Año 4 - nº 17 - jul./ago./set. 2013

Bilingual edition English Spanish

Revista RETS

Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

CURRÍCULOS
Un breve resumen de las teorías críticas

RHUS
Nueva medición de las Metas Regionales en 23 países

Salud comunitaria:

Chubut (Argentina) innova en la formación técnica y crea un campo interdisciplinar de saberes

SUMARIO

2 **ENTREVISTA**
Paulo César de Castro Ribeiro, director de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) habla sobre la 3ª Reunión General de la RETS

6 **TEMAS EN DISCUSIÓN**
Educación de técnicos en salud: una atención especial a los currículos (parte 2)

8 **PORTADA**
Formación de técnicos en salud comunitaria: es posible cambiar y hacer la diferencia

14 **TRABAJO TÉCNICO EN SALUD**
El técnico en citopatología como agente de promoción de la salud

16 **RECURSOS HUMANOS EN SALUD**
Metas regionales de RHUS: a pesar de los avances, aún hay mucho que hacer

20 **NOTICIAS DE LA RED**

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

Editorial

A pesar de estar dedicados a los preparativos finales para la 3ª Reunión General de la RETS, que será realizada en los días 7 y 8 de noviembre, en Recife (Pernambuco – Brasil), nos sentimos muy felices por publicar un número más de la Revista RETS. Son muchas tareas, desde el envío de las invitaciones, reservas de hospedajes, finalización de la programación, contactos con ponentes y divulgación del encuentro entre los miembros de la Red. Lo más importante, sin embargo, es que no atrasamos la edición, que llega al sitio web de la Red antes de nuestro encuentro.

En una entrevista bastante esclarecedora, Paulo César de Castro Ribeiro, director de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), actual sede de la Secretaría Ejecutiva de la RETS, señala la relevancia de la participación de todos los miembros de la Red en la Reunión General y destaca que "el trabajo en Red presenta algunas debilidades, tales como la fluidez y la fragilidad de los lazos que mantienen unidos a sus miembros. Superar esta dificultad exige un trabajo muy intenso, ya que existe una tendencia de dispersión y extenuación de la iniciativa a lo largo del tiempo".

El reportaje en destaque nos trae una experiencia exitosa en el área de formación en salud comunitaria en la provincia de Chubut (Argentina). En el reportaje usted podrá conocer el libro en el cual el equipo técnico-pedagógico multidisciplinar registra varios aspectos del proceso de profesionalización de los agentes de salud en la provincia.

Dando continuidad a la serie de textos sobre los currículos en la educación de los técnicos en salud presentamos en esta edición algunas teorías críticas que orientan las discusiones en esta área. Pero el tema no se agotó. En nuestra próxima edición la propuesta es discutir algunas de las denominadas teorías post-críticas de los currículos.

Finalmente, destacamos también un reportaje sobre los resultados de la 2ª Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, tema que gana importancia delante de la realización, también en el mes de noviembre (del 10 al 13), en Recife, del 3º Foro Global de Recursos Humanos en Salud. De acuerdo con los datos divulgados por el Observatorio Regional de RHS, los números de la medición actual, finalizada en apenas nueve países, revelan que hubo algunos avances en el tema de los recursos humanos, pero que aún es prematuro conmemorar. Todavía hay mucho que hacer y el tiempo parece ser cada vez más escaso para la superación de los desafíos propuestos.

¡Les deseamos una buena lectura!

Secretaría Ejecutiva de la RETS

Expediente

Año 4 – Nº 17 – jul./ago./sep. 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)
Simone Selles (passante de periodismo)
Marcelo Paixão (deseñador)
Zé Luiz Fonseca (deseñador)
Maycon Gomes (deseñador y imágenes)

Traducción
Atelier das Letras (Juana Portugal)

Tirada
2.000 ejemplares

Impresión
J. Sholna

Secretaria Ejecutiva de la RETS
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Paulo César de Castro Ribeiro (director)

Coordenación de Coperación Internacional
Grácia Maria de Miranda Gondim (coordinadora)
Ana Beatriz de Noronha
Kelly Robert
Elisandra Galvão
Simone Selles

Dirección
Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos -
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

Paulo César de Castro Ribeiro

"La RETS solamente puede continuar a existir caso todos sus miembros se comprometan formalmente en ese sentido"

Por Ana Beatriz de Noronha

En esta edición la Revista trae a sus lectores la palabra de Paulo César de Castro Ribeiro, actual director de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), que ha sido la sede de la Secretaría Ejecutiva de la Red desde 2005. El objetivo de esta entrevista es tratar de algunas cuestiones e iniciar discusiones que seguramente serán parte del temario de la 3ª Reunión General, a ser realizada en los días 7 y 8 de noviembre, en Recife, en el Nordeste de Brasil.

Paulo César, o "Paulão", como es cariñosamente conocido por todos, fue alumno de la Escuela, donde se graduó, en 1990, como técnico en Administración Hospitalaria (actualmente Gerencia en Servicios de Salud), tornándose funcionario de la Fiocruz en 1996. En el 2007 se graduó en Ciencias Sociales por la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ), donde actualmente está concluyendo la maestría en Políticas Públicas y Formación Humana (PPFH).

Del 2003 al 2011 integró la Dirección del Sindicato de los Trabajadores de la Fiocruz, del cual fue presidente del 2009 al 2011. En la EPSJV/Fiocruz, asumió la coordinación del Laboratorio de Educación Profesional en Gestión en Salud (Labgestión), en 2012, hasta ser electo director, en mayo de este año.

Cuatro años después de la 2ª Reunión General, en Rio de Janeiro, la EPSJV/Fiocruz, en su papel de Secretaría Ejecutiva de la RETS, convoca a todos los miembros de la Red para un nuevo encuentro que está vez será realizado en Recife. ¿Cómo evalúa la relevancia de estos encuentros presenciales?

En primer lugar, quiero señalar que estoy en la dirección de la EPSJV/Fiocruz hace muy poco tiempo y que mi conocimiento sobre la RETS adviene del acompañamiento de discusiones sobre el tema en

"Ser sede de la Secretaría Ejecutiva representa un reconocimiento del trabajo hecho por la Escuela en el área de formación de técnicos en salud, pero también nos trae una gran responsabilidad."

la EPSJV/Fiocruz y, principalmente, de las recientes conversaciones que he tenido con el equipo que trabaja en la gestión diaria de la Red. Ser sede de la Secretaría Ejecutiva representa un reconocimiento del trabajo que es realizado por la Escuela en el área de formación de técnicos en salud, pero también es una gran responsabilidad .

Cuanto a la pregunta propiamente dicha, vale resaltar que las redes, por definición, solamente se establecen a través de la comunicación entre sus miembros. Es el contacto entre ellos que torna posible el intercambio de informaciones y, en algunas ocasiones, el trabajo en conjunto. La RETS reúne miembros de varios países y la comunicación entre ellos, y de ellos con la Secretaría Ejecutiva, ocurre generalmente a través de la internet o por teléfono. Este tipo de comunicación es importante si consideramos los aspectos meramente operacionales, pero no tiene la riqueza del contacto personal, de la discusión presencial.

Las reuniones, que infelizmente no pueden ocurrir con más frecuencia, son fundamentales para formar nuevos lazos entre las personas y reforzar aquellos que ya existen. En el encuentro personal, es posible intercambiar ideas de una forma más calurosa. Es muy bueno poder conocer personalmente a aquellas personas con las cuales nos relacionamos apenas por teléfono o email. Eso tiende a fortalecer la Red como una estrategia de cooperación entre las instituciones involucradas .

El objetivo de la 2ª Reunión General de la RETS fue promover discusiones sobre la consolidación de la atención primaria en la formación de los trabajadores técnicos en salud. En esta oportunidad, de acuerdo con el material de divulgación, la Reunión tiene como tema central la propia Red como espacio de producción de conocimiento y como estrategia de trabajo. ¿Cuál fue la razón para escoger este tema?

Creo que para responder a esa pregunta es necesario rescatar un poco de la historia de la Red.

La RETS fue creada en 1996 después de la realización, en 16 países de las Américas, de un estudio multicéntrico sobre la formación de los técnicos en salud. Ese estudio, coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), mostró una mala situación, un escenario negativo y bastante preocupante para todos aquellos que, ya en esa época, entendían la importancia del elemento humano en los sistemas de salud.

Incentivados por la OPS, los países que estaban presentes en una reunión realizada en México para discutir resultados de la investigación decidieron crear la Red, cuya Secretaría Ejecutiva fue entregada a la Universidad de Costa Rica. Después de cinco años de trabajo la RETS fue desactivada.

En 2004/2005, la Escuela Politécnica se torna un Centro Colaborador de la OMS para la Educación de Técnicos en Salud y la OPS solicita que sea la Secretaría Ejecutiva y trabaje, con su apoyo, en pro de la reactivación de la Red que, en su segunda fase, pasa a incluir también instituciones de África de lengua portuguesa y de Portugal.

En ese momento, y con mucho esfuerzo de la EPSJV/Fiocruz, hay un crecimiento de la Red y un fortalecimiento del trabajo en conjunto. Posteriormente es propuesta, tanto en el ámbito del Consejo Suramericano de Salud (Unasur-Salud) cuanto en la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP), la creación de redes de Escuelas Técnicas de Salud y órganos de gobierno que traten del tema. En 2009, en la 2 ª Reunión General de la RETS, son creadas la RETS-Unasur y la RETS-CPLP, que pasan a funcionar como subredes de la RETS.

El caso es que, por su propia naturaleza, el trabajo en Red presenta algunas debilidades, tales como la fluidez y la fragilidad de los lazos que mantienen unidos a sus integrantes. Superar esa dificultad exige un trabajo muy intenso, ya que hay una tendencia de dispersión y extenuación de la iniciativa a lo largo del tiempo. Esto ocurre por varias razones, independientemente del esfuerzo que la EPSJV/Fiocruz haga, como Secretaría Ejecutiva, para mantener la iniciativa.

En el ámbito de la RETS, el trabajo técnico en salud es considerado como todo aquel realizado por el conjunto de trabajadores que ejercen actividades técnico-científicas en el sector y comprende desde las actividades de naturaleza más simple, realizadas por agentes comunitarios de salud y auxiliares, hasta las de naturaleza más compleja, ejecutadas por técnicos de nivel superior.

Esa definición de "técnico en salud" no está asociada apenas al grado de escolaridad de esos trabajadores, como se presenta usualmente. Gracias a ella ha sido posible el trabajo en conjunto y el intercambio de experiencias entre instituciones de países con realidades bastante diversas en lo que se refiere a la nomenclatura de las profesiones técnicas, a las funciones que esos trabajadores desempeñan, a los saberes que deben adquirir en su formación y a los niveles escolares en los cuales están inseridos.

