

LA FORMACIÓN Y EL TRABAJO

DE LOS TÉCNICOS EN SALUD

EN EL MUNDO POST-COVID

CICLO DE TALLERES:
SÍNTESIS Y RECOMENDACIONES



LA FORMACIÓN Y EL TRABAJO DE LOS TÉCNICOS EN SALUD EN EL MUNDO POST-COVID

Ciclo de talleres: síntesis y recomendaciones

AUTORES:

Ana Beatriz de Noronha, Carlos Eduardo Batistella, Karina Caetano,
Luciana Milagres, Raquel Tavares y Sebastián Tobar (Orgs)

Rio de Janeiro – RJ
2023

FUNDACIÓN OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Presidente: Mário Moreira

ESCUELA POLITÉCNICA DE SALUD JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV)

Directora: Anamaria D'Andrea Corbo

Vicedirectora de Gestión y Desarrollo Institucional: Raquel Barbosa Moratori

Vicedirectora de Investigación y Desarrollo Tecnológico: Monica Vieira

Vicedirectora de Enseñanza e Información: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Coordinación de Cooperación Internacional (CCI/EPSJV)

Carlos Eduardo Colpo Batistella (coordinador)

Ana Beatriz Marinho de Noronha

Luciana Frederico Milagres

Bianca de Souza Ribeiro Vicente

Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio/Fiocruz

Av. Brasil, 4.365

21040-360 - Manguinhos

Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 3865-9797

www.epsjv.fiocruz.br

Copyright © 2023 de los autores. Reservados todos los derechos de esta edición a la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio/Fundación Oswaldo Cruz.

Asistencia administrativa: Bianca de Souza Ribeiro Vicente

Proyecto gráfico y diagramación: Paulo Alan Deslandes Fragoso

Transcripción de los talleres: Raquel Tavares

Catalogación en origen:

Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

F724 La formación y el trabajo de los técnicos em salud en el mundo post-covid: ciclo de talleres: síntesis y recomendaciones / Organizado por Ana Beatriz de Noronha, Carlos Eduardo Batistella, Karina Caetano, Luciana Milagres, Raquel Tavares e Sebastián Tobar. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2023. 138 p. il.

1. Capacitación Profesional. 2. Técnicos Medios en Salud. 3. Pandemias. 4. COVID-19. I. Noronha, Ana Beatriz de. II. Batistella, Carlos Eduardo. III. Caetano, Karina. IV. Milagres, Luciana. V. Tavares, Raquel. VI. Tobar, Sebastián.

CDD 370.113

Aviso legal:

"La formación y el trabajo de los técnicos de salud en el mundo post-COVID: síntesis y recomendaciones" es una publicación de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), Centro Colaborador OPS/OMS para la Formación de Técnicos de Salud, y no es una publicación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Las opiniones expresadas en el texto, basadas en las presentaciones realizadas en los eventos del ciclo de talleres/2022, son responsabilidad de los autores. Estas opiniones no representan necesariamente las decisiones o políticas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.



*Podemos encontrar a quien no vería sentido en la vida
si no fuera por los sueños
en los que pueden buscar las esquinas, la curación, la inspiración
e incluso la resolución de cuestiones prácticas que no puede discernir
cuyas opciones no puede tomar fuera del sueño
pero que allí se abren como posibilidades*

Ailton Krenak, Ideas para postergar el fin del mundo, 2019

AUTORES/ORGANIZADORES

Ana Beatriz de Noronha

Graduada en Periodismo y Máster en Comunicación y Cultura. Asesora de la Coordinación de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Carlos Eduardo Batistella

Graduado en Odontología, Máster en Salud Pública y Doctor en Educación. Coordinador de Cooperación Internacional, profesor e investigador de la Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Karina Caetano

Graduada en Filosofía y Máster en Educación y Comunicación en Periferias Urbanas. Comunicadora científica.

Luciana F. Milagres

Graduada en Relaciones Internacionales y especialista en Salud Global. Asesora de la Coordinación de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Raquel Tavares

Graduada en Comunicación Social y especialista en Divulgación Científica.

Sebastián Tobar

Graduado en Sociología, Máster y Doctor en Salud Pública. Asesor de Cooperación para América Latina e investigador del Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz (Cris/Fiocruz).

PONENTES Y PARTICIPANTES DE LOS TALLERES

Alicia Madalena Ferreira - Técnica en Historias Clínicas, graduada en Medicina y Máster en Políticas y Gestión de Servicios de Salud. Profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República (FCEA/UDELAR), Uruguay

Ana Lúcia Pontes - Graduada en Medicina, Máster y Doctora en Salud Pública. Profesora e investigadora de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Brasil.

Bianca Leandro - Técnica en Gestión de Servicios de Salud, graduada en Salud Colectiva, Máster en Vigilancia Sanitaria. Profesora e investigadora de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Brasil

Dênis Petuco - Graduado en Ciencias Sociales, máster en Educación y Doctor en Ciencias Sociales. Profesor e investigador de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio/Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Brasil.

Hernán Sepúlveda - Graduado en Historia, Máster en Ciencias Políticas. Asesor en Recursos Humanos para la Salud del Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (SAM-OPS/OMS).

Herminia Llave Nina - Graduada en Educación y Enfermería, Máster en Salud Pública. Profesora y Jefa de Enfermería de la Escuela Nacional de Salud (ENS), Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.

Isabel Duré - Graduada en Medicina, Máster en Administración Pública y Salud Pública. Consultora en Políticas y Gestión de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Isabella Koster - Graduada en Enfermería, Máster en Ciencias de la Salud y Doctora en Salud Pública. Directora científica de la Asociación Brasileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (Abefaco). Profesora e investigadora de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio/ Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Brasil.

Janete Ismael Mabuie Gove - Graduada en Nutrición, Máster en Alimentación y Nutrición. Profesora e investigadora en el Instituto Superior de Ciências de Saúde (Iscisa), Mozambique

Jesús Morales Romero - Graduado en Asistencia Social y especialista en Reducción de Riesgos y Daños. Profesor e investigador de la Universidad Central (UCEN), Chile.

Jorgelina Diorio - Doctora en Psicología. Profesora Adjunta de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Lizardo Huamán - Graduado en Medicina, Máster en Educación e Investigación en Salud. Asesor de la Dirección Nacional de Personal de Salud del Ministerio de Salud, Perú.

Márcia Valéria Morosini - Graduada en Psicología, Máster en Salud Colectiva y Doctora en Políticas Públicas y Formación Humana. Profesora e investigadora de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Brasil.

María del Carmen Calle Dávila - Graduada en Medicina, Máster en Gestión Gubernamental y de Salud y Doctora en Salud Pública. Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (Oras-Conhu).

Pier Paolo Balladelli - Graduado en Medicina y Doctor en Ciencias Políticas y Medicina. Ex Director del Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (SAM-Opas/OMS).

Silvia Cassiani - Graduada en Enfermería y Obstetricia, Máster en Enfermería Fundamental y Doctora en Enfermería. Asesora Regional en Enfermería y Técnicos de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

SUMARIO

PRÓLOGOS

OPS/OMS	12
EPSJV - Centro Colaborador de la OPS/OMS para la Educación de Técnicos en Salud	13
Lista de siglas	15

INTRODUCCIÓN

Presentación	19
Contexto global: salud en el mundo post-COVID	27
Constitución e influencia de las comunidades epistémicas en las políticas de formación de técnicos sanitarios: apuntes iniciales	35

LOS TALLERES

Taller 1 - “APS, la Agenda 2030 y la formación y trabajo de los técnicos en salud”	44
Contextualización del tema	46
Mesa de apertura	47
Narrativas de experiencias locales	
APS como condición para alcanzar los ODS (Peru)	49
Promoción de la salud desde el territorio (Brasil)	53
Síntesis del debate	57
Taller 2 - Interculturalidad y formación de técnicos sanitarios	61
Contextualización del tema	63
Narrativas de experiencias locales	
La interculturalidad como componente del Estado Plurinacional de Bolivia	67
Superar la discriminación para fortalecer la interculturalidad (Mozambique)	70

La experiencia formativa de los Agentes Indígenas de Salud (Brasil) _____	73
Síntesis del debate _____	77
Taller 3 - La salud mental y la formación de técnicos en salud _____	81
Contextualización del tema _____	83
Narrativas de experiencias locales	
O pensamento decolonial como caminho para a saúde mental na América Latina _____	86
Problematizando la salud mental en las adolescencias (Argentina) _____	89
La APS y los desafíos para la atención de salud mental (Chile) _____	93
Síntesis del debate _____	97
Taller 4 - Información y registros de salud: el papel de los técnicos _____	99
Contextualización del tema _____	101
Narrativas de experiencias locales	
El SIS como posibilidad de articular el cuidado en las Américas (Opas/OMS) _____	104
La experiencia de la formación en registros médicos (Uruguay) _____	109
El papel de las trabajadoras y de los trabajadores de la salud en los SIS (Brasil) _____	112
Síntesis del debate _____	117
CONSIDERACIONES FINALES	
Recomendaciones _____	122
Dimensión formativa _____	123
Dimensión laboral _____	125
Dimensión político-institucional _____	127
Dimensión de cooperación internacional _____	131
Trabajo en red: aprendiendo juntos _____	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	135

The background consists of several overlapping rectangular blocks in three shades of teal and dark blue. A large white rectangular area is positioned in the center, containing the text. The blocks are arranged in a way that creates a sense of depth and modern design.

