe al MEC desarrollar los principios generales de la educación, así como facilitar la articulación entre las políticas de educación y de los demás sectores, entre otras cosas.

La ANEP, a su vez, es el organismo responsable por la planificación, gestión y administración del sistema público y del control de las instituciones privadas en los niveles de educación inicial, primaria, media, técnica y formación en educación terciaria en todo el territorio nacional. La enseñanza pública superior está a cargo de la Udelar.

Las principales leyes que rigen la educación en Uruguay son: Ley N° 12.549 o Ley Orgánica de la Udelar, promulgada el 29/10/58; Ley N° 15.661, que autoriza el funcionamiento de universidades privadas y reconocimiento de sus títulos por parte del Estado, promulgada el 23/10/84; Ley N° 15.739, de creación de la ANEP como una entidad autónoma, promulgada el 25/03/85; y el Decreto 308 de “Ordenamiento del Sistema de Educación Terciaria Privada”, el cual reglamenta la autorización y regulación de las universidades e institutos universitarios privados por

En la RETS, el trabajo técnico en salud se considera como todo lo que se lleva a cabo por el grupo de trabajadores que participan en actividades técnicas y científicas en el área e incluye desde las actividades realizadas por los agentes comunitarios de salud y los asistentes, de naturaleza más simple, hasta las ejecutadas por los técnicos de nivel superior, de naturaleza más compleja.

Al permitir que la definición de “técnico de salud” no sea sólo asociada con el nivel educativo de estos trabajadores, como suele hacerse, esa visión se vuelve fundamental para la existencia de la Red. Permite el trabajo conjunto e intercambio de experiencias entre las instituciones de los países con realidades muy diferentes en relación a la clasificación de las profesiones técnicas, las tareas que estos trabajadores desempeñan, los conocimientos que deben adquirir en su formación y los niveles educativos en los que se insertan.

En consecuencia, esta sección fue creada con la intención de presentar, en cada número de la revista, una visión general de la educación de los profesionales de la salud en los países representados en la Red, así como diseminar los aspectos de la formación y del trabajo de estos técnicos, dándoles mayor visibilidad y destacando la importancia del papel que ellos desempeñan en los sistemas nacionales de salud.

parte del Poder Ejecutivo y la existencia de un órgano asesor del MEC (Consejo Consultivo), de la Udelar, de la ANEP y de las universidades privadas.

En el origen de la enseñanza técnica, orden y disciplina

En prácticamente todos los países, la enseñanza técnica surge con el objetivo de formar jóvenes oriundos de las clases menos favorecidas, con la finalidad de inscribirlos en el mercado de trabajo, especialmente en los sectores militar e industrial y Uruguay no parece ser la excepción.

Según el profesor e investigador Jorge Bralich (www.rau.edu.uy), el surgimiento de la enseñanza técnica en el país ocurrió en 1879, debido a la preocupación de los gobernantes y de los sectores dominantes de la sociedad en establecer el orden y la disciplina entre jóvenes transgresores. En esa época el entonces gobernador, Lorenzo Latorre, creó en el ámbito del ejército la Escuela de Artes y Oficios, un lugar donde los jóvenes de “mala conducta” eran “domesticados” y aprendían a obedecer y a trabajar como castigo. En 1886 el Liceo pasa a la esfera civil sin, entretanto, abrir mano de sus propósitos iniciales.

En las primeras décadas del siglo 20 los sucesivos gobiernos uruguayos tuvieron como propuesta el fortalecimiento de la industria en el país, lo que significaba actualizar la educación técnica, adaptándola a las exigencias de esa época, teniendo como referencia los países industrializados. El resultado fueron cambios profundos en el liceo que, en 1916, por iniciativa de Pedro Figari, deja de funcionar como internado y busca constituirse como otro centro educacional formador de recursos calificados y creativos necesarios al proceso de expansión industrial en curso.

A pesar del esfuerzo de Figari, infelizmente, como explica Bralich, en el imaginario social continuó a prevalecer la idea de que las escuelas industriales, donde se enseñaba a trabajar “con las manos” continuaban a ser reducto de alumnos con pocas condiciones intelectuales o pocos recursos económicos. El resultado fue que la demanda de las industrias que surgían acababa no siendo suplida por los jóvenes que egresaban como técnicos de cursos poco vinculados al perfil económico nacional y a las necesidades de las empresas.

A mediados de aquel siglo el Liceo pasó a ser denominado Universidad del Trabajo de Uruguay (UTU), pero continuó a no permitir el acceso de los alumnos a estudios superiores y no cambió la imagen que la sociedad ya había creado sobre la formación técnica.