¿A qué tipo de problemas se refiere?

Bien, creo que el principal está relacionado con la baja institucionalización de las redes y con la movilidad de las personas en las instituciones. Cada vez que hay cambios en la estructura y en los cuadros de los gobiernos, de las escuelas, de las asociaciones profesionales e inclusive de la OPS, hay una ruptura de los lazos existentes y nosotros tenemos que recomenzar desde cero. Ese es un trabajo que no tiene fin y que es muy desgastante. El personal que trabaja directamente con la Red tiene un ejemplo que es

"Las redes, por definición, solamente se establecen a través de la comunicación. Es el contacto entre sus miembros que hace posible el intercambio de informaciones y, en algunas ocasiones, el trabajo conjunto."

"Por ser presenciales, las Reuniones Generales tienden a fortalecer la Red como una estrategia de cooperación entre las instituciones involucradas."

paradigmático. Una vez fueron necesarios más de tres meses para finalizar el proceso de ingreso de un Ministerio suramericano en la RETS. La semana siguiente, debido a elecciones y, consecuentemente, cambios en la estructura de gobierno, nuevas autoridades fueron nombradas y los tres meses de trabajo fueron perdidos.

Si eso sucediese apenas con un miembro u otro, creo que tendríamos condiciones de vencer ese desafío, pero no es así. Esto ocurre todo el tiempo y, por más que tengamos un equipo que trabaja con dedicación exclusiva para la RETS y sus subredes, no conseguimos dar cuenta de todos los cambios que acontecen y sobre los cuales, muchas veces, ni siquiera tomamos conocimiento.

Otra cuestión delicada es que la formación y el trabajo de los técnicos en salud recibe una atención bastante variada en los países que integran la Red. Algunos le dan más importancia al tema y eso nos favorece. En otros, entretanto, esa área aún no está establecida o queda relegada a un segundo plano, lo que dificulta mucho nuestro trabajo.

¿Usted piensa que la Reunión resolverá ese problema?

No es cuestión de resolver el problema. La idea es hacer con que todos reflexionen un poco sobre la Red y sobre su propia responsabilidad en la iniciativa. Hoy la RETS está pasando por un momento de gran fragilidad a pesar de tener una revista trimestral y un sitio web y de estar representada en varios foros reales y virtuales. Esa fragilidad reduce mucho el potencial de la Red como una estrategia de cooperación y trae a todos una cierta frustración.

Lo que nosotros esperamos es que esa reunión pueda decidir, inclusive, la viabilidad de la iniciativa, pues sin mayor comprometimiento de las personas y de las instituciones, el trabajo pierde su sentido. Hoy, la OPS, que incentivó la creación y, posteriormente la reactivación de la RETS, está bastante alejada del trabajo y ese es un problema serio para nosotros. También es necesario que los países miembros de la Unasur y de la CPLP, que sugirieron y aprobaron la creación de las subredes, nos den más apoyo en la institucionalización de los procesos. Es decir, cada uno necesita poner de su parte y creo que eso es lo que tenemos que discutir en esta reunión.

La EPSJV/Fiocruz viene intentando mantener la iniciativa y no es fácil. Nosotros tenemos, en el ámbito de la Coordinación de Cooperación Internacional, ejercida por Grácia Gondim, un equipo de tres personas enteramente dedicado a la RETS, además de otros trabajadores, del área administrativa, de comunicación y de TI, que dedican un gran tiempo de su trabajo a la Red. Esto, juntamente con la impresión de la revista y el trabajo continuo de traducción, entre otras cosas, representa un gasto muy grande para la Escuela y para el Ministerio de Salud de Brasil, que provee los recursos que necesitamos. Nosotros lo hacemos porque creemos en la Red como una herramienta importante para la mejoría de la formación de los trabajadores técnicos del área de la salud y, más que eso, porque creemos que es fundamental para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. La cuestión es que no podemos trabajar de forma aislada, sin la colaboración de los demás miembros. Como dije antes, la RETS solamente puede continuar a existir caso todos sus miembros se comprometan formalmente en ese sentido.

De nada vale aprobar un plan de trabajo en la Reunión y no llevarlo a sus instituciones ni discutir el asunto internamente. Nosotros tenemos una herramienta increíble en manos, pero necesitamos decidir lo que vamos a hacer con ella.

"El trabajo en Red presenta algunas fragilidades, tales como la fluencia y la fragilidad de los lazos que mantienen unidos a sus miembros. Superar esa dificultad exige un trabajo muy intenso, ya que existe una tendencia de dispersión y extenuación de la iniciativa a lo largo del tiempo."

¿Cómo son establecidos los Planes de Trabajo de la Red y de sus subredes?

Bueno, el Plan de Trabajo de la RETS-CPLP es elaborado con base en las directrices establecidas por el Plan Estratégico de Cooperación en Salud, firmado por los países en 2009 y que aún está vigente. En el caso de la RETS-Unasur, nosotros nos basamos en el Plan Quinquenal diseñado por el organismo. Esto es fundamental ya que las redes no existen por existir, son estrategias de trabajo capaces de potencializar, a través del intercambio y del trabajo colaborativo, el conocimiento producido por cada uno de sus miembros en busca de un objetivo mayor.

En el caso de la RETS, el plan de trabajo es definido de acuerdo con los objetivos de su reglamento.

¿Qué propone la EPSJV/Fiocruz, como Secretaría Ejecutiva de la RETS, para esos planes de trabajo?

En verdad nosotros a penas diseñamos una propuesta a ser presentada y discutida por todos los miembros presentes en el encuentro. Esa discusión horizontal es una característica del trabajo en la Red. No podemos imponerle nada a nadie. Además uno de los temas de la reunión es la definición de la institución que será sede de la Secretaría Ejecutiva de la RETS y de sus subredes durante los próximos años.

Nuestra idea, entretanto, es proponer un plan de trabajo simple y factible. Creemos que la Red debe concentrar sus fuerzas en proyectos que retomen su objetivo central y original, que es funcionar como espacio de producción y diseminación del conocimiento en el área de formación y del trabajo de los técnicos en salud.

Además, insistiremos en la necesidad de perfeccionar el sistema de comunicación de la red con la finalidad de ampliar el intercambio de información entre los miembros y el público en general, a través de nuestro sitio web, de la revista y de las redes sociales. La comunicación,

“La formación y el trabajo de los técnicos en salud recibe una atención bastante variada en los países. Algunos dan mayor importancia al tema. En otros, entretanto, esa área aún no está establecida o queda relegada a un segundo plano, lo que dificulta mucho nuestro trabajo.”

entretanto, no puede ser un fin de por sí. Debe estar al servicio de los intereses de la Red, divulgando lo que los miembros hacen y publican, trayendo temas de interés para que sean discutidos por todos y diseminando datos y conocimientos capaces de enriquecer nuestro trabajo y fomentar las acciones de cooperación técnica en el ámbito de la Red y entre los miembros que tengan temáticas en común.

En su opinión, ¿de qué forma la red viene contribuyendo para dar visibilidad al trabajo de los técnicos en salud?

Tradicionalmente, en el mundo entero, hay una cierta desvalorización del trabajo técnico, que refleja una concepción ultrapasada que ve el quehacer y el pensar de forma separada y con diferentes grados de importancia. Nosotros defendemos y luchamos por la consolidación de una visión más integrada del técnico como un trabajador que ejecuta, pero que también piensa sobre su trabajo y sobre el sistema en el que está inserido, proponiendo los cambios necesarios. Esa es la discusión que buscamos traer a la sociedad. ¿Qué tipo de técnico debemos formar para que los sistemas de salud sean más eficaces y eficientes y que, primordialmente, atiendan a las necesidades del conjunto de la población?

¿En qué medida eso puede influenciar a los formuladores de políticas públicas para los sectores de la salud, del trabajo y de la educación?

A pesar de que el famoso Informe Mundial sobre Recursos Humanos, publicado por la OMS, en 2006, reafirma la importancia de esos trabajadores, que representan la mayoría de la fuerza de trabajo del sector, las atenciones aún están dirigidas principalmente hacia la formación de médicos y enfermeros.

La Red consigue llevar la voz de los técnicos en salud, independientemente de su grado de formación – superior, medio o elemental, dependiendo de los países – a algunos espacios institucionales y foros de discusión importantes. Ni siempre el resultado de nuestro esfuerzo puede ser visto inmediatamente, pero continuamos luchando incansablemente para que las autoridades y, en algunas ocasiones los propios trabajadores técnicos de salud, comprendan mejor su papel.

“Nosotros creemos en la Red como una importante herramienta para la mejoría de la formación de los trabajadores técnicos del área de salud y, más que eso, para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud”

Usted habló sobre los propósitos de la reunión de noviembre. ¿Qué diría sobre la programación de la reunión y sobre los resultados esperados?

Bien, la idea es comenzar el encuentro el día 7 con una ponencia seguida de debate. Para tal ya confirmamos la presencia del ex presidente y actual coordinador del Centro de Relaciones Internacionales de la Fiocruz, Paulo Buss, que participó directamente de la creación de la RETS-CPLP y de la RETS-Unasur. En este mismo día, durante la tarde, tendremos dos actividades. En un primer momento, una breve informe sobre las actividades de la Secretaría Ejecutiva y el lanzamiento del nuevo sitio web de la Red. En seguida, una mesa redonda, para la cual ya confirmamos la presencia de Mónica Padilla, de la OPS/OMS, que discutirá los principales problemas que estamos enfrentando con la expectativa de ayudarnos a diseñar algunas estrategias para afrontar estas dificultades.

El día 8, por la mañana, tendremos las reuniones específicas de cada subred (RETS-Unasur y RETS-CPLP). Durante la tarde, en la plenaria final, será discutido el plan de trabajo de la RETS y realizada la elección de la nueva sede de la Secretaría Ejecutiva de la Red para los próximos cuatro años, entre los miembros que se apliquen al puesto. Otro

“En el mundo entero hay una cierta desvalorización del trabajo técnico que refleja una concepción ultrapasada que ve el quehacer y el pensar de forma separada, y con diferentes grados de importancia. Nosotros defendemos y luchamos por una visión más integrada del técnico como un trabajador que ejecuta, pero que también piensa sobre su trabajo y sobre el sistema en el que está inserido, proponiendo los cambios necesarios”

punto del programa será la discusión sobre una actualización del reglamento de la RETS y de sus subredes, que funcionan de forma semejante, pero que tienen algunas especificidades. En el caso de la RETS, eso es necesario porque algunas cosas cambiaron desde que la Red fue creada y necesitamos de un reglamento que refleje la realidad actual del trabajo. En el caso de las subredes, la idea es intentar armonizar lo que ellas tienen en común, respetando sus diferencias.