PRÓLOGOS

Los trabajadores de la salud representan uno de los principales pilares de sistemas de salud y han demostrado ser fundamentales para responder a la crisis sanitaria provocada por el COVID-19. La pandemia, además de evidenciar un déficit en la disponibilidad del personal de salud, ha relevado la importancia de contar con sistemas de planificación que garanticen una disponibilidad y distribución adecuada, garantizando al mismo tiempo las condiciones de trabajo apropiadas para el desempeño de sus funciones. Adicionalmente, el abordaje de la crisis sanitaria demostró la necesidad de fortalecer el Primer Nivel de Atención, mejorando su capacidad de resolución y consolidando el trabajo en equipo.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud, a través de diversos documentos, ha promovido el desarrollo de los equipos interprofesionales en el primer nivel de atención, con capacidad resolutive, las competencias adecuadas y un enfoque de equidad intercultural, de género y de los determinantes sociales de la salud, para abordar las circunstancias particulares de las comunidades. Entre las principales tareas del equipo interprofesional se incluyen la prevención y promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica, la realización de diagnósticos oportunos mediante el tamizaje adecuado y la atención para asegurar el acceso al tratamiento, el seguimiento y el monitoreo de cada caso. Dentro de los equipos interprofesionales los Técnicos en Salud han cumplido un rol relevante, tanto en el manejo de pandemia, como en la etapa posterior, destacando, entre otros puntos, su rol clave en la detección y seguimiento de casos y en los procesos de vacunación.

En consideración de lo anterior, para el Programa Subregional para América del Sur de la OPS, la asociación estratégica con la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio de la Fundación Oswaldo Cruz para el desarrollo del ciclo de talleres “La formación y el trabajo de los técnicos en salud en el mundo post COVID”, es una tremenda oportunidad para avanzar, a través de la formación, en el propósito de fortalecer el Primer Nivel de Atención en el marco de la Redes Integradas de Salud y promover desarrollo de los equipos interprofesionales de salud, en el que los Técnicos en Salud cumplen un rol esencial.

Existen muchos desafíos aún en el campo de la formación de los Recursos Humanos para la Salud y en el rol clave que deben desempeñar los Técnicos. Esperamos seguir trabajando colaborativamente con EPSJV/Fiocruz, para abordarlos.

Dra. María Dolores Pérez Rosales

Directora (a.i) Programa Subregional para América del Sur de OPS

Fruto de una asociación estratégica con el Programa Subregional de la OPS/OMS para América del Sur (SAM-Opas/OMS), esta publicación completa con éxito el ciclo de talleres "La formación y el trabajo de los técnicos de salud en el mundo post-Covid", celebrado en 2022.

La idea de los ciclos de talleres sobre la formación y el trabajo de los técnicos de salud surgió en 2021. En ese momento, la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio de la Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Centro Colaborador de la OPS/OMS para la Educación de Técnicos de Salud desde 2004, en asociación con la Red Internacional para la Educación de Técnicos de Salud (RETS), percibió la necesidad de construir un espacio de discusión, aprendizaje mutuo y formulación de propuestas, a partir de experiencias concretas desarrolladas por diferentes instituciones que buscaban superar los desafíos impuestos por Covid-19 a los procesos de formación de esos trabajadores.

El éxito de la iniciativa anterior - el ciclo de talleres "Los retos de la formación de técnicos de salud en el contexto de la pandemia" (2021) y su respectiva publicación - inspiró la realización de un nuevo ciclo, en 2022, cuyo foco fue la formación y el trabajo de los técnicos de salud en el mundo post-pandémico. La transición hacia el nuevo escenario destaca las lecciones aprendidas y reitera los desafíos que debemos enfrentar: se ha vuelto imperativo recomponer y fortalecer la APS como base de los sistemas nacionales de salud severamente afectados por la pandemia y las políticas neoliberales de reducción del Estado, así como buscar reducir el déficit crónico de trabajadores para el sector.

Con la participación activa de miembros de la RETS y sus subredes – la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (RETS-CPLP) y la Red Iberoamericana de Educación de Técnicos de Salud (RIETS) –, representantes de organizaciones internacionales y público de varios países, conseguimos reunir a un grupo considerable de investigadores, gestores y trabajadores de las áreas de la salud y la educación. En este sentido, contemplamos la expresión de un conjunto de voces y visiones diversas sobre los temas abordados y abrimos posibilidades para identificar las peculiaridades de cada país y los puntos comunes que nos permitan desarrollar alianzas para la mejora de la formación y de las condiciones de vida y de trabajo de los técnicos de salud.

Como Centro Colaborador de la OPS/OMS y Secretaría Ejecutiva de las redes, nos sentimos gratificados por la oportunidad de presentar otra publicación

dirigida a quienes reconocen la importancia de los técnicos de salud y luchan por su valorización social y profesional, así como a quienes creen en las infinitas posibilidades del trabajo en red.

Anamaria D'Andrea Corbo

Directora de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio
Fiocruz

LISTA DE SIGLAS

Abefaco	Asociación Brasileña de Enfermería Familiar y Comunitaria
Abrasco	Asociación Brasileña de Salud Colectiva
AIS	Agente Indígena de Salud
Ametramo	Asociación de Médicos Tradicionales
ASSA 2030	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
ACS	Agente Comunitario de Salud
APS	Atención Primaria de la Salud
CC	Centro Colaborador
Conatens	Confederación Nacional de Técnicos en Enfermería
Conicet	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
CNPS	Cuentas Nacionales del Personal de Salud
CRIS	Centro de Relaciones Internacionales en Salud - Fiocruz
CTACIS	Curso Técnico de Agente Comunitario Indígena de Salud
CVSP	Campus Virtual de Salud Pública - OPS
DAPS	Dirección de Atención Primaria de la Salud
EUTM	Escuela Universitaria de Tecnología Médica
ENS	Escuela Nacional de Salud
ENSP	Escuela Nacional de Salud Pública Sérgio Arouca
EPSJV	Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio
ESF	Estrategia de Salud de la Familia
HLPF	Foro Político de Alto Nivel, del inglés High-Level Political Forum
FCEA	Facultad de Ciencias Económicas y de Administración
Fiocruz	Fundación Oswaldo Cruz
ISCISA	Instituto Superior de Ciencias de Salud
Minsa	Ministerio de Salud, Perú

MSyD	Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
PNAB	Política Nacional de Atención Básica
PMA	Programa Políticas Públicas y Modelos de Atención a la Salud
PROFAM	Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria
RHS	Recursos Humanos para la Salud
RETS	Rede Internacional de Educación de Técnicos en Salud
RIETS	Rede Iberoamericana de Educación de Técnicos en Salud
RETS-CPLP	Red de Escuelas Técnicas de Salud de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SESAI	Subsistema de Atención de la Salud Indígena
SIRHS	Sistema de Información sobre Recursos Humanos en Salud
SIS	Sistema de Información en Salud
SUS	Sistema Único de Salud
TENS	Técnico de Nivel Superior em Enfermería
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
UBS	Unidade Básica de Salud
UDELAR	Universidad de la República
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN

En diciembre de 2019, se identificó el primer caso de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 en la ciudad de Wuhan, en el sureste de China. Según la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS), desde ese momento hasta el 31 de enero de 2023, se contabilizaron más de 750 millones de casos de COVID-19 en todo el mundo, con más de 6,8 millones de muertes. Para esa misma fecha, se habían administrado más de 13.000 millones de dosis de vacunas, lo que ayudó a contener la propagación del COVID-19 en todo el mundo, pero las terribles consecuencias de la enorme crisis económica, sanitaria y social provocada por la pandemia se dejarán sentir durante mucho tiempo.



Para los sistemas nacionales de salud, la pandemia, que trajo consigo dificultades antes inimaginables, también dejó grandes cicatrices y muchos retos que deben superarse lo antes posible. La suspensión de programas e intervenciones comunitarias y la interrupción de servicios de salud esenciales, que se produjeron en casi todos los países, tuvieron un fuerte impacto en los programas ambulatorios, la atención de urgencias y las cirugías electivas, y, debido a las numerosas demandas represadas, añadieron nuevas preocupaciones a las ya existentes.

Las pérdidas y las repercusiones derivadas de COVID-19 en el personal de salud también fueron grandes: la muerte de un gran contingente de trabajadores y los importantes cambios en su rutina personal y laboral provocaron agotamiento y sufrimiento psíquico entre los profesionales. El importante aumento de la demanda vino acompañado de dificultades para sustituir a la mano de obra debido a los efectos de la pandemia en la formación del personal de salud.

La superación de estos desafíos y la reanudación de los compromisos expresados en la **Agenda 2030**, cuyo alcance se vio gravemente afectado por la pandemia, implican grandes responsabilidades para las instituciones, dada la importancia de coordinar respuestas efectivas a los problemas y necesidades de las poblaciones.



AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Los [Objetivos de Desarrollo Sostenible](#) (ODS) comprenden un plan de acción global establecido en 2015 por las Naciones Unidas (ONU), que dura hasta 2030. Hay 17 Objetivos y 169 metas, con el fin de cubrir las dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y medioambiental. Además del ODS 3 - Salud y bienestar - muchos objetivos están profundamente relacionados con la salud pública y los determinantes sociales de la salud.



Fuente: RETS, (2005).

LOS CICLOS DE TALLERES SOBRE LA FORMACIÓN Y EL TRABAJO DE LOS TÉCNICOS EN SALUD

En octubre de 2020, ya ante las dificultades impuestas por la pandemia a las instituciones de formación en general, se celebró el 9º Seminario Virtual de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS), con el tema '[COVID-19 y la formación de técnicos en salud](#)'. En ese momento, las inquietudes expresadas por las instituciones presentes señalaron la necesidad de ampliar los debates sobre los problemas a los que se enfrentaban y sobre las posibles estrategias que permitirían la continuidad de su trabajo. Fue otro esfuerzo para minimizar los

efectos nocivos de la pandemia en la formación de **técnicos en salud** calificados que pudieron asumir sus funciones en los servicios de salud lo antes posible.



LOS TÉCNICOS EN SALUD

Los técnicos en salud constituyen un contingente expresivo de la fuerza laboral del sector, desempeñan un papel fundamental en todos los niveles de atención y asumen una responsabilidad cada vez mayor en los sistemas de salud. Sin embargo, todavía hay poca información sistemática sobre quiénes son, dónde trabajan y cómo se debe capacitar a estos trabajadores.