Udelar como patrimonio nacional

La actual Udelar fue creada en julio de 1849. Durante su primer semestre de existencia la universidad se dedicó a la redacción de su Reglamento Orgánico, el cual colocaba la totalidad de la instrucción pública – primaria, secundaria y superior – bajo su tutela. En esa época, la enseñanza superior, agrupada bajo la denominación “científico y profesional”, era constituida por cuatro facultades: Ciencias naturales; Medicina, creada apenas en 1876; Teología; y Jurisprudencia, la única que funcionó durante las primeras décadas de vida de la Udelar.

En 1877 se promulga la Ley de la Educación Común, que retira la educación primaria del ámbito universitario. En su primera etapa de existencia, hasta 1885, la Udelar enfrenta varios embates con los gobiernos con la finalidad de mantener su autonomía y pasa por profundos cambios en sus bases filosóficas.

La Ley Orgánica de 1908 representó un duro golpe para la Udelar, que se vio desmembrada y sometida al gobierno nacional. La misma ley, entretanto, permitió que los docentes pasaran a integrar los Consejos de las Facultades y los alumnos también conquistaron una representación, aunque indirecta, en los Consejos. La ley también consagró la libertad de estudios secundarios cuyo segundo ciclo correspondía a una licenciatura diferenciada.

Nuevas luchas por la autonomía se sucedieron hasta 1958, cuando una nueva Ley Orgánica fue aprobada instituyendo, entre otras cosas, los concursos para elegir docentes, la gratuidad total de la enseñanza, la autonomía universitaria en todos los aspectos y el cogobierno conformado por docentes, estudiantes y egresados. De acuerdo con la Ley, “la Universidad se desarrollará, en todos los aspectos de su actividad, con la más amplia autonomía”.

El período de bonanza llega a 1973, cuando en un golpe de Estado el entonces presidente, Juan María Bordaberry, disuelve el Parlamento. El gobierno interviene en la universidad y se instaura un período de persecuciones políticas y destrucción de la estructura académica. Casi 40% de los docentes son destituidos, renuncian o no tienen sus contratos renovados. Nuevos profesores son designados por el gobierno. Varios cursos son cerrados.

Solamente en 1980, a partir de un plebiscito a través del cual los uruguayos dicen “no”

Estructura de la educación en Uruguay (niveles)

Nivel	Descripción	Modalidad (es)	Duración (años)
0	Educación inicial: 3, 4 y 5 años de edad		3 (2 obligatorios)
1	Educación primaria		6 (obligatorios)
2	Educación media básica		3 (obligatorios)
3	Educación media superior	<ul style="list-style-type: none"> educación general educación tecnológica formación técnica y profesional 	3 (obligatorios)
4	Educación terciaria	<ul style="list-style-type: none"> cursos técnicos no universitarios tecnicaturas educación tecnológica superior 	
	Formación en educación con carácter universitario		
	Educación terciaria universitaria	<ul style="list-style-type: none"> carreras de grado 	
5	Educación de postgrado	<ul style="list-style-type: none"> diplomas de especialización maestrías (académicas y profesionales) doctorados (académicos) 	

Fuente: Ley General de Educación, 2005 (adaptación).

a la nueva constitución propuesta por el Poder Ejecutivo es que comienza a organizarse un proceso de reinstitucionalización del país. El 21 de agosto de 1984, después de 12 años, acaba la intervención en la Udelar, que retoma gradualmente la plenitud de sus funciones e inicia un proceso de crecimiento bastante acelerado, reafirmando su papel de principal institución de educación superior y de investigación de Uruguay, permaneciendo como tal hasta hoy. “Cabe mencionar que en esta última década la Udelar concentra, en media, más del 83% de los ingresos a la educación universitaria”, afirma Sergio Núñez, en el informe “La Formación en el Área de la Salud de la Udelar”, publicado por la División de Recursos Humanos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

La formación técnica en salud

A pesar de haber sido creada en 1849, fue apenas en 1874, con la creación de cursos de física e historia natural, que la Udelar da los primeros pasos en la organización de los estudios médicos que serían inseridos posteriormente. Un año después, con la publicación del decreto de 15 de diciembre de 1875, es establecida la Facultad de Medicina de Montevideo, cuyo primer plan de estudios es aprobado en 1877. Dificultades continuas para la enseñanza clínica acabaron por definir la construcción de un hospital universitario cuyas obras tuvieron inicio en 1930. En 1950, comienza a funcionar el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y en seguida es creada la Sección de Auxiliares de Médico que, en 1965, se convertiría en la Escuela de Colaboradores de Médicos y, posteriormente, Escuela de Tecnología Médica y Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM). En 1979 se instituye una sede de la EUTM en Paysandú.

Además de la Facultad de Medicina y de la EUTM, el área de salud de la Udelar comprende las facultades de Odontología, Enfermería y Psicología; las Escuelas Universitarias de Tecnología Odontológica (ETO), de Nutrición y Dietética (EUNYD) y de Parteras (EUP); y el Instituto Superior de Educación Física (ISEF), donde son ofrecidos seis cursos técnicos en deportes.