Cuanto a los resultados, nuestra expectativa es clausurar el encuentro con los planes de trabajo aprobados y los cambios en el reglamento ya definidos. Adicionalmente estamos pensando en la posibilidad de redactar un documento en defensa de la mejoría de la formación de los técnicos en salud a ser entregado a los organizadores del 3° Foro Global de Recursos Humanos en Salud, que también será realizado en Recife, del 10 al 13 de noviembre. Por primera vez la RETS estará oficialmente representada en el Foro, lo que para nosotros es una importante victoria. ■

Educación de técnicos en salud: una atención especial a los currículos (parte 2)

Por Ana Beatriz de Noronha

Con el objetivo de fomentar la reflexión sobre la cuestión de los currículos en la educación de los técnicos en salud la Revista RETS inició, en su edición anterior, la publicación de una serie de reportajes sobre ese tema. La propuesta tiene como base la disertación de maestría de Carlos Eduardo Batistella, profesor e investigador de la EPSJV/Fiocruz, que, a pesar de tener como objeto específico de investigación la formación de los técnicos del área de vigilancia en salud en Brasil, acaba tratando de aspectos bastante universales sobre ese asunto.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. *Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), 2009. Disponible en: www.arca.fiocruz.br.

Las teorías tradicionales del currículo

Conforme mencionado en la edición pasada, los currículos solamente se tornaron objeto de estudios e investigaciones a partir del final del Siglo 20, en Estados Unidos, en consecuencia de los procesos de racionalización, sistematización y control de la escuela y del propio currículo.

Como explica Batistella, el ciclo de industrialización ocurrido después de la Guerra de Secesión, o Guerra Civil Americana, (1861 a 1865) resultó en el aumento significativo de trabajadores en las fábricas y en procesos de producción más complejos, que demandaban una fuerza de trabajo más calificada. Aliadas a los cambios de orden económica, las grandes transformaciones sociales y culturales que ocurrieron en aquel momento también acabaron por establecer un nuevo papel para las escuelas, responsables por formar ciudadanos adecuados y adaptados al nuevo modelo de sociedad que surgía. En ese contexto, los currículos pasan a ser vistos como una valiosa herramienta para el control social.

"Ese proyecto de homogenización representado por la institucionalización de la educación de masa, marca el movimiento de ajuste de la escuela a las nuevas necesidades de la economía capitalista", afirma el investigador de la EPSJV, recordando que la necesidad de ordenar y racionalizar los procesos de enseñanza, con la finalidad de aumentar su eficiencia, condujo varios educadores a considerar el currículo como objeto de investigación y de intervención.

Según Batistella, dos corrientes distintas de pensamiento comenzaron a consolidarse en el inicio del siglo 20, ambas construidas como reacción al currículo clásico humanista: la progresista y pragmática, de John Dewey y William Heard Kilpatrick, y la tecnocrática y eficientista, de John Franklin Bobbitt. En la primera, que buscaba aproximar el currículo de los intereses y de la experiencia de los alumnos, la escuela debería ser discutida como espacio de vivencia de principios democráticos y las ideas deberían servir para resolver problemas reales. En la segunda, como resume el autor de la disertación, "el sistema educacional debería tornarse eficiente como cualquier otra empresa económica, incorporando los mismos principios de la administración científica que ya usaban en la industria: definir precisamente los resultados que se pretendía obtener, los métodos e insumos para su desarrollo y los instrumentos de mensuración para evaluar si fueron alcanzados".

De acuerdo con Batistella, en las denominadas teorías tradicionales, las grandes discusiones no son sobre la finalidad y los contenidos de los currículos, pero sí sobre la forma como esos currículos deben ser montados para que los objetivos establecidos sean alcanzados. En ese sentido, la cuestión curricular asume un carácter técnico de organización y planificación, teniendo como base la didáctica y los procesos de evaluación.

"Ese modelo se consolida aún más con Ralph Winfred Tyler, que en el libro 'Principios básicos de currículo y enseñanza', publicado en 1949, afirma que la organización y el desarrollo curricular deben responder a cuatro cuestiones básicas: ¿Qué objetivos pretende alcanzar la escuela? ¿qué experiencias pueden ayudar a alcanzarlos? ¿cómo organizar de modo eficiente estas experiencias? y, ¿cómo evaluar si fueron alcanzados?", complementa Batistella.

La citada concepción tradicional del currículo gana varios desdoblamientos, especialmente entre investigadores ingleses y norteamericanos, que se mantienen hasta los años 1970, cuando el tecnicismo retoma los principios utilitaristas y de eficiencia social del inicio del siglo. Tal movimiento, que representa una respuesta conservadora a las protestas de la década de 1960, enfatiza la organización sistemática de los saberes y de las actividades necesarias al aumento de la productividad y al desempeño considerado satisfactorio.

Una visión crítica de los currículos

En el período de 1960, el panorama sociocultural mundial comienza a sufrir cambios radicales. En un escenario de reivindicaciones por la ampliación de los derechos civiles y de la libertad política y sexual, y de grandes cuestionamientos sobre el modo de vida y los valores del capitalismo, la escuela pasa a ser blanco de profundas críticas debido a su incapacidad de promover la ascensión social y por su carácter opresivo y tradicional.

En ese contexto, de acuerdo con Batistella, diferentes estudios sobre educación comienzan a presentar una perspectiva crítica, cuyo punto común es la preocupación con las determinaciones y las implicaciones del currículo. Lo que anteriormente era visto apenas como un instrumento pasa a ser considerado una 'arena política' para la cual convergen tres ejes fundamentales: ideología, cultura y poder.

Para enfatizar las diferencias entre las teorías tradicionales y las teorías críticas del currículo, él recurre a Tomaz Tadeu da Silva que, en su libro 'Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo' (Documentos de identidad: una introducción a las teorías del currículo), publicado en 1999, afirma que en cuanto las teorías tradicionales eran de aceptación, ajuste y adaptación, las teorías críticas son de desconfianza, cuestionamiento y transformación radical. Según el autor, lo importante para las teorías críticas no es desarrollar técnicas de cómo hacer el currículo, sino construir conceptos que permitan comprender lo que el currículo hace.

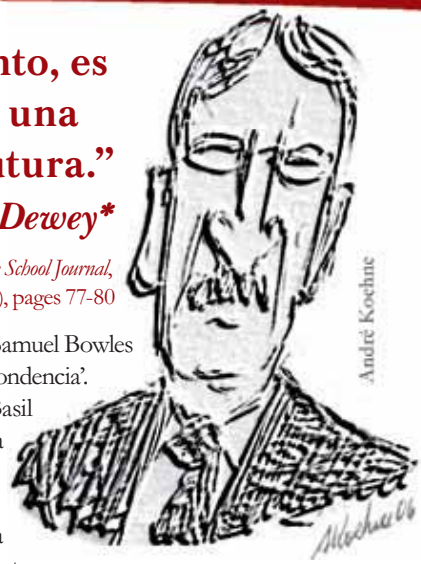
Batistella cita aún algunos sociólogos franceses que, aunque no hayan desarrollado una teoría sobre el currículo propiamente dicho, dieron importantes contribuciones conceptuales y metodológicas para el fortalecimiento de esa perspectiva crítica: Louis Althusser ('Ideología y aparatos ideológicos de Estado'), Pierre Bourdieu y Jean-Claude Passeron ('La reproducción') y Roger Establet y Christian Baudelot ('La escuela capitalista en Francia').

"Los estudios de esos autores indicaban la existencia de jerarquías y dualidades en la escuela capitalista, aportando los conceptos de ideología, clase social y reproducción para comprender los mecanismos de dominación", explica Batistella, recordando que otros autores también fueron importantes para establecer conexiones entre la producción económica y la educación, como los americanos Samuel Bowles y Herbert Gintis, autores de la 'teoría de la correspondencia'. En Inglaterra, Batistella destaca Michael Young y Basil Bernstein, los más ilustres representantes de la 'Nueva Sociología de la Educación' (NSE), primera corriente sociológica orientada hacia el estudio del currículo.

"La educación, por lo tanto, es un proceso de vida y no una preparación para la vida futura."

John Dewey*

*'My pedagogic creed', *The School Journal*, Volume LIV, Number 3 (January 16, 1897), pages 77-80



Según Batistella, la idea tradicional y burocrática de currículo, concebida como una actividad meramente técnica y administrativa, va siendo poco a poco combatida por diferentes autores y el currículo pasa a ser visto como un local donde son producidos significados sociales.

En los Estados Unidos, a partir de 1973, cuando fue realizada una conferencia sobre currículo en la Universidad de Rochester, Nueva York, dos vertientes críticas de estudios curriculares fueron establecidas: en la Universidad de Ohio, la corriente humanista, cuyo autor principal es William Pinar; en las Universidades de Wisconsin y Columbia, las corrientes neomarxistas de Michael Apple y de Henry Giroux. Para los humanistas, los estudios de orientación fenomenológica y hermenéutica buscan enfatizar los significados subjetivos que las personas dan a sus experiencias pedagógicas y curriculares. En el caso de los neomarxistas, la énfasis está en el papel que las estructuras políticas y económicas tienen en la reproducción social.

Para Apple, por ejemplo, la cuestión central está relacionada a la selección de los contenidos que componen el currículo, en un proceso que refleja los intereses de las clases y grupos dominantes, es decir, de cuales conocimientos pasan a ser legitimados por la escuela.

"Para el autor, ese proceso no surge a través de una simple y directa determinación económica. La reproducción social depende de dispositivos de convencimiento y legitimación", afirma Batistella, que también destaca el concepto de 'currículo oculto', como otra importante contribución de las teorías críticas. El currículo oculto es aquel que engloba todos los aspectos del ambiente escolar que no hacen parte del currículo oficial, pero que contribuyen, de forma implícita, para aprendizajes sociales relevantes.

Tres décadas de discusiones relevantes para la educación

En el libro ´Sociología y teoría crítica del currículo: una introducción', publicado en 2005, Antonio Flávio Moreira considera la existencia de cuatro fases distintas de la teorización crítica del currículo. En la primera, de 1970 al inicio de 1980, los estudios, que inicialmente presentan un carácter más subjetivo, van siendo superados por análisis que investigan el papel del currículo en la reproducción de las desigualdades sociales.

La segunda fase, que atraviesa la década de 1980 puede ser, según Moreira, caracterizada por la valorización de la categoría resistencia y por estudios que analizan el papel desempeñado por el Estado en la legitimación del capitalismo.

En la tercera fase, que se inicia en el final de los años 1980, comienzan a ser publicados trabajos que substituyen el lenguaje crítico por el lenguaje de la posibilidad, introduciendo nuevas categorías, como los estudios de raza y género en el currículos, y atribuyendo a los profesores un papel transformador.