El significado real del término 'técnico en salud' varía según los contextos sociales, políticos, económicos y culturales que definen los diferentes sistemas educativos nacionales, así como las características que asume el trabajo en salud en cada situación.

Con el tiempo, la formación de auxiliares y técnicos se llevó a cabo de acuerdo con las necesidades específicas de cada país. Esto dio lugar a la existencia de diferentes títulos para profesionales con una formación similar o incluso la misma denominación aplicada a profesionales con diferentes formaciones y atribuciones.

Con el fin de permitir el desarrollo de acciones de cooperación técnica, en medio de tanta diversidad, dentro del ámbito de las RETS y sus subredes, definimos el trabajo técnico en salud como todo lo realizado por el conjunto de trabajadores que realizan actividades técnico-científicas en el sector. En este sentido, incluye desde las actividades realizadas por auxiliares y agentes comunitarios de salud hasta las realizadas por técnicos de nivel universitario o no.

Fuente: RETS.

Ante este escenario, la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, de la Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Centro Colaborador de la OPS/OMS para la Educación de Técnicos en Salud desde 2004, propuso a las RETS y sus subredes – la Red Iberoamericana para la Educación de Técnicos en Salud (RIETS) y la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (RETS-CPLP) – realizar un ciclo de talleres virtuales. La iniciativa, desde su concepción, fue apoyada por el Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (SAM-OPS/OMS) y el Centro de Relaciones Internacionales en Salud de

la Fundación Oswaldo Cruz (CRIS/Fiocruz). Su propósito era crear un espacio privilegiado de intercambio, reflexión, aprendizaje y formulación de propuestas, a partir de experiencias concretas vividas por las instituciones de formación de técnicos en salud para superar los desafíos encontrados y mejorar su desempeño. Todos los talleres fueron transmitidos a través de YouTube, en portugués y español, por [VideoSaúde Distribuidora de Fiocruz](#).

El ciclo de talleres '[Desafíos de la formación de técnicos en salud en el contexto de la pandemia](#)', celebrado en 2021, dio como resultado la publicación de un libro electrónico con las síntesis y recomendaciones de los talleres realizados, con el fin de fomentar la continuidad de las discusiones y reflexiones sobre los temas presentados. El éxito de la iniciativa propició la realización de un nuevo ciclo de talleres en 2022 y la elaboración de esta publicación, que, al igual que la anterior, busca contribuir a la producción de importantes conocimientos en el ámbito de la formación de técnicos en salud. Otro resultado significativo del proyecto ha sido el fortalecimiento de las relaciones de las Redes y el Centro Colaborador con organismos multilaterales, que, en cierta medida, pueden contribuir a los procesos de integración regional en América del Sur o entre países de la CPLP, por ejemplo. La profundización del diálogo con estos organismos fue de gran importancia para la definición de los temas de los talleres y puede, en el futuro, apoyar la definición de algunos proyectos a desarrollar.

Después de los peores momentos de la pandemia de COVID-19, la idea del ciclo de talleres '[La formación y el trabajo de los técnicos en salud en el mundo post-Covid](#)' es que aún queda mucho por hacer para que los sistemas nacionales de salud puedan superar las dificultades impuestas por la crisis de salud y los países puedan reanudar sus esfuerzos hacia la salud universal y el logro de los ODS que conforman la Agenda 2030. Para que esto suceda, más que nunca es necesario fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) y, en consecuencia, la formación



Los técnicos han desempeñado y siguen desempeñando un papel relevante en el manejo de esta pandemia y los esfuerzos de vacunación. Ahora es la oportunidad urgente que tenemos para traducir el reconocimiento en un apoyo real y sostenido.

Silvia Cassiani



de trabajadores suficientes y debidamente calificados para este nivel de atención. La iniciativa puso de manifiesto la importancia de la creación de redes para el empoderamiento de todos, mediante el aprendizaje colectivo, y para la producción de bienes públicos locales, regionales o mundiales. Además, si la pandemia, en sus peores momentos, mostró al mundo la esencialidad del trabajo realizado por los técnicos en salud; en el mundo post pandémico, la formación y el trabajo de estos técnicos fueron fundamentales para la construcción de sistemas nacionales de salud capaces de abordar tanto los problemas de salud que vienen afectando a las poblaciones en su vida cotidiana, como las nuevas emergencias sanitarias. Finalmente, más que simplemente promover el reconocimiento del trabajo de los técnicos en salud, los ciclos de talleres han servido para fortalecer las demandas de estos profesionales para mejorar su educación inicial y continua, por condiciones de trabajo decentes y por salarios justos.

Los talleres y publicaciones permitieron conocer diferentes voces y visiones diversas, por lo que son una invitación a la reflexión y la creación de redes considerando la mejora de la formación y el trabajo de los técnicos en salud. Incluyen un esfuerzo de investigación y diálogo para identificar, en las estrategias para enfrentar los desafíos impuestos por el Covid-19 en el área de recursos humanos en salud, aspectos que puedan apoyar el trabajo de otras instituciones de formación y servicios de salud. También buscan superar una comprensión restrictiva y técnica de la formación y el trabajo de los técnicos en salud, a través de enfoques temáticos interdisciplinarios relacionados con los determinantes sociales de la salud, la diversidad cultural, la gobernanza y la información de salud.



**Si nosotros, de hecho,
queremos conectar
a los técnicos en salud
en su formación y en
su acción en la comunidad
con la Agenda 2030,
necesitaremos tener,
en la formación
interdisciplinaria,
un programa que coloque
como guía u orientación,
la atención primaria de salud
y los determinantes
de la salud.**

Pier Paolo Balladelli



El lanzamiento de la publicación referente al ciclo de talleres 2021 tuvo lugar el 14 de mayo de 2022, junto con el primer taller del mismo ciclo del año. En su momento, Silvia Cassiani, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos de Salud de la OPS/OMS, destacó que, además de la planificación de la salud, basada en la necesidad de las poblaciones y la distribución efectiva de los profesionales, también es necesario considerar sus condiciones de trabajo. Recordando la contribución de los técnicos en salud para hacer frente al COVID-19, destacó que “los técnicos han desempeñado y siguen desempeñando un papel relevante en el manejo de esta pandemia y en los esfuerzos de vacunación. Ahora es la oportunidad urgente que tenemos para traducir el reconocimiento en un apoyo real y sostenido”. Según ella, el entorno y los horarios adecuados, los salarios competitivos y la seguridad social son algunos ejemplos que pueden contribuir a la mejora de la rutina, así como a evitar la alta tasa de rotación de estos trabajadores, lo que es perjudicial para el servicio de los usuarios del servicio. La asesora de la OPS/OMS también consideró esencial eliminar el déficit de inversión en la formación de técnicos, para permitir la actualización permanente de los laboratorios, la revisión sistemática de las hojas de vida y la calificación de los maestros.

Para Pier Paolo Balladelli, entonces director de SAM-OPS/OMS para América del Sur, invertir en la formación de técnicos en salud crea un círculo virtuoso: contribuye al fortalecimiento de la gobernanza, a través de diversos protagonismos en el área de la salud, y con el desarrollo de soluciones para ampliar el acceso y la cobertura de los servicios, según lo recomendado por la **Agenda de Salud Sostenible 2018 a 2030 para las Américas (ASSA 2030)**. “Si realmente queremos conectar a los técnicos en salud en su formación y en su acción en la comunidad con la Agenda 2030, necesitaremos tener, en la formación interdisciplinaria, un programa que coloque como guía u orientación, la atención primaria de salud y los determinantes de la salud”. Los ciclos de talleres y sus publicaciones pueden colaborar con éxito en este sentido.



AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMÉRICAS 2018-2030



La [ASSA 2030](#) es un instrumento de planificación estratégica propuesto por la OPS/OMS y aprobado por ministros y secretarios de salud de las Américas. Es un llamado a la acción colectiva para el desarrollo de la salud en la región. Entre sus principios y valores se encuentran el derecho a la salud, la solidaridad panamericana, la equidad, la universalidad y la inclusión social.

Fuente: OPS, 2017.

LA PUBLICACIÓN ACTUAL

Para nosotros, es muy gratificante presentar este e-book, fruto de un trabajo colectivo llevado a cabo, inicialmente, en medio de muchos dolores experimentados por todos nosotros durante la pandemia. El proyecto desarrollado por EPSJV/Fiocruz y las instituciones que integran las redes internacionales de formación de técnicos en salud – RETS, RIETS y RETS-CPLP –, con la participación activa de organismos multilaterales, permitió el desarrollo de actividades, guías y publicaciones de este tipo. La expectativa es que nuestros lectores sean capaces de apropiarse de los temas seleccionados y las discusiones mantenidas para encontrar pistas que les ayuden a dar respuestas a las dificultades que enfrentan en sus contextos locales.

El ciclo de talleres es un llamado a reafirmar la salud como un derecho humano básico y a los técnicos como actores y actrices clave en la planificación de los recursos humanos en salud. Es un llamado a comprender el papel relevante que los docentes asumen en los procesos de formación de calidad, ya sea en las escuelas o en los servicios, no solo en lo que respecta a los contenidos técnicos transmitidos, sino también a cuestiones relacionadas con el trabajo de estos técnicos en equipos multidisciplinarios y su participación en los procesos de gestión de los servicios en los que se insertan.

Esta publicación fue elaborada por un equipo multidisciplinar preocupado no solo por la calidad del contenido, sino también por su presentación. Nuestra intención es que el uso de un lenguaje más accesible y las indicaciones de documentos complementarios al texto, entre otros recursos, hagan que la lectura sea más ligera, pero no menos densa.

Al igual que la publicación anterior, este libro digital recoge sistemáticamente el recuerdo de las discusiones desarrolladas a lo largo de los talleres realizados en 2022, a partir de las experiencias presentadas por los miembros de las redes, y se divide en tres partes:

La primera parte incluye la presentación de la publicación y dos textos introductorios. Un de ellos caracteriza lo que llamamos el contexto post pandémico en el área de la salud. El segundo trata de las redes como comunidades epistémicas y busca mostrar su importancia en la generación de conocimiento sobre temas específicos.