Actualmente, la EUTM ofrece 18 programas de formación de grado, los cuales otorgan a sus egresados los títulos de técnico, tecnólogo o licenciado, de acuerdo con la carga horaria de los cursos, que puede ser de dos mil quinientas a cuatro mil horas. En la ETO son formados asistentes en odontología, higienistas en odontología y laboratoristas en odontología; en la EUNYD hay una licenciatura en nutrición y el curso técnico de operador de alimentos. En la Facultad de Enfermería hay una formación de auxiliares de enfermería, como título intermediario de la licenciatura en esta área.

“El hecho de estar en la Udelar representa un diferencial para nuestros alumnos. Por ser una universidad pública y gratuita determina un perfil bastante específico para los egresados de nuestros cursos. Ellos no son meramente técnicos”, resaltó el coordinador de la Sede de Paysandú de la EUTM, Carlos Planel, durante el II Seminario Internacional Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en el Mercosur (ver la Revista RETS 14).

Aunque la formación de recursos humanos en salud también se haya concentrado históricamente en la Udelar, hoy ya existen algunas instituciones privadas que ofrecen cursos en esa área. En la Universidad Católica del Uruguay (Ucudal), creada en 1985, existen cursos técnicos y de licenciatura en las áreas de enfermería, psicomotricidad, fisioterapia, psicología y nutrición. El Instituto Universitario Centro de Docencia, Investigación e Información del Aprendizaje (CEDIIAP) también ofrece licenciatura en el área de psicomotricidad.

En la Universidad de la Empresa, creada en 1998, con el apoyo de las más importantes cámaras empresariales del país, los cursos del área de la salud - licenciatura, con título intermediario de técnico en fisioterapia, enfermería, imagenología y laboratorio clínico - comenzaron a ser ofrecidos apenas recientemente. “En 2012 se inicia la formación en salud en instituciones privadas con fines lucrativos”, señala Planel, resaltando que en Uruguay, ni siquiera durante el auge del neoliberalismo técnicos en salud eran formados en el sistema privado. En el ámbito del Ministerio de Defensa Nacional (MDN) también son impartidos cursos de auxiliar de enfermería y de auxiliar de farmacia.

En cuanto la Udelar tiene autonomía para reglamentar sus cursos, en las universidades privadas los cursos deben ser reconocidos y autorizados por el MEC. La habilitación profesional

Anatomía Patológica, Cosmetología Médica, Fisioterapia, Fonoaudiología, Hemoterapia, Imagenología, Instrumentación Quirúrgica, Laboratorio Clínico, Neurofisiología Clínica, Neumocardiología, Oftalmología, Podología, Psicomotricidad, Radioisótopos, Radioterapia, Registros Médicos, Salud Ocupacional y Terapia Ocupacional.

en el área de la salud, a su vez, está bajo la responsabilidad del Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Algunos problemas que deben ser discutidos

Como puede percibirse, la formación de trabajadores técnicos para el área de salud en Uruguay está concentrada en la Udelar y, por consiguiente, en Montevideo. Aunque hayan habido algunas iniciativas de descentralización con la apertura de algunas unidades de enseñanza en el interior del país, el problema aún no está resuelto. “Los jóvenes del interior escogen las carreras de acuerdo con la disponibilidad y no por opción propia”, explica Carlos Planel.

Otro desafío destacado por los integrantes del equipo de la EUTM responsable por la investigación multicéntrica (“La formación de los trabajadores técnicos en salud en el Mercosur: Entre los dilemas de la libre circulación de trabajadores y los desafíos de la cooperación internacional”) en Uruguay – Patricia Manzoni, Carlos Planel, Gonzalo Fierro y Juan Mila – fue la constante tensión entre la teoría y la práctica en el proceso formativo. Además de Uruguay, también participan de la investigación Argentina, Paraguay y Brasil.

Pero esos no son los únicos problemas. De acuerdo con la coordinadora del Proyecto Mercosur, Marcela Pronko, de la EPSJV/Fiocruz, Uruguay no es una excepción en el hecho de que la oferta de formación para los trabajadores técnicos en salud esté estructurada por la demanda y por la lógica del mercado de trabajo. “El resultado es una gran distancia entre las necesidades de los sistemas públicos de salud y la oferta de técnicos”, explicó Marcela durante el II Seminario Internacional Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en el Mercosur. “Es una formación que no está basada en las directrices, necesidades y principios orientadores de los sistemas públicos de salud”, lamentó.

En la próxima edición de la Revista RETS, usted podrá conocer un poco más sobre cada una de las carreras técnicas de salud que existen en Uruguay. ■

Todos los documentos utilizados para elaborar este reportaje están disponibles en el sitio web de la RETS (www.rets.epsjv.br), en países > Educación de Técnicos en Salud > Américas > Uruguay.