Por fin, en el cambio de siglo de 1990, se inicia la cuarta y última fase, en la cual, delante de nuevas influencias y cuestiones traídas por los estudios post-estructuralistas y por el multiculturalismo, comienza a ser establecido un diálogo entre los abordajes neomarxistas y post-críticos. En ese período, las investigaciones buscan analizar las relaciones entre la cultura y el currículo, en el intento de comprender las relaciones entre currículo, poder e identidad social.

Las teorías post-críticas del currículo, que emergen en ese período, serán abordadas en la próxima edición de la Revista RETS. ¡Hasta pronto! ■

Fotos: Equipo técnico-pedagógico de la Propuesta de Profesionalización de TCST

Integración e intercambio de experiencia en las actividades.

Formación de técnicos en salud comunitaria: es posible cambiar y hacer la diferencia

Por Elisandra Galvão

En el inicio de los años 2000, Chubut, una de las 23 provincias de Argentina, tenía aproximadamente 400 mil habitantes, de los cuales 92% estaban concentrados en los centros urbanos y los demás en locales con menos de tres mil moradores o en poblaciones dispersas. Casi 40% de los habitantes de la provincia estaban abajo de los niveles de pobreza, con necesidades básicas insatisfechas (NBI), y cerca del 15% de ellos se encontraba abajo de la línea de indigencia. Del total de la población, un 40% no tenía acceso a la asistencia social ni a un plan de salud privado. En el área de educación, el índice de los que no tenían curso primario o secundario llegaba a 22%.

Ese fue el escenario socioeconómico encontrado por los profesionales de varias áreas que en el 2004 aceptaron el desafío de, conjuntamente, desarrollar un nuevo modelo de salud que garantizase una cobertura efectiva y que respondiera con equidad y eficiencia a las necesidades de la población de esa región. La experiencia marcante de esos profesionales comenzó con una invitación de la Secretaría de Salud de Chubut para que ellos trabajasen en la formación y profesionalización de los agentes de salud, de forma a impulsar reformas orientadas hacia el establecimiento de una estrategia de atención primaria en salud, la oferta del primer nivel de atención y su articulación con otros niveles.

Maria Andrea Dakessian y Gladys Skoumal, del equipo técnico-pedagógico de la Propuesta de Profesionalización de los Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno 2005-2011), se integraron al proyecto en ese año respondiendo a la invitación de la entonces directora provincial de Prevención y Promoción de Salud, Elsa Marzoa. Ellas iniciaron el trabajo de formación del equipo teniendo como eje una propuesta de profesionalización de los entonces denominados agentes de salud que hoy son conocidos como "trabajadores comunitarios de salud en terreno (TCST)". El nuevo nombre, según ellas, marcó el comienzo de un cambio y su especificidad dentro del equipo de salud.

Hasta tener una propuesta efectiva de profesionalización hubo varias acciones desarrolladas. Algunas estaban orientadas hacia el fortalecimiento de las capacitaciones profesionales de los TCST, con base en propuestas educativas formalizadas de nivel y modalidad distintos, y otras destinadas al fortalecimiento de la estructura del sistema. Como equipo, Andrea y Gladys participaron de un proceso de trabajo y discusión sobre las concepciones de salud, educación, sujetos, asistencia, comunidad, ética profesional, construcción colectiva e interdisciplinaridad.

El proyecto, que acabó resultando en la publicación del libro "Salud Comunitaria. La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones a partir de la formación de técnicos en salud", se justificaba, entre otras cosas, por los cambios en el cuadro local de salud que el trabajo de esos

técnicos puede traer. Para Elsa, como cuentan en el libro Andrea y Gladys, no había dudas de que el trabajador de salud en terreno favorece la construcción conjunta con la población del conocimiento sobre cómo se reproduce el proceso salud-enfermedad en los grupos sociales, qué le sucede a los individuos de una población, cuándo, dónde y cuáles son los factores de protección con los que cuenta la comunidad así como los factores de riesgo a los que está expuesta y que, por lo tanto, es posible generar procesos de transformación en la comunidad y en el sistema de salud a partir del intercambio de conocimientos entre ellos, favoreciendo también el desarrollo del autocuidado y autogestión por parte de los sectores comunitarios. Según ellas, la directora afirmaba que el trabajador de salud cumple un rol fundamental en el desarrollo de una epidemiología y de un sistema de información que puedan atender a las necesidades de la población y de sus problemas de salud para la correcta toma de decisiones.

De acuerdo con Andrea y Gladys, dese el inicio del trabajo lo que se proponía era un cambio en el perfil de los trabajadores con relación a la renovación del sistema de salud, la comprensión de las necesidades de la población y el lugar de los profesionales en esa relación. Como ellas explican en el libro, varias acciones fueron desarrolladas para componer una propuesta de profesionalización efectiva, algunas orientadas hacia el fortalecimiento de las capacidades profesionales de los TCST, a partir de propuestas educativas formalizadas a través de distintos niveles y modalidades, otras destinadas a tornar más fuerte la estructura del sistema. Ellas también enfatizan el papel protagonista de los TCST en la organización del trabajo en terreno. Sobre la formación propuesta, ellas destacan cuatro grandes componentes: un curso de capacitación obligatorio con material educativo, acciones de articulación para la conclusión educativa, curso de supervisión intermediario y el acceso al nivel superior a través del Curso Técnico Superior en Salud Comunitaria .

Arte y cultura como recurso educativo en el teatro.

"Conceptos como salud, educación, actores, asistencia, comunidad, ética profesional, construcción colectiva e interdisciplinaridad, referencias para la estructura curricular de la formación técnica propuesta, pasaron a integrar la práctica de la enseñanza en diferentes espacios y están en las reflexiones sobre el propio proceso de enseñanza-aprendizaje compartido por profesores y estudiantes, en una tarea creativa y comprometida", cuentan orgullosas Andrea y Gladys. Para ellas, la mirada amplia y el respeto hacen parte de la tarea que los agentes de salud desarrollan, en un compromiso con la estrategia de atención primaria en salud y con la actualización de conocimientos, habilidades y prácticas en las distintas temáticas que dan fundamento al trabajo cotidiano.

Al reunir y sistematizar la experiencia realizada en Chubut el libro, lanzado en junio del 2013, puede servir de referencia para el desarrollo de otros proyectos similares, en la propia Argentina y en otros países, cuyo objetivo sea la priorización y la inversión en la formación técnica de agentes de salud.

Invertir en la formación de los agentes sanitarios: un opción acertada

Invitado a escribir la presentación del libro, el pediatra y sanitarista Mario Rovere, que ya ejerció funciones de gestión en diversos niveles de organización del sistema argentino de salud y fue consultor regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para el desarrollo de recursos humanos en salud, aprovechó la ocasión para recuperar un poco de la historia de los trabajadores de salud comunitaria en el país.

Según Rovere, que actualmente trabaja en la organización del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM), hace más de 50 años Argentina viene desarrollando programas que tienen como protagonistas a los agentes sanitarios, sin los cuales no se puede explicar mejorías en los indicadores de salud y calidad de vida en muchas partes del país que no tienen acceso a los beneficios del desarrollo económico y en ocasiones de la llegada de otras acciones de la esfera pública.

Profesionales durante actividad en terreno.

Salud Comunitaria: La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones desde la formación de Técnicos en Salud" - Serie Sociedad/Salud de la Editorial Universitaria de la Patagonia, junio 2013. Disponible en: bit.ly/18pSRxz

Los agentes comunitarios de salud tienen como especificidad el hecho de que son trabajadores del sistema de salud y, al mismo tiempo, miembros de sus propias comunidades. Aunque su formación inicial sea de apenas 400 horas, si se suman las horas referentes al desarrollo de actividades supervisadas de capacitación en campo y los cursos pre-ronda, el tiempo total de formación de esos agentes muchas veces acaba superando el tiempo de formación de otras categorías profesionales con más reconocimiento en el área de salud, sin considerar la importancia de esos trabajadores. "Los agentes de salud se constituyen con frecuencia como el único personal que trabaja con criterio preventivo promocional, especialmente en nuestro país, donde la mayoría de las otras profesiones está centrada en actividades asistenciales y preventivas", observa el especialista.

Entre los problemas enfrentados por los agentes cita las contrataciones transitorias y los contratos de trabajo precarios. Para Rovere, las inquietudes en la carrera profesional tienden a llevar a los agentes sanitarios a otras formaciones en la salud y muchos acaban tornándose auxiliares de enfermería sin que eso represente un camino de perfeccionamiento y capitalización de su experiencia profesional. Por esa razón, él cree que toda iniciativa de perfeccionamiento de la formación y del trabajo de los agentes debe ser conmemorada. "En los últimos años algunas provincias comenzaron a concebir una carrera de trabajadores comunitarios, siguiendo el camino iniciado en otros países en su formación de técnicos. Debemos alegrarnos y entusiasmarnos por estar realizando un acto de justicia, de reparación y de enorme repercusión para la salud de nuestros pueblos", enfatiza.

"A lo largo de 50 años, en los rincones más alejados y olvidados de nuestro país, los agentes sanitarios tocaron puertas, vacunaron, pesaron, midieron y tabularon la antropometría (mensura del cuerpo humano y sus partes) de centenas de miles de niños, detectaron precozmente enfermedades preocupantes, realizaron tratamientos supervisados de patologías peligrosas, orientaron embarazadas, promovieron el desarrollo de huertas, ayudaron a tratar el agua, a enterrar o quemar la basura, a construir letrinas, a educar y acompañar a los que necesitan de atención ", afirma Rovere, resaltando que los registros hechos por los agentes son los que orientan los programas de salud. "Los agentes constituyen la mano extendida de los servicios de salud llegando a lugares donde antes nadie había llegado. En cualquier lugar en que una familia pueda establecerse un agente de sanitario podrá llegar" , garantiza.

Rovere señala que la tarea asumida por el personal de Chubut incluye el desarrollo de una carrera de formación más extensa, sin que se pierda su sentido práctico y programático, lo que no es nada simple ya que generalmente la frecuencia de los contenidos, la bibliografía, el diseño de las experiencias de aprendizaje pueden llevar a una tendencia academicista. Esto debe evitarse sin, entretanto, inhibir el desarrollo de procesos de formación de valores, de lecturas teóricas de respaldo ni imponer límites a la curiosidad, al interés y a la capacidad de cuestionamiento de los alumnos, pero que todo eso sea hecho con el objetivo mayor de dar respuestas a las necesidades de la población.

Un libro, múltiples invitaciones

Un libro y múltiples invitaciones para socializar experiencias en el campo de la formación técnica. Esa es la perspectiva de la publicación "Salud Comunitaria. La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones a partir de la formación de técnicos en salud". El libro reúne seis artículos firmados por Susana Muñoz, Claudia Coicaud, Beatríz Escudero, Verónica Turra, Elizabeth Guglielmino y Mario Morón, investigadores de áreas diversas que abordan la propuesta de implementación de la carrera de los técnicos y proponen pensar la salud a partir de una perspectiva interdisciplinar, enfatizando el papel de la comunidad en los procesos para reflexión sobre la salud integral.