La segunda parte contiene una síntesis de cada uno de los cuatro talleres – ‘APS, la agenda 2030 y la formación y el trabajo de los técnicos en salud’, ‘Interculturalidad y la formación de los técnicos en salud’, ‘Salud mental y la formación de los técnicos en salud’ e ‘Información y registros de salud: el papel de los técnicos’ – y destaca sus aspectos principales.

La tercera parte contiene las consideraciones finales y las principales recomendaciones de los talleres sobre los temas examinados.

Este e-book es un contrapunto a la creciente proliferación contemporánea de información falsa o dudosa y la negación de la ciencia. Su objetivo es ser una herramienta útil para fortalecer la creación de redes, la formación de técnicos en salud y la difusión técnico-científica de calidad. Esta publicación es otro recurso disponible para ayudar en la construcción y consolidación de los sistemas nacionales de salud que pueden, de hecho, satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones.

En este sentido, esperamos que todos aquellos que estén interesados en temas relacionados con la formación del personal de salud puedan construir conocimiento a partir de la información presentada y quieran compartir esta publicación con otros que también puedan beneficiarse de su contenido.

CONTEXTO GLOBAL: SALUD EN EL MUNDO POST-COVID

Luciana Frederico Milagres
Sebastián Tobar

"Nadie estará a salvo a menos que todos lo estemos"
(António Guterres)

En los últimos cuatro años hemos experimentado problemas internacionales que afectan la vida de las personas y las comunidades. La pandemia, los conflictos armados y el aumento de las desigualdades sociales nos llevan por un camino de dificultades y privilegios excluyentes, un camino sin esperanza que produce mucho sufrimiento humano. Durante muchos momentos, mientras seguía la evolución del surgimiento de COVID-19 y el conflicto entre Rusia y Ucrania, fue difícil evitar el pesimismo y tratar la realidad de forma más sensata y positiva. En este escenario, la alternativa que encontró la comunidad internacional fue invertir y apoyarse en organismos y acuerdos multilaterales que mezclan desafíos, metas y actores capaces de romper la barrera de lo imposible para transformar estos privilegios en derechos y equidad.

LA ONU Y LA AGENDA 2030

La creación de las Naciones Unidas (ONU), en octubre de 1945, puede interpretarse como la semilla del mayor logro colectivo de la humanidad y hoy la [Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible](#) representa el mayor ejemplo del compromiso global de los Jefes de Estado y de Gobierno para erradicar la pobreza y garantizar la prosperidad para todos. Sin embargo, cumplir con los 17 objetivos y de las 169 metas que conforman la Agenda requiere confrontar el modelo actual de orden mundial, que se mantiene enfocado en el desarrollo económico y no en la sostenibilidad del planeta. Además, pide una cooperación internacional revitalizada en un espíritu de solidaridad entre los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y el sistema de las Naciones Unidas, respaldada por una financiación sólida y viable para las personas en situaciones vulnerables, con el compromiso de "no dejar a nadie atrás".

En 2022, después de los peores momentos de la pandemia, el COVID-19 se mantiene en la lista de desafíos globales que deben enfrentar los Estados. **El Foro Político de Alto Nivel de las Naciones Unidas** (HPLF, del inglés), establecido

para evaluar el progreso de la Agenda 2030, celebró su reunión anual que discutió cómo superar los impactos de la pandemia de coronavirus para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) hasta 2030.

Sin embargo, si la intención era buena, el resultado dejaba mucho que desear. Solo una lista de retórica ya conocida por la población mundial y sus gobiernos, entre las que se encuentran: mejorar el acceso a vacunas de calidad; fortalecer los sistemas de salud, con especial énfasis en la salud primaria; prevenir y preparar respuestas a las pandemias; apoyar continuamente los mecanismos multilaterales relevantes para abordar los impactos socioeconómicos de la pandemia; apoyar las medidas de protección económica y social para las poblaciones más afectadas y más vulnerables y lograr la salud global. Puntos irrefutablemente importantes y moralmente cruciales, pero que ya han sido reiteradamente afirmados y reafirmados. En este sentido, la declaración ministerial producida en el [Foro 2022](#) nos muestra cómo el mundo, que fue arrollado por el COVID, continúa comprometiéndose con reafirmaciones de acuerdos esenciales para el desarrollo sostenible, pero sin la fuerza estructural y efectiva para garantizar que estos objetivos se logren, de hecho, para 2030.



FORO POLÍTICO DE ALTO NIVEL DE LA ONU

En 2012, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) estableció el [Foro Político de Alto Nivel](#), que se celebra anualmente para evaluar el progreso de los objetivos mundiales.

La primera reunión del Foro, que sustituyó a la Comisión sobre el Desarrollo Sostenible, que se había venido reuniendo anualmente desde 1993, se celebró el 24 de septiembre de 2013. El Foro es la plataforma central para promover el debate y el pensamiento innovador, forjar un consenso sobre las formas de avanzar y coordinar los esfuerzos para alcanzar los objetivos acordados internacionalmente. Además, se encarga de supervisar las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas.

Fuente: ONU, (s.a.).

NUEVOS TIEMPOS PARA EL MULTILATERALISMO

En este contexto turbulento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha demostrado cierta eficiencia técnica en el análisis de la situación tan rápido como lo requería la pandemia. Sin embargo, aunque sigue siendo formalmente la máxima autoridad en salud global, la OMS ha estado enfrentando una crisis de legitimidad durante algún tiempo. La organización ha sufrido ataques de gobiernos autoritarios, que terminan desembocando en una crisis financiera, con un paro de algunas de sus actividades, y cuestionando su propia identidad: ¿Es La OMS una mera agencia reguladora o proveedora de ayuda humanitaria? ¿Sus resoluciones son obligatorias o solo recomendaciones? (VELÁSQUEZ, 2020).

Los debates sostenidos en los principales órganos multilaterales de toma de decisiones, como la Asamblea General y el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Asamblea Mundial y las reuniones regionales de salud – el Comité Regional de la OMS para África o la Conferencia Panamericana de Salud, por ejemplo – insisten en la creación de un sistema de financiamiento resiliente que pueda superar el hecho de que, históricamente, el multilateralismo depende de países que optan por fortalecer demandas fuera de la agenda de salud y vida. En este sentido, no se puede negar que la pandemia encontró al mundo con un fuerte debilitamiento del multilateralismo global, con cuestiones que afectan el prestigio de la OMS, su influencia y sus recursos, en medio de las grandes tensiones internacionales causadas por la disputa entre Estados Unidos y China por la hegemonía económica.

Pero no es solo la OMS la que ha sufrido los problemas financieros. La respuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la pandemia se vio afectada por problemas relacionados con los recursos provenientes de las contribuciones de sus estados miembros (OPS, 2020). Al 31 de mayo de 2020, la OPS registró USD 162,2 millones en deudas por contribuciones ordinarias, de las cuales el 67% eran de Estados Unidos, el 15% de Brasil y el 5% de Argentina. En ese momento, los gobiernos de Mauricio Macri, en Argentina, y Jair Bolsonaro, en Brasil, optaron por alinearse con la propuesta del gobierno de Donald Trump, Estados Unidos, de no contribuir a la OPS por razones políticas, lo que resultó en una de las mayores crisis financieras experimentadas por la organización desde su creación en diciembre de 1902.

Con el fin de ser conscientes de la gravedad del problema, la agenda de la reunión de la Junta Directiva de la OPS, celebrada en septiembre de 2020 (OPS,

2020), ya durante la pandemia, abordó más de 20 puntos, de los cuales solo uno estaba relacionado con el "COVID-19 en la Región de las Américas". De las nueve resoluciones aprobadas por el Consejo, una se refería a aspectos de la pandemia en las Américas, otra a la reforma de la gobernanza de la organización y las otras siete se referían a aspectos o cuestiones presupuestarias, administrativas y financieras relacionadas con su funcionamiento, cuestiones que debían resolverse para que la OPS pudiera dedicarse a responder a la pandemia con mayor eficacia.

Para sumar a todo esto, en un mundo ya plagado por la pandemia, la guerra en Ucrania, iniciada en febrero de 2022, también reveló, una vez más, el conflicto moral internacional de identificar nuevas crisis humanitarias, mientras que los viejos desafíos en el área de la salud siguen sin resolverse. Las atenciones y las reservas financieras vuelven una vez más al conflicto mismo o a sus consecuencias económicas en los países directa o indirectamente afectados, lo que demuestra que ninguna otra agenda se encamina al éxito hasta que el valor de las políticas públicas sea asumido por la centralidad de la vida humana.

Al igual que el COVID-19, la Guerra de Ucrania terminó generando impactos significativos en la economía y en las prioridades de los Estados. La desaceleración del crecimiento económico y el aumento de la inflación han hecho que la salud ya no tenga primacía en la agenda política de los países. El resultado es que después de tres años de pandemia, el mundo cuenta con retrocesos en la prevención y el control de numerosas enfermedades.

En cuanto al Covid-19, para marzo de 2023, la [OPS/OMS](#) contabilizó más de 190,3 millones de casos de la enfermedad y más de 2,9 millones de muertes en la región de las Américas, cifras que representan, respectivamente, el 25% y el 43% del total mundial, en una región que solo cuenta con el 8% de la población mundial. Además, solo en febrero, se registraron más de un millón de nuevos casos y diecisiete mil muertes. La preocupación futura es que, aunque muchos países de la región ya han administrado calendarios completos de vacunación y dosis de refuerzo, un número significativo de ellos no ha logrado un número significativo de inmunizaciones de su población. Haití, por ejemplo, que está experimentando un deterioro del panorama político y una violencia generalizada, tiene la tasa de vacunación más baja de la región: solo el 2,1% de su población ha sido inmunizada. El problema es que, incluso frente a esta situación, los presupuestos de salud en los países de la región se han enfrentado a la austeridad y han sufrido recortes.

A pesar de todo, la posibilidad de poder contar con información actualizada y de calidad, así como con la orientación y el conocimiento producidos por los organismos multilaterales siempre nos brindan cierta tranquilidad y seguridad. En el caso de la OPS, por ejemplo, el prestigio acumulado en 120 años de existencia y el acercamiento con los sistemas nacionales de salud permitió la reanudación de su liderazgo regional, impulsando numerosas actividades de cooperación con los países.

En las reuniones de su Consejo Directivo, en 2021 y 2022, la OPS presentó documentos importantes sobre el impacto de la pandemia tanto en la morbilidad y mortalidad por COVID-19, como en las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. En la 74ª Conferencia Panamericana de la Salud, en 2022, con el lanzamiento de "[Salud en las Américas: Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19](#)", presentó la situación de los sistemas regionales de salud y salud en cada país de la región en relación con la pandemia de Covid-19 y sus implicaciones: la caída de la esperanza de vida; la reducción de la atención por parte de los sistemas de salud y el daño directo a los trabajadores del sector; la acentuación de las desigualdades; el empeoramiento de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y problemas de salud mental, incluidas las tasas de suicidio; y la necesidad de garantizar la cobertura universal y el acceso a la salud.

Los retrocesos que afectan directamente el logro de los objetivos de la Agenda 2030 y que, según la evaluación de la organización, pueden revertirse si los países continúan avanzando con la vacunación contra el COVID y fortalecen sus sistemas de salud. El documento también subraya la urgencia de desarrollar capacidades en salud pública para responder a emergencias, considerando la interprofesionalidad y el concepto "[una salud](#)", así como la construcción de sistemas de vigilancia en la interfaz humano-animal-ambiente, capaces de proporcionar análisis en tiempo real para la toma de decisiones a nivel local, nacional, regional y global. Además, reconoce que el aumento de la capacidad regional para el desarrollo y la producción de medicamentos y otras tecnologías sanitarias puede contribuir a mejorar el acceso a esos bienes y a proteger la seguridad nacional y la recuperación económica de los países. Finalmente, agrega que es necesario fortalecer la gobernanza, liderazgo, condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud en las Américas, considerándolos elementos clave en el fortalecimiento de los sistemas de salud.

FUERZA DE TRABAJO: PILAR DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD RESILIENTES

No hay duda de que el COVID-19 se ha convertido en el mayor desafío de la humanidad en los últimos cien años, generando demandas que no solo son de salud y extrapolando la barrera epidémica. El origen de la enfermedad implica múltiples causas combinadas que trascienden la simple relación agente-huésped (coronavirus - humano). Sus consecuencias van mucho más allá de la enfermedad y la muerte, que caracteriza su actual naturaleza sindémica, cuya marca es una crisis multidimensional – sanitaria, social, económica, ambiental y política – que impacta negativamente en estas mismas dimensiones de la vida humana. Y si evaluamos la dimensión de la salud, además del retirar impacto en los servicios ofrecidos a las poblaciones, nos enfrentamos a otra fuerte crisis global preexistente: la de la fuerza laboral para el sector.

El personal de salud crea el proceso de producción y da forma y significado a su práctica, es decir, los trabajadores no están en los servicios de salud, sino que son servicios de salud. El contexto de emergencia de la pandemia dio lugar a la contratación de profesionales adicionales para hacer frente a la explosión de la demanda causada por la enfermedad. El caso es que esta emergencia y absorción no planificada de trabajadores puede generar efectos inesperados, acentuando la contratación de ciertas categorías profesionales en detrimento de otras o priorizando su atribución según la “lógica del brote”.



Las debilidades y la resiliencia de los sistemas de salud están directamente relacionadas con su fuerza laboral. La crisis reveló sistemas con grandes deficiencias tanto en los perfiles profesionales como en su distribución dentro de los territorios nacionales, lo que se traduce en importantes obstáculos para la universalidad, la exhaustividad y la equidad en el acceso a los servicios de salud. Para enfrentar la pandemia, los sistemas de salud y las instituciones de capacitación de recursos humanos para el sector tuvieron que reevaluar sus estrategias de capacitación de manera no planificada. (MACHADO et al, 2021, p. 151)

Ahora que se ha comprobado la sindemia y sus consecuencias globales de la larga Covid, así como la reducción de los recursos destinados a la salud, los sistemas nacionales se enfrentan al desafío de formar nuevos actores con habilidades técnicas necesarias para los servicios de atención, pero también capaces de contribuir a la formulación de políticas de estructuración locales, nacionales, regionales e incluso globales, así como a su legitimación en todos los ámbitos, con el fin de fortalecer la gobernanza de la salud tanto a nivel local como global. (MCGOWAN, BAMBRA, 2022)

En el caso de los trabajadores técnicos, que en muchos países constituyen la mayoría de la fuerza laboral del sector, los problemas tienen otro factor agravante: históricamente invisibles, este grupo generalmente carece de políticas públicas específicas para su capacitación y práctica profesional. Aclamados como héroes durante la pandemia, generalmente son tratados con indiferencia en el trabajo diario.

La Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV), como Centro Colaborador de la OMS para la Educación de Técnicos en Salud, ha fortalecido el trabajo conjunto con la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS) y sus subredes, con el propósito de reafirmar el papel de los técnicos en salud y la propia sociedad como poderes de conocimiento y experiencia acumulada. El objetivo es colocar a ambos en un lugar destacado en la construcción de un posible nuevo orden político y social en la diplomacia global y los sistemas legislativos de salud en los países. La información, el registro y el intercambio de experiencias de salud pueden ser una de las formas de eludir las políticas neoliberales y de extrema derecha que ven la salud como otro nicho económico y de disputas. Además, la creación de redes y la inversión en cooperación y producción de conocimiento internacional se identifican como transformadoras, ya que consideran las experiencias y las necesidades diarias de los trabajadores y las diferentes poblaciones en diferentes países.

Pero la sociedad civil es vista como la encarnación de aspiraciones y valores, un espacio en el que la ética y las ideas del bien común encuentran su expresión más clara, articulada en el debate público y encarnada en asociaciones voluntarias de ciudadanos. Por lo tanto, se refiere exclusivamente a redes, movimientos y grupos sin fines de lucro que se organizan para hacer valer intereses, identidades y causas fuera del alcance de las instituciones políticas basadas y controladas por el Estado (VIEIRA, 2001) - [Traducción libre].

Como es posible ver, hablar de salud no es solo hablar de procesos de enfermedad y cura, sino que se está considerando un sistema interprofesional que está en el centro de las decisiones de los Estados y es transversal a todas las áreas administrativas de un país. Es decir, la necesidad que clama es por sistemas nacionales de salud más robustos, con trabajadores calificados, insertados en los procesos de planificación y decisión y respetados en sus derechos, seguridad y capacitación, para que la salud global y su arquitectura de financiamiento y planificación logren eficiencia y sostenibilidad. Cabe destacar que el término "salud global" implica considerar los desafíos de salud que trascienden las fronteras; implica un enfoque desde una perspectiva multilateral y siempre considerando temas de seguridad y comercio; tiene la expectativa de "Salud para todos", a nivel global, y "Salud en todas las políticas", dentro de los países; y, por último, implica considerar, en el contexto de un orden mundial neoliberal y dentro de un conjunto de cambios en las relaciones de poder, las nuevas amenazas a la salud pública que afectan a los países ricos y pobres. Los trabajadores de la salud, los actores internacionales y las instituciones de salud mundiales deben combatir las asimetrías y convencer a las sociedades y sus gobiernos de que la salud pública es esencial, no solo para hacer frente a las emergencias, sino también para garantizar la igualdad de oportunidades, la paz, el progreso, el bienestar y la felicidad (CUETO, 2015).

CONSTITUCIÓN E INFLUENCIA DE LAS COMUNIDADES EPISTÉMICAS EN LAS POLÍTICAS DE FORMACIÓN DE TÉCNICOS SANITARIOS: APUNTES INICIALES

Carlos Eduardo Colpo Batistella

La pandemia de COVID-19, como acontecimiento perturbador para el que no estábamos preparados, provocó importantes cambios en la percepción del conjunto de la vida en el planeta. Aunque su impacto no haya desencadenado un giro efectivo en las formas de organización y producción de la existencia humana, como se ha vislumbrado, su expresión como fenómeno de escala global ha puesto a prueba los sistemas expertos y ha expuesto nuestra vulnerabilidad constitutiva (BUTLER, 2015). El desafío de abordar la pandemia requería que todas las naciones reorganizaran los sistemas de salud y concentraran esfuerzos sin precedentes, especialmente en la producción de conocimientos y vacunas.

La escasez inicial de evidencia científica sobre las formas de transmisión de la enfermedad y los protocolos clínicos para monitorear los casos más graves ha sido seguida por una respuesta vigorosa de los centros de investigación y universidades de todo el mundo. Movilizadas, las redes de investigadores jugaron un papel clave en la producción y validación del conocimiento necesario para enfrentar la pandemia.

Paradójicamente, este entorno más propicio para la cooperación ha abierto desigualdades estructurales entre los países y la incapacidad de organismos internacionales como las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para garantizar la solidaridad esperada entre los países y la igualdad de acceso a las vacunas. Tales compromisos de cooperación y de responsabilidad requerirían una acción multilateral y una infraestructura sanitaria internacional basada en principios de igualdad y de derechos humanos, en un enfoque de Salud Global (BUSS y BURGER, 2021; BUSS, 2021).

EL TRABAJO Y LA FORMACIÓN DE LOS TÉCNICOS DE SALUD

Frente a los desafíos del COVID-19, la epidemiología, la atención hospitalaria y la producción de insumos e inmunobiológicos tuvieron una evidente centralidad.

Respondiendo a las urgencias del contexto, el área de gestión y formación de recursos humanos también fue altamente demandada: la necesidad de reorganizar los servicios y ampliar los equipos requirió la contratación inmediata de personal, con la reproducción a gran escala de vínculos precarios sin garantías laborales. Del mismo modo, se trataba de “acelerar la finalización de los cursos y proporcionar diplomas a los estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud, para llenar las nuevas vacantes creadas por la expansión de los servicios” (TEIXEIRA et al, 2020).