En el libro, que recupera el proceso de implementación del Curso Técnico Superior en Gestión en Salud Comunitaria, una experiencia de formación del Instituto Superior Docente N° 807, iniciada en 2009 y fruto de un convenio entre los Ministerios de Salud y de Educación de la provincia de Chubut (Argentina), los autores invitan a los lectores a construir una mirada interdisciplinar en el campo de la salud.

"Pensar la salud a partir de una perspectiva comunitaria es más que una propuesta, es una necesidad", observa el periodista, profesor e investigador en comunicación Washington Uranga, responsable por el prólogo del libro. Para él, ese debería ser el eje en torno del cual debe organizarse la política de salud pública, pues la salud es una realidad traspasada por múltiples factores que requieren un abordaje inter y transdisciplinar. Uranga recuerda que la Carta de Ottawa, que define la salud como el proceso que fortalece la capacidad de las personas de mejorar su salud a través del aumento del control sobre los determinantes de salud, y argumenta que, cuando se habla de salud comunitaria, están incluidas la promoción y el incentivo de conocimientos, capacidades y habilidades presentes y actuantes en los individuos, y también sus contextos sociales y culturales, de forma a potencializar el desarrollo del sujeto que vive en comunidad.

Documento presentado en la 1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en noviembre de 1986. El texto trae orientaciones para el desarrollo del plan "Salud para Todos en el año 2000 y siguientes" y representa una respuesta a las crecientes expectativas en el sentido de conseguirse un nuevo movimiento de Salud Publica en nivel mundial. Disponible en:
www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf (español)

Según Uranga, que también preside el Instituto Latinoamericano de Comunicación para el Desarrollo (ILCD), las experiencias y acciones narradas por los autores en el libro sirven de referencia para las prácticas de salud comunitaria y también para repensar el papel de la comunicación. "El entendimiento de la salud debe ser como una clave cultural que es también comunicacional", defiende. Por esta causa, no se puede reducir la comunicación a una cuestión de medios y ni sus fines pueden ser únicamente la manipulación y la persuasión. La comunicación, de acuerdo con el investigador, es una parte esencial de los procesos de construcción de la trama cultural que definen la identidad de una comunidad y las formas de vida de los sujetos que la componen.

Uranga enfatiza que la promoción de hábitos saludables no puede ser el resultado de campañas publicitarias, sino la consecuencia lógica de la apropiación de otro sentido orientado hacia la calidad de vida y la salud por parte de los ciudadanos. Él observa que una de las invitaciones que el libro trae es a la no disociación, es decir, a entender la salud y lo comunitario como aspectos del mismo componente: la calidad de vida. "La salud es un derecho y, por

lo tanto, la responsabilidad de una vida saludable no puede ser apenas individual, ni estar sujeta a ninguna condición. Tiene que ser garantizada por la sociedad-comunidad como parte del compromiso ético con la persona, sujeto de derechos ".

Desafíos colectivos y posibilidades profesionales

Una de las proposiciones del libro es que los desafíos colectivos presentados deben ser observados en una perspectiva crítica para que su apropiación pueda enriquecer las propias prácticas con muchos abordajes sistematizados. El enfoque está orientado hacia la profesión de técnicos superiores en salud comunitaria bajo el prisma de la vivencia y experiencia de los respectivos autores de los seis artículos.

La contextualización histórica sobre la experiencia y las posibilidades de la profesión, creada recientemente, es hecha por Claudia Coicaud, una de las profesoras del Curso Técnico Superior en Gestión en Salud Comunitaria, establecido en 2009, en la ciudad de Comodoro Rivadavia. En el texto "De profesión Técnico Superior en Gestión en Salud Comunitaria: una experiencia de formación", ella recuerda que el curso atiende principalmente a trabajadores del sistema público de la región sudoeste de Chubut que actuaban en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, Sarmiento, Río Mayo y Alto Río Senguer, todos vinculados al primer nivel de atención.

Según ella, la política de formación de recursos humanos en Atención Primaria en Salud sufrió discontinuidad a lo largo del tiempo, en cuanto el contexto de profundización de las desigualdades sociales de los años 1990 expuso la situación de la salud precaria de la amplia mayoría y colocó en discusión la salud de la población tanto en el escenario internacional cuanto en el local.

Sobre la propuesta de formación Técnica Superior en Gestión en Salud Comunitaria, ella cita dos antecedentes fundamentales. El primero es que los Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno (TCST) deben participar de forma activa en la promoción de prácticas saludables que favorezcan la búsqueda participativa y colectiva de la equidad en las condiciones de vida y salud de las personas, a partir de tecnologías sanitarias que hagan posible el desarrollo de nuevas capacidades construidas en las diferentes

Algunos alumnos del curso de formación estaban integrados a los sistemas de salud, otros no.

poblaciones, teniendo en vista que eso aumenta el intercambio de conocimientos entre la comunidad y el sistema de salud, generando importante procesos transformativos. El segundo es que, en el momento de creación del programa de formación, el Ministerio de Salud, a través del Departamento Provincial de Capacitación, se propone a completar, desarrollar o perfeccionar la formación de los profesionales, desarrollando capacidades específicas para el trabajo en la asistencia, prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población a través de la atención primaria, como estaba previsto en el documento del Programa de Formación Básica en Salud Pública de la Secretaría de Salud para el bienio 2008-2009.

De acuerdo con Claudia, esas definiciones sirvieron de base para las discusiones, que ella profundiza en el decurso del artículo acerca de las relaciones entre teoría y práctica, de la formación, actualización y capacitación en servicio, del conocimiento, de la participación social, así como de un modelo de gestión institucional en el campo de la salud pública y de la propia profesión del trabajador comunitario en salud.

Cuanto a la práctica profesional, debe ser estructurada a lo largo de tres años de formación y de una evaluación anual, a partir del análisis del papel profesional, de la definición de la unidad de análisis, del diagnóstico de los problemas de salud, del diseño de un plan de acción y del desarrollo de ese plan. Claudia esclarece que el programa de formación específica superior remite a la vinculación con el territorio, lo que permite establecer relaciones socioculturales de los destinatarios de una práctica de salud y, en paralelo, constituir el nexo entre el equipo de salud y la comunidad para realizar investigaciones comunitarias y proyectos en servicios de salud.

Después de discurrir sobre la idea de continuidad que la nueva formación trae y sobre el desafío de construir una profesión, Claudia concluye su texto resaltando la función política de los sistemas y de los trabajadores de la salud. "En un contexto excluyente, en tiempo de destrucción de las pertenencias colectivas, la salud púbica sigue constituyendo un espacio donde es posible ejercer y reivindicar derechos".

Salud integral y proyectos de educación

En el artículo "Salud integral y fortalecimiento comunitario en la formación del Técnico Superior en Gestión de la Salud Comunitaria", la médica Susana Muñoz busca ayudar a sistematizar esa experiencia innovadora, a partir de una revisión de los proyectos de Educación para la Salud (EPS) y de la Investigación-Acción Participativa (IAP) de dos grupos de estudiantes del Curso Superior en Salud Comunitaria, en diferentes etapas de su formación.

En el análisis de los proyectos, desarrollado en la perspectiva de la salud comunitaria y de la educación para la salud, los principales ejes considerados fueron: asistencialismo/fortalecimiento de la comunidad, integralidad de las propuestas e interpretación de los contextos locales en el marco del paradigma ecológico-sistémico, incluyendo las perspectivas comunitarias.

El resultado mostró que en el grupo de alumnos que ya trabajaban en el sistema de salud había un poco más de dificultad de leer el contexto local y aplicar las informaciones obtenidas. En ese grupo la incorporación de herramientas y guías de trabajo para IAP facilitó la incorporación de componentes dialógicos a los proyectos, la caracterización de las comunidades, el mapeo

Agentes de salud realizan trabajo con jóvenes de Chubut.

de actores sociales y la identificación de las percepciones y perspectivas de los grupos sociales involucrados. El grupo evolucionó progresivamente para propuestas más dialógicas y más integrales, incorporando gradualmente las perspectivas de las comunidades y los factores que favorecen los procesos de fortalecimiento personal y comunitario.

En el segundo grupo, formado por alumnos aún no integrados al sistema, y con menos tiempo de curso, fue percibida una visión más crítica con relación a las prácticas de salud y a la práctica personal de los propios alumnos. También fueron percibidas producciones más orientadas hacia la integralidad, la asistencia y fortalecimiento, en lugar del asistencialismo, y la recuperación de la perspectiva de las comunidades.

Para Suzana aún hay muchas cuestiones por responder sobre como los educadores pueden fortalecer el proceso de construcción dinámica del perfil de esos técnicos que desempeñan el doble papel de intérprete y mediador, como decía el activista político y sanitarista Edmundo Granda: "intérprete de las maneras como los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan de sus enfermedades; y, mediador estratégico con poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida", sin adoptar una posición de superioridad y autoritarismo, pero sin abandonar el papel de educador e investigador en salud.

Comunicación en salud

Pensar la comunicación en salud como espacio interdisciplinar es el objetivo de la profesora de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Beatriz Escudero, en el artículo "Comunicación/Salud: una experiencia pedagógica en Salud Comunitaria".

Apoyada en una base teórico-metodológica, Escudero presenta una experiencia pedagógica en el ámbito de la Comunicación en Salud. Ella también trata de la cartografía social como una metodología capaz de generar procesos de intervención a partir de la planificación en la promoción de la salud y busca analizar la perspectiva comunicacional adoptada en esos casos. Beatriz también hace algunas reflexiones a partir de la sistematización de trabajos y producciones de los primeros alumnos del Curso Superior de Salud Comunitaria.

En el segundo año del curso son impartidas las disciplinas Teorías de la Comunicación y Comunicación, en las cuales, según Beatriz, se busca recuperar una larga historia en el campo de la Comunicación Social, con aportes de la educación popular, de la medicina social y de la comunicación alternativa, entre otros. El objetivo es conformar un poderoso núcleo teórico-metodológico para pensar las prácticas de intervención comunitarias con una mirada comunicacional.

Esa es la base conceptual que los alumnos llevarán para poder reflexionar sobre la cuestión comunicacional en diversas etapas de su práctica de campo, pensando la producción de sentidos, la cartografía de la comunidad, etc. Para la profesora, ese enfoque comunicacional en los procesos de planificación acaba poniendo en destaque a los protagonistas, sus territorios y las relaciones que surgen a partir de la producción de nuevos sentidos. En ese sentido, el trabajo pedagógico debe llevar a la generación de procesos que llevan a las comunidades a salir del silencio.