Si al inicio de la emergencia sanitaria – cuando se impusieron recomendaciones de distanciamiento social – los mayores retos de la formación estaban relacionados con la incorporación tecnológica para la enseñanza a distancia y las transformaciones del trabajo docente, en un segundo momento se consideró la importancia de fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS), dentro de la cual se realizan pruebas de COVID-19, seguimiento de contactos e inmunizaciones (OPS, 2021). Entre las instituciones de capacitación, la prioridad dada a este nivel de atención dio lugar a la discusión de los perfiles profesionales necesarios para satisfacer las nuevas demandas y la reformulación de los planes de estudio existentes.

Por lo general invisibilizados en equipos, instituciones y políticas (PRONKO et al, 2011), los técnicos de salud se consideran estratégicos para que los sistemas nacionales de salud puedan responder adecuadamente a las necesidades de las poblaciones. Representan la mayoría del personal de salud disponible (EPSJV, 2023) y están presentes en diferentes áreas de práctica, desde promoción, prevención, diagnóstico hasta asistencia y rehabilitación. A pesar de esta expresión, la perspectiva de convergencia de acciones y políticas en la agenda regional encuentra no solo dificultades estructurales, sino la gran heterogeneidad de designaciones, prácticas, atribuciones y perfiles de capacitación de técnicos entre países, lo que dificulta el análisis y estudio orientado a la integración y Cooperación Sur-Sur.

En un artículo que discute los desafíos de la comparación como herramienta de conocimiento en los procesos de integración suprarregional, Pronko (2003) llama la atención sobre la insuficiencia de la simple enumeración de similitudes y diferencias resultantes de la encuesta de datos empíricos sobre capacitación y trabajo – títulos otorgados, carga de trabajo, perfil de capacitación, categorías profesionales, atribuciones, vínculos, formas de inserción y práctica profesional: “la riqueza de la comparación está más en el proceso que en el producto, está en las preguntas que nos permite hacer y en las relaciones que nos permite ver”

(PRONKO, 2003, p.584). Es necesario situarlos en las singularidades del contexto histórico de cada país, en las particularidades de los sistemas nacionales de salud, observando cómo responden a las tendencias regionales y globales:

Si la comparación no consiste en la simple yuxtaposición de casos, sino en el reconocimiento de rasgos y especificidades comunes, en el conocimiento del otro como tal, y de nosotros del otro, permitiría, incluso en el caso de diferentes evoluciones, y tal vez precisamente por esta razón, un gran enriquecimiento en la comprensión de cada uno de los casos estudiados (PRONKO, 2003, p.584 [Traducción libre]).

EL CICLO DE TALLERES Y LAS COMUNIDADES EPISTÉMICAS

Iniciativas como el ciclo de talleres organizados por el Centro Colaborador (CC) de la OMS en alianza con la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS) y sus subredes (RETS, 2022) han sido determinantes para el conocimiento de estas especificidades, para el análisis de políticas públicas que afectan el trabajo de los técnicos en salud y para la identificación de demandas comunes en cada área de intervención (NORONHA et al, 2022). Articulando investigadores, gerentes y trabajadores de la salud, tales empresas favorecen la composición de cadenas de equivalencia y el fortalecimiento de comunidades epistémicas alrededor de ciertas banderas de lucha.

Definido por Hass (1992) como una red de profesionales con experiencia y competencia reconocidas en un campo particular que reclama la autoridad del conocimiento relevante para la política dentro de este ámbito o área temática, las comunidades epistémicas han ganado relevancia en la investigación en ciencias sociales al permitir la incorporación de actores no gubernamentales en el proceso de formulación de políticas, a diferencia de los enfoques centrados en el estado. En estos enfoques, la esfera gubernamental y la estructura económica aparecen como determinantes de la organización y las prácticas educativas, sin dejar espacio para la acción humana.

Para el autor, los profesionales que conforman las comunidades epistémicas pueden ser de diferentes disciplinas y antecedentes, sin embargo deben compartir principios normativos y creencias que subyacen a su acción social, diagnósticos sobre los problemas centrales de su dominio, nociones de validez para el conocimiento en su especialidad y una visión de empresa política asociada

a un conjunto de problemas a los que se dirige su competencia profesional. En diálogo con Antoniades (2003), Lopes (2006, p.41) afirma que las comunidades epistémicas “son grupos de especialistas que comparten concepciones, valores y regímenes de verdad comunes entre sí y operan en políticas para la posición que ocupan en relación con el conocimiento, en relaciones de conocimiento-poder”.

En contraste con las preocupaciones esencialistas en la elección de criterios capaces de definir su lógica de pertenencia, los enfoques postestructurales afirman la imposibilidad de definir los límites de identidad de las comunidades epistémicas, ya que no son ni estáticos ni inmutables. Como no son homogéneos, ni siquiera su consenso -siempre conflictivo- es constante. Surgen de la articulación de ciertas demandas, de manera contingente y provisional, y los significados hegemonizados en los discursos que enuncian están marcados por la inestabilidad y la imposibilidad de fijación (PIMENTEL JUNIOR, 2018; BATISTELLA et al, 2023).

Es así como, en los talleres realizados en el Ciclo 2022, veremos el encuentro de profesionales de servicios, docentes, investigadores y representantes de organismos multilaterales de diferentes países con trayectorias y experiencias marcadas por el compromiso en luchas específicas en el campo de la salud colectiva, como la desinstitucionalización de la salud mental, la incorporación de la dimensión intercultural en las acciones de salud, la calificación de técnicos para la producción de información y registros de salud, la regulación de nuevos perfiles profesionales en APS y la defensa de políticas de reducción de daños en el uso nocivo del alcohol y otras drogas.

Las cadenas de equivalencia se forman en nombre de una contraposición – un antagonismo – a políticas y prácticas institucionalizadas que excluyen o niegan la posibilidad de existencia o acceso a la salud para ciertos segmentos de la población, como las poblaciones nativas, las poblaciones sin hogar, los adictos al alcohol y las drogas o incluso las poblaciones rurales, remotas o desatendidas. En un contexto más amplio, se articulan en defensa de la valoración y calificación de los trabajadores técnicos de salud.

Las comunidades epistémicas se convierten entonces en la articulación de subjetividades constituidas en el campo discursivo de la educación del técnico sanitario, ya que “en un enfoque discursivo la propia actividad política produce la identificación comunitaria en un sentido performativo” (PIMENTEL JÚNIOR, 2018). La actividad política de la comunidad no confiere estabilidad identitaria,

ni implica “recorrer un camino ya dado de antemano, anticipado a través de la proyección normativa de métodos y prácticas tomadas como propias” (ídem):

(...) no hay una comunidad epistémica completa y previa a las respuestas que ofrecen, sino solo formas en que estas comunidades responden a lo que se coloca en un cierto espacio-tiempo de subjetivación política. Al mismo tiempo que hace inviable una atribución fija de atributos, este cambio de enfoque de fronteras a respuestas da mayor fluidez a la investigación de cómo se fusionan los sujetos frente a lo que denominan un enemigo común, permitiéndoles pensar de manera más dinámica desde las estrategias discursivas, los términos y la forma en que movilizan el debate en la construcción e identificación de esta amenaza, hasta la forma en que prescriben posibles resoluciones para los impases generados por este enemigo (PIMENTEL JUNIOR, 2018, p.237 [Traducción libre]).

Al cambiar el enfoque de los agentes a los discursos, podemos interpretar las comunidades epistémicas como articulaciones provisionales y contingentes que, en contextos específicos, se constituyen a partir de fronteras antagónicas que estabilizan precariamente ciertos significados y producen acciones políticas sobre ciertos problemas.

INFLUENCIA EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

Igualmente controvertido entre los autores que estudian las comunidades epistémicas es el tema de la relación entre la investigación y la formulación de políticas. El simple reconocimiento del papel de las comunidades epistémicas en un campo dado no garantiza su influencia en la formulación de políticas. Para profundizar en este punto, Kingdon afirma que:

Después de los grupos de interés, el trabajo de académicos, investigadores y consultores es el elemento más importante de los actores no gubernamentales. Es fácil encontrar su influencia en todos los procesos políticos. Las ideas de la literatura académica suelen ser debatidas por miembros de burocracias, grupos políticos o gestores. Los académicos prominentes son bien conocidos por su nombre y repetidamente citados en entrevistas (KINGDON, 1995, apud MALDONADO-MALDONADO, 2005, p.110).

Sin embargo, en opinión del autor, la influencia de académicos, investigadores y consultores estaría más en el ámbito de las alternativas que en la agenda pública, y en escenarios a largo plazo que en aspectos de intervención inmediata.

Para Antoniades (2003), la comprensión del papel de estas comunidades en la construcción de políticas debe distinguir dos niveles de acción: el cognitivo y el práctico. El primero se refiere a cómo actúan influyendo en la realidad social y la

estructura conceptual en la que se inserta cada proceso político, es decir, cómo se define una situación dada. El segundo está formalmente relacionado con el proceso político: su poder de establecimiento de agenda y participación directa (como miembro o representante de gobiernos u organismos internacionales) o indirecta (como consultores, asesores técnicos, comentaristas, etc.) en espacios de toma de decisiones.

Maldonado-Maldonado (2005) señala que el análisis propuesto por el concepto de comunidades epistémicas no encaja en ninguno de los modelos clásicos que evalúan el uso de las investigaciones en las políticas educativas¹, aunque incorpora algunas de sus características. Para el autor, esta perspectiva (de las comunidades epistémicas) ilumina un aspecto a menudo pasado por alto: el papel de los actores en la relación entre la investigación y la definición de políticas. Son sujetos con historias y circunstancias particulares, cuyas trayectorias a menudo se confunden con la creación o consolidación de un campo de estudios, que están conectados con los procesos y la definición de políticas.