La autora cree que la experiencia registrada en el libro puede contribuir para generar procesos de comunicación/educación en los cuales sea posible colocar la práctica teórica a servicio de procesos de formación donde el lugar de la escucha sea condición para recuperar la capacidad de conceder valor a los saberes sociales.

El diario de campo y los registros en salud

En el texto "La importancia del registro y la experiencia documentada", la estudiante de Comunicación Social y practicante en las disciplinas de comunicación del curso de 2010 a 2012, Verónica Turra, resalta la importancia del diario de campo, de los datos y de la producción de información para la salud comunitaria.

El artículo trata sobre las herramientas específicas del campo etnográfico y de sus usos profesionales para delimitar problemas, conocer los escenarios, la posición profesional, las relaciones con los grupos e informantes, sus lenguajes y el fortalecimiento de la observación.

Verónica también destaca el "cuaderno de campo" como un poderoso instrumento para el trabajo de los técnicos en el cual deben ser registradas todas las observaciones sobre el territorio y el contexto, de forma completa, precisa y detallada. Según ella, por este motivo una hora de observación puede generar de cuatro a seis horas dedicadas a anotaciones.

Ella señala también la posibilidad de utilizar dispositivos digitales, como grabadores de audio, cámara fotográfica o cámara de video, cuando eso permite captar más detalles. A lo largo del texto, la autora resalta aún innúmeros procedimientos prácticos importantes para quien realiza el mapeo de un territorio.

Las anotaciones son realizadas durante las visitas a las comunidades.

Deficiencia e identidad

Con el título "deficiencia y Salud. Lecturas y dilemas en discusión", el artículo de Elizabeth Guglielmino, profesora de las Universidades Nacionales de la Patagonia San Juan Bosco y de la Patagonia Austral, hace referencias a discusiones actuales en el campo de la salud comunitaria, además de proponer la superación de posturas biologicistas. Enfocadas en los trastornos de salud y en sus portadores, estas concepciones naturalizaron la asociación deficiencia/enfermedad, dejando de considerar a las personas como seres integrales que se constituyen entre diferencias humanas y culturales. Su objetivo es abrir una discusión sobre las diversas perspectivas de pensar la salud y la deficiencia, destacando el lugar de la salud comunitaria, en el marco de un trabajo interdisciplinar centrado en la persona, en la familia y en la comunidad.

Para tal, cree que es necesario hacer del trabajo comunitario en salud un espacio de abertura y de reconstrucción del colectivo, donde son puestos en juego los lazos sociales, la necesidad de establecer y construir redes, la pluralidad de voces, y la importancia de desnaturalizar condiciones de vida excluyentes, para asumir, de forma corresponsable, un trabajo que requiere un abordaje interdisciplinar en una perspectiva de salud integral.

Este cambio, según Elizabeth, representa un desafío para pensar las prácticas profesionales y para intervenir en los procesos de formación que consideren una perspectiva genealógica y crítica sobre esa temática, llevando a los alumnos a comprender los procesos socio-históricos que impactan la vida de los sujetos, pero también de su familia y de su comunidad.

Los orígenes de la ética

El libro termina con el ensayo "Desarrollo con ética y libertad. Una subjetividad posible", del médico Mario Morón, que articula los orígenes de la ética, relacionándola con mitos, arquetipos y bases biológicas de la conciencia con el objetivo de promover una reflexión acerca de algunos aspectos de las éticas que están inseridas en las dinámicas del vivir actual.

Entre otras cosas, Morón revisa las éticas del capitalismo, del neoliberalismo y las necesidades éticas actuales, y destaca el hecho de que actualmente estamos comenzando a comprender el mundo no apenas como el lugar donde habitamos, sino como un sistema del cual hacemos parte y que nos incluye.

Él señala que como seres relacionales, los humanos están envueltos por redes cargadas de sentidos y significados, valores y cuestiones éticas. Esperanzadoramente, según Morón, hoy están surgiendo a gran velocidad redes cooperativas que emergen en movimientos sociales de gran peso político. Los indignados en Europa, los ocupantes de Wall Street, los estudiantes chilenos y otros que se transforman en ejemplos apasionantes de poder ciudadano de las redes, que piden por equidad, justicia y una ética de gobierno. ■

El técnico en citopatología como agente de promoción de la salud

Por Simone Selles

En mayo de este año, la Escuela Superior de Tecnología en Salud de Lisboa (ESTeSL) realizó, con la participación de docentes y alumnos del curso de licenciatura en Anatomía Patológica, Citológica y Tanatológica (APCT), una importante acción de promoción de la salud para aproximadamente 30 estudiantes de la Escuela Secundaria José Gomes Ferreira, también en Lisboa.

A través de la ponencia "Virus del Papiloma Humano (HPV) y cáncer del cuello uterino: relación, riesgo y prevención", los voluntarios de la ESTeSL tenían como objetivo informar a los adolescentes sobre el HPV y su incidencia y prevalencia, así como sobre la mortalidad asociada al cáncer del cuello uterino. Además, dieron explicaciones sobre las formas de contagio, reforzando la importancia de la prevención de la infección del virus. Finalmente, mostraron como se hace el diagnóstico laboratorial del HPV en citología ginecológica y patología molecular.

La integración social en el proceso de enseñanza-aprendizaje

Esa actividad no es una iniciativa aislada. Está inserida en un gran proyecto de integración social que la ESTeSL desarrolla y que reúne varias acciones de intervención comunitaria, desde rastreos cardiovasculares y respiratorios hasta encuentros de sensibilización sobre alimentación saludable, siempre con el objetivo de concientizar a la población y estimular una actitud que favorezca la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. El curso de licenciatura en APCT, por ejemplo, realiza acciones de divulgación sobre cáncer del cuello uterino/HPV, tabaquismo, alcoholismo, cáncer colorrectal, entre otros.

Para el director y profesor del curso, Amadeu Ferro, que participó como voluntario en el trabajo realizado en la Escuela Secundaria José Gomes Ferreira, el hecho de que las acciones sean programadas para um público específico, en general jóvenes de 12 a 18 años, trae resultados bastante positivos. "Un punto determinante de esas actividades es que utilizamos una forma interactiva y divertida para invitar a los jóvenes a intervenir junto a sus familiares y amigos, divulgando informaciones importantes a través, inclusive, de un folleto preparado por nosotros especialmente para ese propósito", explica, resaltando: "Esa responsabilidad hace con que los jóvenes asuman una postura más activa y estén más atentos a las cuestiones de salud".

En la evaluación de Ferro, la ponencia fue muy bien recibida por los alumnos que se mostraron muy interesados e hicieron varias intervenciones a lo largo del encuentro. "Algunos de ellos mostraron que tenían conocimiento previo sobre el asunto, pero las informaciones generalmente recibidas de amigos con pocos fundamentos científico-tecnológicos, no siempre eran completas o actualizadas", comenta.

El profesor también destaca el hecho de que la intervención en salud comienza siempre con la prevención, y la importancia de que los técnicos del área estén integrados en esas actividades. "Al final de las acciones siempre pensamos que si con nuestras palabras conseguimos evitar que, por lo menos, un niño de aquel grupo se infecte con el HPV y no desarrolle un cáncer por esta causa, habremos obtenido una victoria en la lucha contra esta enfermedad", observa.

Esta no fue la primera acción contra el cáncer del cuello uterino realizada por el núcleo de APCT de la ESTeSL. En enero fue realizado un evento destinado a 150 estudiantes del Colegio Campo de Flores, en Monte da Caparica. En septiembre y octubre también habrá un nuevo ciclo de acciones para la asociación de jóvenes y proyectos de integración de grupos carentes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer del cuello uterino es el segundo tipo más común entre las mujeres, perdiendo apenas para el cáncer de mama. Anualmente son aproximadamente 500 mil nuevos casos, y 250 mil muertes en todo el mundo, siendo que casi 80% de los casos ocurren en países de baja renta. La infección causada por el papiloma virus humano (HPV), responsable por 95% de los casos, es la principal causa de ese tipo de cáncer.

Hay más de 100 tipos de HPV, pero son pocos los que causan la enfermedad. En la mayoría de los casos, el virus presenta regresión espontáneamente, es decir, la evolución para un cáncer es rara. Este cáncer demora a desarrollarse y las células alteradas que conducen a la enfermedad pueden ser fácilmente reconocidas en el examen preventivo conocido como Papanicolaou.

Además del examen, ya existe una vacuna contra el HPV que debe ser aplicada en quien aún no inició la vida sexual y no tuvo contacto con el virus.

De acuerdo con la OMS, en 2012, 41 países ya ofrecen la vacuna en sus redes de salud, con un público variado. En Francia, por ejemplo, son vacunadas niñas de 14 años; en Inglaterra, de 12 y 13; y en los Estados Unidos, de 11 y 12. En Brasil, que adoptó el procedimiento recientemente, la meta es vacunar al menos 80% de las 3,3 millones de niñas de 10 y 11 años. En 74 países, entretanto, aún no había ningún proyecto de implantación del procedimiento.

La eficacia de la vacuna ha sido comprobada por diversos estudios, aunque aún no haya sido posible evaluar los resultados de largo plazo de esa forma de control.

Más allá de los laboratorios

Independiente del grado de formación - nivel medio en Brasil o nivel superior en los demás – y de los diferentes títulos que reciben – técnico en anatomía patológica, técnico en citopatología o técnico en histología, dependiendo del país – el profesional en esa área debe ser capaz de elaborar pareceres a partir del análisis de muestras celulares de prácticamente todo el cuerpo humano. Su trabajo es fundamental para el diagnóstico de un gran número de enfermedades, inclusive del cáncer.

Generalmente, y con pequeñas variaciones de país a país, en la descripción de sus funciones, el destaque es del trabajo que realizan en el ámbito de los laboratorios, bajo supervisión profesional pertinente: ejecutar o prestar auxilio a actividades estandarizadas de laboratorio referentes a los exámenes micro y macroscópicos de evaluación de muestras de tejidos y células, utilizados en el diagnóstico de tumores y lesiones. También cabe a esos trabajadores operar y celar por el buen funcionamiento del aparato tecnológico de laboratorio de salud.

Según la brasileña Simone Maia Evaristo, presidente de la Asociación Nacional de Citotecnología y docente del curso de formación técnica en citopatología que el Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) realiza en conjunto con la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), el trabajo de esos técnicos es de gran importancia para la cobertura y ampliación de la oferta de exámenes citopatológicos. "En Brasil, por ejemplo, constituyen un grupo indispensable de la fuerza de trabajo en salud, especialmente en el segmento de prevención y detección del cáncer. Su papel en los servicios de salud asume un carácter estratégico, teniendo en vista la magnitud epidemiológica, económica, social y política que la enfermedad alcanza en el país", enfatiza Simone.