Subrayando la importancia de las diferencias personales en la formulación de políticas Husén (1998 apud MALDONADO-MALDONADO, 2005) afirma que las políticas se deciden de manera mucho más difusa que la forma ordenada o racional que se supone: "Las tensiones entre investigadores y formuladores y planificadores de las políticas crean ciertas limitaciones en los procesos de negociación y aplicación de las mismas" (MALDONADO-MALDONADO, 2005, p.110). La complejidad y la indeterminación de los roles desempeñados por los miembros de una comunidad epistémica impiden cualquier generalización o estandarización de su influencia en la formulación de políticas. En su investigación sobre el papel de una comunidad epistémica en la definición de las políticas de educación superior en México, Maldonado-Maldonado (2005) informa sobre la existencia de miembros de la comunidad epistémica que pasaron de la academia al espacio de toma de decisiones, aquellos que regresaron a la esfera académica, aquellos que siempre se consideraron "académicos puros" y otros que prefirieron asumir roles ocasionales como consultores o asesores. En a revisión de la literatura,

1 Modelo lineal (que asume que la investigación básica conduce a la investigación aplicada, después de su desarrollo e implementación); Modelo de Resolución de Problemas (en el que la investigación identifica el conocimiento necesario para promover una acción); Modelo Interactivo (involucra a investigadores y tomadores de decisiones en un diálogo constructivo y colaborativo); Modelo Político (la investigación se utiliza para justificar una política determinada); Modelo Táctico (la necesidad de investigación se utiliza como excusa para retrasar una decisión o acción); Modelo Iluminador (donde se diseñan ideas de investigación y se imaginan escenarios y soluciones); Modelo Intelectual (la actividad de investigación amplía los horizontes y aumenta la calidad del debate público) (MALDONADO-MALNADO, 2005, p. 109).

el autor señala que, entre los investigadores en el campo, estos “nuevos actores” presentes en el diseño y la implementación de políticas han sido descritos como analistas políticos, intermediarios, mediadores e incluso empresarios.

El movimiento de describir el papel e incluso clasificar a los miembros de una comunidad epistémica busca preservar la idea de identificar regularidades y tipologías capaces de describir la estructura de lo real. Se basa en una perspectiva esencialista, que pretende describir la objetividad del mundo y la “verdad” de las relaciones sociales. Sin embargo, estos intentos de fijación de identidad siempre se frustran, porque no hay posibilidad de saturación de lo social. Lopes y Macedo (2011) enfatizan el papel del lenguaje como un constituyente de lo social y la pluralidad de juegos de lenguaje como una imposibilidad de arreglar los sentidos:

La idea de estructura es reemplazada por la idea de discurso: no hay estructuras fijas que cierren definitivamente la significación, sino sólo estructuras discursivas y reestructuraciones. En esta perspectiva, el discurso es una totalidad relacional de significantes que limitan el significado de ciertas prácticas y, cuando se articulan hegemónicamente, constituyen una formación discursiva (LOPES y MACEDO, p. 252, 2011).

Compartiendo el enfoque en el registro postestructural de Lopes, Cunha y Costa (2013), entiendo que el flujo de significado de un texto (de política) es un movimiento ininterrumpido que “ni se origina en un escenario específico, locus de actores privilegiados, ni puede ser estancado por determinaciones” (p.396). Así, los textos de las políticas son sedimentaciones provisionales, traducciones que buscan estabilizar un cierto sentido en medio de disputas por significado en un determinado campo:

No hay origen en la política: un centro en el gobierno, en los textos producidos, en los lineamientos internacionales. Hay actos de poder, en todos los contextos, tratando de producir un centro en el significado y cerrar la estructura discursiva, aunque sea de manera precaria y contingente (LOPES, 2016, p.9).

Aunque no siempre es posible hablar de una relación directa de decisión política, es cierto que a menudo es la comunidad epistémica la que “da contenido a las reformas” (MALDONADO-MALDONADO, 2005). Tales comunidades circulan discursos que son la base de la producción de significados y significados para las políticas en múltiples contextos, en una constante tensión homogeneidad-heterogeneidad (LOPES, 2006).

PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Considerando que las políticas ya no pueden ser vistas como un simple resultado de la decisión autocrática de los sectores gubernamentales o de la determinación directa de los organismos internacionales – ya que implican el protagonismo y la participación de otros sujetos y demandas articuladas – entiendo como productivo para las investigaciones en esta área la incorporación de perspectivas teóricas y metodológicas capaces de identificar y discutir el papel de estos actores, sus agendas personales y políticas y la importancia de las redes en estos procesos.

Este giro, sin embargo, requiere un segundo desplazamiento: en lugar de la preocupación por la descripción de los atributos e identidad de las comunidades epistémicas o incluso con la evidencia empírica de su influencia en las políticas de capacitación de los técnicos de salud en los últimos años, es apropiado investigar el papel y desempeño de las comunidades epistémicas en el mantenimiento o deconstrucción de discursos que hegemonizan las políticas de capacitación de los técnicos de salud, observando cómo se desarrollan las disputas y conflictos en cada área, las luchas para tratar de frenar el significado de lo que es el trabajo técnico en salud, las lógicas de equivalencia que sustentan y constituyen las articulaciones (LACLAU, 2011) y las demandas que se articulan en torno a ciertas propuestas (LOPES, 2018). Romper el esencialismo que trata las sedimentaciones provisionales como identidades fijas es un paso importante para entender cómo se subjetivizan las comunidades epistémicas desde un exterior que las constituye, en una relación antagónica con otras cadenas articulatorias y significados de la política.



LOS TALLERES

2

TALLER 1 - LA APS, LA AGENDA 2030 Y LA FORMACIÓN Y TRABAJO DE LOS TÉCNICOS EN SALUD

CICLO DE TALLERES

La formación y el trabajo de técnicos en salud en el mundo post-Covid

Taller 1 La APS, la Agenda 2030 y la formación y el trabajo de los técnicos en salud”

PONENTES



Isabella Koster
(PMA/VPPCB/Fiocruz)
Brasil



Lizardo Huaman
(Ministerio de Salud)
Perú

MEDIADOR



Marcia Valeria Morosini
(EPSJV/Fiocruz)
Brasil

APERTURA



Silvia Cassiani
(OPS/OMS)

Carlos Batistella
(EPSJV/Fiocruz)
Brasil



Pier Paolo Baladelli
(SAM-OPS/OMS)



ENLACES PARA LA TRANSMISIÓN

Portugués: <https://youtu.be/YUDR1JH4280>

Español: <https://youtu.be/qZgTJXQQPG0>

Fecha: 17 de mayo de 2022

Hora: 10h às 12h30 (hora de Brasília)



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO



Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde



RETS RETS-CPLP RIETS



Ministério da Saúde



Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz



Aqui somos SUS



17 de mayo de 2022



Videos del evento:

Português

Espanhol

MESA DE APERTURA:



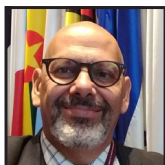
CARLOS EDUARDO BATISTELLA

Coordinador de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).



PIER PAOLO BALLADELLI

Director del Programa Subregional para América del Sur (SAM-OPS/OMS) (2021 y 2022).



SEBASTIÁN TOBAR

Asesor del Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS/ Fiocruz).



SILVIA CASSIANI

Asesora Regional de Técnicos de Enfermería y Salud de la OPS/OMS.



MÁRCIA MOROSINI (mediadora)

Profesora-investigadora en EPSJV/Fiocruz.

RELATOS DE EXPERIENCIAS LOCALES:



ISABELLA KOSTER

Profesora-investigadora en EPSJV/Fiocruz y directora científica de la Asociación Brasileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (Abefaco), Brasil.



LIZARDO HUAMÁN

Asesor de la Dirección Nacional de Personal de Salud del Ministerio de Salud (Minsa), Perú.





PREGUNTAS DINAMIZADORAS

¿Qué han discutido los países sobre la salud en el mundo posterior a la pandemia? ¿Cómo puede la formación y el desempeño de los técnicos en salud ayudar a los países a alcanzar los objetivos de la Agenda 2030? ¿Qué papel se ha atribuido a la formación de técnicos para enfrentar los desafíos de la atención primaria de salud (APS) en el contexto post pandémico? ¿En qué medida la formación y el trabajo de los técnicos en salud pueden convertirse en alternativas estratégicas de política pública para los países, especialmente en las regiones remotas y desatendidas? ¿Qué innovaciones se pueden introducir para formar a técnicos más cualificados para trabajar en APS? ¿Cuáles son los principales obstáculos para valorar el trabajo técnico en salud?

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

Para hacer frente a la emergencia sanitaria causada por la pandemia de COVID-19, se descontinuaron muchos servicios de salud, se adaptaron las instituciones de salud y se reubicaron los profesionales de la salud. Lamentablemente, los recursos humanos también sufren de sobrecarga, agotamiento, enfermedad y muerte. Por lo tanto, en todos los niveles de complejidad, encontramos demandas bloqueadas en los servicios, así como barreras para lograr la salud universal y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que conforman la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (ONU). Si podemos llamar a los tiempos actuales postpandemia, incluso si todavía estamos viviendo con COVID-19, debemos comprender los muchos desafíos que deben superarse, especialmente en el campo de la salud.

En 1978, la [Declaración de Alma-Ata](#), fruto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya definió el primer nivel de atención como:

una parte integral del sistema de salud del país, del cual constituyen la función central y el enfoque principal, y el desarrollo social y económico general de la comunidad. Representan el primer nivel de contacto de las personas, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante el cual la asistencia sanitaria se acerca lo más posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y son el primer elemento de un continuo de asistencia sanitaria.

En este sentido, el primer nivel de atención, basado en el trabajo multiprofesional, enfocado en la continuidad, integralidad y coordinación de la atención, se encarga de vincular a los usuarios con el sistema nacional de salud. La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia fundamental en acciones de prevención y vigilancia sanitaria, vacunación y educación, en la atención a usuarios con enfermedades crónicas, en la rehabilitación y mantenimiento de la salud, además de la adecuada derivación y vinculación con otros niveles de atención y red intersectorial, respetando siempre las particularidades de los diferentes territorios, especialmente los más vulnerables.