Entretanto, no es apenas en el interior de los laboratorios que los técnicos en citopatología ejercen tareas fundamentales para la salud de las personas. Ellos también pueden desempeñar, como muestra la experiencia realizada por la ESTeSL, un papel social relevante, en lo que se refiere a la promoción de la salud y a la prevención de innúmeras patologías.

"Como trabajadores que integran equipos multidisciplinarios, siempre comprometidos con los diferentes aspectos de la salud, nosotros recibimos muchas invitaciones para participar de ponencias y eventos comunitarios y escolares orientados hacia la promoción de la salud", cuenta Simone. "Creo que las personas se identifican con el técnico por el lenguaje más accesible, lo que acaba facilitando la comunicación", justifica.

Es necesario invertir en la formación

La relevancia del trabajo del técnico en citopatología no puede ser cuestionada y, ciertamente, iniciativas que sirven para ampliar la visión de ese trabajador sobre su propio ejercicio profesional son siempre bienvenidas.

El proceso formativo de esos técnicos no debe ignorar ninguna de las funciones ejercidas por esos trabajadores. Sin limitarse apenas a los aspectos técnicos del trabajo, debe, entretanto, buscar superar las dificultades que impiden su perfeccionamiento.

Las dificultades en la formación del técnico en citopatología comienzan con el alto costo de su implantación, por causa de los equipamientos necesarios, e incluyen, entre otras cosas, la falta de personal técnico calificado para la enseñanza. "Es necesario un microscopio para cada alumno en el entrenamiento de la acuidad visual y la contratación de monitores para el acompañamiento técnico, las turmas deben ser pequeñas para una buena calidad del aprendizaje y es imprescindible que el curso esté agregado a un laboratorio de calidad que pueda fornecer materiales diversificados para el entrenamiento", detalla Simone.

La Serie Citotecnología 'Sesión de Casos Ginecológicos' fue lanzada en Brasil, en 2012, por el Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Los libros, en portugués y español, están disponibles en el sitio web de la RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br), en: 'Biblioteca' > 'Libros'.

Ella destaca aún la carencia de materiales didácticos que presenten una visión práctica y objetiva para el trabajo cotidiano de esos técnicos como otra dificultad a ser enfrentada.

"Para intentar minimizar el problema, organicé un libro, en el cual están reunidas experiencias de práctica clínica que pueden auxiliar otros técnicos a utilizar de la mejor manera posible los criterios en pareceres técnicos en el área de citotecnología", complementa.

Segundo ella, la serie, además de ser una forma de divulgar "en qué" y "cómo" actuan en su rutina, atravesó las fronteras brasileñas, proporcionando la integración entre colegas de varios países. ■

Actividad de promoción de la salud sexual de jóvenes.

Metas regionales de RHUS: a pesar de los avances, aún hay mucho que hacer

Por Elisandra Galvão

Insuficiencia de profesionales de salud en determinadas categorías y para atender algunos sectores de la población, falta de relación entre la oferta y las necesidades de los sistemas de atención, constante movilidad de trabajadores, condiciones precarias de trabajo, poca motivación y baja productividad, ineficiencia en la destinación de recursos, desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza de trabajo en el interior y entre los países. Esos son algunos de los problemas que caracterizan la crisis que el área de recursos humanos en salud (RHUS) viene enfrentando en las últimas décadas.

A partir de 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), preocupada con tal radiografía, pasó a ver con más atención este sector y el impacto en los servicios de salud de las trabas diagnosticadas. Por causa de eso, en el 2005, comenzó a ser realizada una consulta en las Américas, con el objetivo de identificar los cinco desafíos críticos enfrentados por los países. Los desafíos se transformaron en una plataforma común para un acuerdo regional – el "Llamado a la acción de Toronto 2006 - 2015: rumbo a una década de recursos humanos en salud en las Américas" –, cuyo período final coincide con el de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lanzados por la Organización de las Naciones Unidas, en el año 2000.

El próximo paso fue dado en la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP), realizada en octubre del 2007, cuando los países se comprometieron con 20 metas (ver recuadro) para recursos humanos en salud 2007-2015, que corresponden a los cinco desafíos críticos identificados en el "Llamado a la acción de Toronto" y en la Agenda de Salud para las Américas. Las metas representan el deseo y el compromiso renovado de los países para actuar y trabajar colaborativamente con la finalidad de diseñar planes y políticas de RHS centralizados en el desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria (AP) y en el fortalecimiento de las infraestructuras de salud pública.

Los países también establecieron un guía para la evaluación de los RHS en los años siguientes y para la definición de sus áreas prioritarias de desarrollo, señalando los planes estratégicos y la monitorización de sus progresos, elaborado con base en indicadores consensuados por los países y con apoyo técnico de la OPS/OMS, cuando necesario. El primer paso fue establecer una línea de base para el inicio del proceso, con una medición inicial realizada por los países entre 2009 y 2011. Fueron establecidas también una medición intermediaria, prevista para el 2013, y otra al final del período, en el 2015.

El documento registra las discusiones realizadas en los grupos de trabajo de la 7ª Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, que ocurrió en Toronto (Canadá), en octubre del 2006. El objetivo del encuentro, promovido por la OPS/OMS, fue movilizar actores nacionales e internacionales del sector salud, de otras áreas relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de los RHUS orientados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), para las prioridades nacionales de la salud y para el acceso a servicios de calidad para todos los pueblos de las Américas hasta el 2015.

Los tres principios básicos que orientaron las discusiones fueron: (1) los recursos humanos son la base del sistema de salud; (2) el trabajo en salud es un servicio público y una responsabilidad social; y (3) los trabajadores de salud son protagonistas del desarrollo y mejoría del sistema de salud.

Hora de medir los avances

Este año fueron realizados algunos eventos para presentar los resultados de la 2ª Medición de las Metas Regionales de RHUS. En San José, Costa Rica, del 29 al 31 de mayo, se realizó el 4° Encuentro de Desarrollo de Recursos Humanos de América Central y República Dominicana, donde se presentaron los resultados de la medición realizada en los países de la subregión, bien como presentado y aprobado el Plan de Salud de América Central y República Dominicana, ajustado para 2013-2015. Durante el evento, del cual participaron representantes de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana, también fueron discutidos temas importantes como la migración calificada, la gestión de observatorios de RHUS y la formación de capacidades nacionales para la gestión de políticas de RHUS.

En su ponencia durante el encuentro, el coordinador del Área de Recursos Humanos en Salud de la OPS, WDC, Charles Godue, afirmó que lo que está en juego en este momento de convergencia en la construcción de una nueva agenda de recursos humanos es mantener la centralidad de los RHUS en la transformación de los sistemas y servicios de salud; alinear y fortalecer las sinergias

Metas Regionales para los Recursos Humanos para la Salud

Desafíos	Metas
Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de tal manera que se adapte a los câmbios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente.	**1.** Todos los países de la región lograrán una razón de densidad de Recursos Humanos de 25 x 10.000.
	2. Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.
	3. Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes sanitários de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerable y movilizar redes de la comunidad.
	4. La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.
	5. Todos los países de la región habrán establecido una unidad de Recursos Humanos en Salud responsable Del desarrollo de políticas y planes, definición de la dirección estratégica y negociación con otros sectores, niveles de gobierno.
Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.	**6.** La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.
	7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.
	8. 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de La comunidad habrán perfeccionado SUS aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
	9. El treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de SUS propias comunidades.
Promover acciones nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.	**10.** Todos los países de la Región habrán adoptado un Código internacional de práctica y desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.
	11. Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer SUS propias necesidades de recursos.
	12. Todas las subregiones habrán formulado acuerdos mútuos e implantado ecanismos para el reconocimiento de lós profesionales capacitados en El Extranjero.
Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.	**13.** La proporción de empleo precario, sin protección para lós proveedores de servicios de salud se habrán reducido a la mitad em todos los países.
	14. 80% de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.
	15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.
	16. El 100% de los países de La Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de lós servicios esenciales, toda vez que se presenten.
Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitários sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados.	**17.** Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitários sensibles a las necesidades de La comunidad y calificados.
	18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a Estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades poblaciones indígenas.
	19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.
	20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

entre las agendas nacionales, regional y global en RHUS; y perfeccionar los procesos de gestión de cambios para los planes de RHUS que aseguran el derecho efectivo a la salud.

En julio le tocó a Paraguay realizar su Taller de Medición de Metas en Recursos Humanos en Salud, en Asunción, con la presencia de 36 participantes, incluyendo a miembros de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud (DNERHS) y de otros sectores del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), bien como especialistas de la OPS y de diferentes instituciones que integran el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud.

Según la directora de la DNERHS, Guadalupe Rolón, en reportaje publicado en el sitio web del Observatorio Regional, los datos de la medición permiten saber cuál es la situación en la esfera nacional, hacer un comparativo con otros países de la Región y establecer estrategias de planificación para mejorar las condiciones de los recursos humanos en salud en el país. Ella agregó que los resultados preliminares trabajados y consolidados en el Taller serán presentados en el Foro Global de Recursos Humanos, que ocurrirá del 10 al 13 de noviembre, en Recife (Brasil).

En el encuentro de Paraguay fueron discutidos los antecedentes de la primera medición (realizada en el 2010), los avances de la segunda medición, la metodología de análisis de los datos, y los resultados y metas. Benjamín Puertas Donoso, asesor subregional de Recursos Humanos en Salud para América del Sur (OPS/OMS), señaló en su presentación en el taller que la metodología de medición, que hizo posible establecer una línea basal en 23 países, busca promover la cultura de monitorización y evaluación de políticas de RHUS y fortalecer la capacidad de planificación de los países y la calidad de sus políticas públicas. "La medición identifica la situación de cada país con relación a las 20 metas regionales. La segunda medición, realizada en dos fases (marzo/abril y mayo/junio del 2013), busca contribuir con informaciones para estimar los avances realizados e identificar lo que aún está pendiente y requiere atención, además de fortalecer técnicamente la decisión política de las autoridades nacionales", explicó.

Sobre la metodología de mediación Donoso informó que es similar en los países de la región en los cuales se aplicaron instrumentos previamente desarrollados, considerando escenarios, prioridades e intervenciones en cada país. "El producto final de la primera fase fue el informe nacional de resultados de la Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos. En la segunda fase hubo definición de metas prioritarias e identificación de programas, análisis y validación del Informe de Análisis".

Corriendo contra el tiempo

En septiembre del 2012, casi cinco años después de la adopción de las Metas Regionales, el Informe 3 de la 28ª CSP presentaba un informe de progreso, con informaciones sobre los principales resultados de la medición inicial, realizada en 23 países, identificando las áreas más problemáticas y proponiendo recomendaciones para asegurar el cumplimiento de las metas propuestas hasta el 2015.

De acuerdo con el documento, apenas 12 de los 23 países consiguieron la densidad mínima recomendada por la OMS, es decir, 25 profesionales de salud - médicos, enfermeras y parteras - para cada 10.000 habitantes y apenas seis países informaron que más de 40% del total de la fuerza de trabajo de médicos estaba dedicada a la atención primaria en salud. Solamente tres países alcanzaron completamente la Meta 5, que se refiere al establecimiento de una unidad de RHUS con plena capacidad para planificación estratégica, gestión, monitorización y evaluación.

A pesar de la insuficiencia de datos adecuados en muchos países la evaluación basal referente al Desafío 2 – situar las personas adecuadas en los lugares debidos –, mostró que había necesidad de una acción inmediata para garantizar la universalidad del acceso a la salud en la región. Nueve países no alcanzaron ni 50% del nivel establecido como porcentaje de trabajadores de atención básica a la salud con competencias interculturales y de salud pública comprobadas.

Sobre el Desafío 3, el informe afirmaba que los países de la Región aún no habían alcanzado la autosuficiencia para la eliminación de sus fallas de RHUS y atendimiento de las necesidades nacionales. En la mayoría de los países, ya había algún tipo de regulación de la migración a través de acuerdos bilaterales y multilaterales de reconocimiento de la certificación médica y la notificación cooperativa. En 2012, entretanto, solamente dos de los 23 países investigados – Barbados y Jamaica – ya habían adoptado un código de conducta ética para la migración internacional de profesionales de salud elaborando normas éticas para este tipo de reclutamiento.

Cuanto a la promoción de ambientes de trabajo saludables y a los compromisos con la misión institucional de garantía de buenos servicios de salud de calidad para toda la población (Desafío 4), el análisis inicial reveló que muchos países ya tenían mecanismos para la resolución de conflictos de trabajo. Pocos, entretanto, habían regularizado la práctica de contratos por escrito o establecido directrices para la regularización de cargos, aunque esta sea una de las prácticas que, comprobadamente, reduce las disputas en el ambiente laboral.

La mayoría de los países tenía alta proporción de contratos de trabajo desprotegidos y precarios para los profesionales de salud. Cinco de ellos no tenían estrategia alguna para la regularización de contratos que ofreciesen protección social a los trabajadores. Solamente cuatro países alcanzaron plenamente la meta, lo que significa que ya habían definido alguna protección para los trabajadores con contratos dentro de las normas legales y regularización de los cargos precarios. Por otro lado, dos tercios de los países evaluados ya habían desarrollado mecanismos para resolver conflictos y para asegurar la continuidad de atención a la población durante disputas laborales.

Las cuestiones relativas a la formación adecuada de trabajadores de salud, inseridas en el Desafío 5 – desarrollar cooperación entre las instituciones formadoras y los servicios de salud –, fueron algunas de las más difíciles de evaluar, teniendo en vista que la mayoría de los ministerios de salud de los países participantes no tenía autoridad sobre las instituciones formadoras. En la época del informe apenas Jamaica había conseguido que al menos 80% de las escuelas de ciencias de la salud del país enfocasen la atención primaria en salud y adoptasen un modelo multidisciplinar de formación. En los demás el desempeño en esa meta fue muy bajo.

A pesar de las diferencias entre los países, algunas cuestiones fueron consideradas indiscutibles: la mejoría de la capacidad de monitorización y evaluación por parte de los ministerios y la necesidad de perfeccionar y ajustar las Metas Regionales a las necesidades propias de cada país.

Con base en los resultados levantados hasta aquel momento la orientación de la OPS/OMS fue que los países redoblasen los esfuerzos y las inversiones en la planificación y aumento de los recursos humanos de salud, considerados como un requisito esencial para el acceso universal a servicios de salud de calidad y para la implantación de la estrategia de atención primaria en salud. Además de eso, fue solicitado a los países que ellos trabajasen por la distribución equitativa de los funcionarios del área de salud, específicamente en lo que respecta a su reclutamiento y retención en las áreas subatendidas, rurales e indígenas, así como que implementasen sistemas de educación continuada y programas de capacitación en servicio para gestores de RHS y profesionales de salud, en asociación con las instituciones académicas.

El fortalecimiento de los Observatorios Nacionales de Recursos Humanos en Salud como estrategia de calificación de las informaciones sobre RHUS, con la finalidad de subsidiar la toma de decisión y la formulación de políticas para el sector, fue otra recomendación recibida por los países.

Por fin, el documento enfatizó el compromiso de realización de la segunda evaluación de las 20 Metas Regionales en 2013 y reafirmó la disposición de la OPS de apoyar a los países en esta tarea.

A pesar de las recomendaciones y de la aparente disposición de las naciones hasta el día 13 de septiembre de este año, según el Observatorio Regional, apenas 11 países habían realizado la segunda medición de las 20 Metas Regionales. De los cuatro países del Cono Sur, Paraguay y Uruguay ya finalizaron las dos mediciones previstas; en Argentina, el proceso aún está siendo realizado; y en Brasil, que solamente terminó su medición inicial este año, la segunda medición fue aplazada para 2014.

De los seis países andinos, Ecuador y Perú ya concluyeron la segunda medición. Colombia y Chile aún están finalizando la medición. Bolivia no inició esta etapa del proceso y Venezuela aún no envió los datos ni de la primera medición, es decir, la de la línea de base.

De la subregión centroamericana, ya están tabulados los datos de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana. Nicaragua aún no finalizó la medición. Anquilla, Barbados, Dominica, Granada, Jamaica, Montserrat, Santa Lucia y Trinidad y Tobago, países que integran la subregión del Caribe, también no presentaron datos referentes a la nueva medición.

Todos los países que ya realizaron dos mediciones presentaron avances en varios aspectos evaluados, pero aún hay pocos datos para una evaluación más amplia y para un análisis general de los resultados. Como 2015 se aproxima y el escenario no es de los más favorables, queda una pregunta: ¿será que realmente conseguiremos conmemorar en la línea de llegada? ■

Los resultados de las mediciones están disponibles en el sitio web del Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud: www.observatoriorh.org

SENA (Colombia): donde la estética y la salud se encuentran[1]

En Colombia y en el mundo entero, el cáncer es la primera causa de muerte no violenta. La Agencia Internacional para Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, del inglés International Agency for Research on Cancer) estima que en Colombia, durante 2008, hubo más de 55 mil nuevos casos de cáncer, siendo que cerca de 30 mil (60% en mujeres y 40% en hombres) se manifestaron en personas con menos de 65 años.

La pérdida del cabello resultante de la quimioterapia puede tornarse un gran problema de pérdida de autoestima para las mujeres afectadas por el cáncer. Para aliviar ese trauma, muchas pacientes optan por el uso de pelucas, lo que ni siempre es posible debido al alto costo que ese aderezo puede alcanzar.

Pensando en esas mujeres, el Programa Técnico en Peluquería del Centro de Formación de Talento Humano en Salud, del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) Bogotá dio inicio a un proyecto especial en el cual es desarrollado un procedimiento cosmético-estético direccionado a mujeres que enfrentan el tratamiento del cáncer.

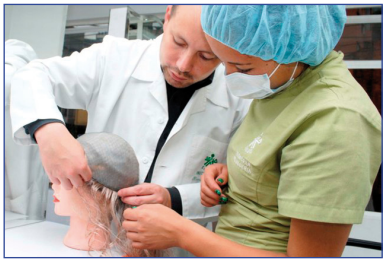
El proyecto de formación está dirigido específicamente al programa "Luzca bien, siéntase mejor", de la Cámara de la Industria Cosmética y Aseo, de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (Andi), cuyo objetivo es ayudar a las mujeres que tuvieron su autoestima afectada por los tratamientos oncológicos. El programa, que ya benefició a más de 20 mujeres, incluye una campaña para donación de cabellos.

Para Maria del Tránsito Salamanca, coordinadora académica del SENA, esa alianza entre el SENA y la Andi busca proporcionar un cambio de vida para esas personas, a través de los procesos de formación de los programas de formación técnica de peluqueros y de estética y cuidado estético de manos y pies. "Buscamos que los aprendices, además de su formación técnica, también desarrollen un compromiso con la responsabilidad social, justificó.

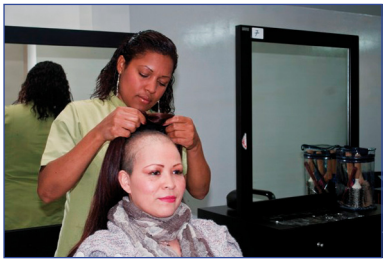
Román Oswaldo Díaz Fajardo, instructor líder del Programa Técnico en Peluquería del SENA, destaca que el proyecto tiene como objetivo recuperar la autoestima de las pacientes, con la finalidad de mejorar su calidad de vida. "Haciendo una peluca de manera manual y que no sea costosa, podemos generar un impacto en la vida de las pacientes oncológicas. Por otro lado, sensibilizamos a los alumnos sobre un problema de salud, para que ellos asuman actitudes de responsabilidad social", explicó. ■

La quimioterapia y la radioterapia, procedimientos utilizados en el tratamiento del cáncer, provocan alopecia o caída de los cabellos.

Los alunos del curso Técnico de Peluquería cortan el cabello de los donadores en un taller del ambiente de aprendizaje. El cabello donado debe tener de 20 a 30 cm.



Las pelucas son montadas en bases anatómicas para permitir perfecto ajuste a la cabeza de las pacientes.



Alrededor de 20 pacientes del programa 'Luzca bien, siéntase mejor' de la ANDI se beneficiarán con este proyecto.

[1] Resumen del reportaje enviado a la Revista RETS por la periodista Yesmin Tibocha Patiño, del Sena Distrito Capital. El texto completo y otras fotos están disponibles en el sitio web de la RETS, en: www.rets.epsjv.fiocruz.br//home.php?Area=Noticia&Num=511.

RETS-CPLP: nuevos miembros

En julio de este año, además de las tres Escuelas de Formación Técnica en Salud (EFTS) de Angola que ya eran miembros de la Red – EFTS-Luanda; EFTS-Lubango y EFTS-Benguela –, otras 12 fueron registradas en la Red por el Ministerio de Salud (Minsa): las ETFS de Bié, Cabinda, Caxito, Cunene, Huambo, Kuanza Norte, Kuanza Sur, Lunda Norte, Lunda Sur, Malange, Moxico y Uíge.

El Ministerio de Salud de Cabo Verde también pasó a integrar la RETS, siendo representado por el Centro Nacional de Desarrollo Sanitario (CNDS), que es presidido por el Dr. Artur Jorge Correia. Entre las atribuciones del Centro están: la articulación entre el sector de la Salud y los demás sectores públicos y privados que participen del desarrollo sanitario; la promoción y ejecución de actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la salud; y la promoción y organización de la formación de recursos humanos para la salud. ■