Por todo esto, hoy, más que nunca, la APS ha sido considerada la mejor alternativa para construir sistemas de salud más fuertes y resilientes que puedan permitir a más países alcanzar sus objetivos de la Agenda 2030.

MESA DE APERTURA

Sebastián Tobar, del Centro de Relaciones Internacionales en Salud (Cris/Fiocruz), fue el encargado de abrir el 2º Ciclo de Talleres 'La formación y el trabajo de los técnicos sanitarios en el mundo post-COVID'. En la primera parte del evento se puso en marcha la publicación "[Los desafíos de la formación de técnicos en salud en el contexto de la pandemia - Ciclo de talleres: síntesis y recomendaciones](#)". Después del lanzamiento, fue el turno del taller "APS, Agenda 2030 y la formación y el trabajo de los técnicos en salud" en sí.

“

La búsqueda de las mejores respuestas para cada contexto implica, sin duda, la construcción colectiva del conocimiento, posibilitada por el fortalecimiento del trabajo en red.

Carlos Batistella

”

Durante el lanzamiento del e-book, Carlos Batistella, coordinador de Cooperación Internacional de EPSJV/Fiocruz, centro colaborador de la OPS/OMS, destacó cómo los intercambios realizados por el Ciclo de Talleres fortalecieron las comunidades de conocimiento de RETS y, en los contextos locales de sus participantes, también facilitaron la construcción de soluciones para la formación y el trabajo de los técnicos en salud. “La búsqueda de las mejores respuestas para cada contexto implica sin duda la construcción colectiva del conocimiento, posibilitada por el fortalecimiento del trabajo en red”, enfatizó.

Hablando sobre la publicación, Pier Paolo Balladelli, entonces director de SAM-OPS/OMS, y Silvia Cassiani, asesora regional de Enfermería y Técnicos de Salud de la OPS/OMS, destacaron el papel de los técnicos en salud para hacer frente a la pandemia y la necesidad de fortalecer la formación y el trabajo de estos trabajadores para cumplir con los objetivos de salud globales.

Balladelli reflexionó sobre los desafíos que deben superarse para que el acceso universal a la salud se convierta en una realidad. La mejora de las condiciones formativas y laborales, con regularización profesional, entre otras cosas, son fundamentales para el logro de este objetivo, considerando las especificidades de los sistemas nacionales de salud, los diferentes territorios con sus determinantes sociales de salud y APS como estrategia para servir con calidad a las regiones que más lo necesitan.

Silvia Cassiani reforzó la cuestión de la calidad de la formación y las condiciones de trabajo dignas, destacando que esto incluye el cuidado de las instituciones con la salud física y mental de más de 40 millones de profesionales de la salud en todo el mundo, de los cuales alrededor del 70% son mujeres. Para ella, la pandemia de COVID-19 nos mostró que, entre las lecciones aprendidas, hay un cambio esencial en la postura con respecto al trabajo de salud. “Si antes era común pensar que los

“

Hoy abogamos por que los empleadores y las organizaciones asuman la responsabilidad de crear y mantener condiciones de trabajo adecuadas y un tamaño adecuado de esta fuerza laboral.

Silvia Cassiani

”

profesionales debían tratar las situaciones individualmente y ser resistentes, hoy abogamos por que los empleadores y las organizaciones asuman la responsabilidad de crear y mantener condiciones de trabajo adecuadas y un dimensionamiento adecuado de esta fuerza laboral”, dijo la asesora de la OPS/OMS.

A continuación, Márcia Morosini, profesora-investigadora de EPSJV/Fiocruz y mediadora del taller, reforzó la idea de que la APS es esencial y estructuradora para la reorganización de los sistemas. Más que eso, llamó la atención sobre el hecho de que los técnicos en salud son, en muchos países, la fuerza de trabajo central en este nivel de atención. También destacó que, en sus experiencias formativas y en sus estudios sobre políticas públicas de salud, los determinantes sociales de la salud son herramientas fundamentales para la efectividad de la APS, especialmente en localidades periféricas, dentro y fuera de los grandes centros urbanos. Desde allí, invitó a Lizardo Huamán e Isabella Koster a presentar sus reflexiones sobre la atención primaria, desde las experiencias de Perú y Brasil.

RELATOS DE EXPERIENCIAS LOCALES

APS COMO CONDICIÓN PARA ALCANZAR LOS ODS

Lizardo Huamán, de Minsa-Perú, comenzó su exposición reflexionando sobre la alta mortalidad por COVID-19 en su país. Para él, la pandemia puso en primer plano varios temas a los que no se les había dado mucha prioridad en el sistema de salud peruano: acentuó los problemas de la atención ambulatoria y de emergencia, las cirugías electivas y la prevención, entre otros sectores de salud impactados negativamente. Tal acumulación de demandas causó otras crisis en el sistema de salud, y, obviamente, los subsistemas de regiones en mayores situaciones de vulnerabilidad y mayores dificultades de acceso fueron los que más sufrieron.

En el contexto de la pandemia, fue posible observar tanto la devaluación del trabajo de los técnicos como su situación de mayor vulnerabilidad, en comparación con otros profesionales de la salud. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, Perú, fueron los técnicos y auxiliares de salud los que más cayeron enfermos y murieron a consecuencia del COVID-19, seguidos por el personal administrativo, enfermeras y médicos, quienes ocuparon el cuarto lugar entre los afectados por el virus.

A partir de estos datos, es posible reflexionar sobre las desigualdades sociales presentes entre los recursos humanos de salud, ya que los técnicos son comúnmente de clases sociales más empobrecidas y sufren problemas estructurales que atraviesan no solo su educación, sino también su salud, vivienda y otras condiciones. A menudo, esta fuerza de trabajo no tiene organismos de clase que los defiendan o políticas públicas que, de hecho, los valoren y protejan.

Al hablar de la importancia de estos trabajadores, el asesor presentó datos relacionados con el sistema de salud peruano, en el que los técnicos auxiliares representan el 35% de todo el personal de salud. En APS, son el 37% de los profesionales, mientras que, entre los demás trabajadores, el 16% son enfermeras, el 11% son médicos y el 10% obstetras, por ejemplo. Según él, "el personal técnico se encarga de atender a un gran porcentaje de la población de nuestro territorio, para llevar a cabo acciones que estén vinculadas a los determinantes sociales de la salud". En el ámbito de la salud pública, los técnicos y auxiliares representan el 77% de la mano de obra, y entre ellos, el 62% son técnicos de enfermería. A pesar de esto, la formación de esta fuerza laboral todavía se centra en la atención individual y no en la salud pública, lo que puede traer pérdidas a todo el sector.

Para Lizardo, para lograr los objetivos de la Agenda 2030, ha sido fundamental considerar la reestructuración del propio sistema de salud peruano, aún enfocado en la atención individual y hospitalaria, y no en la APS, que podría comandar y articular todos los demás servicios. Según él, una iniciativa importante en este sentido fue la creación de un marco legal orientado a la implementación de Redes Integrales de Salud, basadas en la atención primaria. El llamado **Modelo de Atención Integral** busca superar un sistema de salud hasta ahora fragmentado y segmentado.

“

El personal técnico se encarga de atender a un gran porcentaje de la población de nuestro territorio, para llevar a cabo acciones que estén vinculadas a los determinantes sociales de la salud.

Lizardo Huamán

”



MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL CURSO DE VIDA DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD

Para lograr los ODS, se propuso esta resolución ministerial que tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población peruana, con la equidad y los determinantes sociales de la salud como premisas. La [Resolución Ministerial N° 030/2020](#) tiene como objetivo establecer los lineamientos y mecanismos para la provisión, organización, gestión y financiamiento del Modelo de Atención Integral y representa un avance para el fortalecimiento de la APS en el país.

Fuente: Perú, Ministerio de Salud, 2020.

Otro desafío que debe superarse es la distribución de los recursos humanos en lugares empobrecidos, así como la calidad de las condiciones de trabajo. Actualmente, en el Perú, los técnicos en salud son de educación superior no universitaria. Son los trabajadores que mejor se distribuyen por niveles de atención, por subsistemas de salud y, en todo el territorio, ya que suelen ser los que están presentes en zonas remotas y desatendidas. La distribución histórica de estos profesionales les da un conocimiento específico, dada la experiencia que han acumulado a la hora de desarrollar acciones de salud pública en términos comunitarios.

La formación de los técnicos en salud también es más abundante y accesible en todo el territorio, sin embargo, es necesaria una mayor articulación entre los Ministerios de Salud y Educación para mejorar su calidad. Esto significa que es necesario formar técnicos en salud pública capaces de dedicarse a la prevención y al trabajo comunitario, teniendo como principio los determinantes sociales de la salud. "La inversión pedagógica necesita privilegiar una formación basada en la metodología de problematización y que pueda generar agentes de cambio", dijo Lizardo, reiterando que los procesos de formación no deben producir condicionamiento, es decir, no deben resultar solo en la formación de especialistas que se repiten.

En este sentido, habló sobre la implementación del **Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (Profam)**, cuyo objetivo es formar agentes de transformación social. La sensibilización de los trabajadores se lleva a cabo a través de un curso abierto y virtual, ofrecido a equipos multidisciplinares que trabajan en el primer nivel de atención.

“

La inversión pedagógica necesita privilegiar una formación basada en la metodología de problematización y que pueda generar agentes de cambio.

Lizardo Huamán

”



PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



El [Profam](#) se imparte en modalidad semipresencial, con un enfoque territorial y un modelo pedagógico problematizador. El programa de formación se divide en tres fases. El primero desarrolla habilidades o competencias esenciales capaces de contribuir a la implementación de la APS. La idea inicial es que los técnicos se incorporen en este momento. La segunda fase trabaja con competencias transversales, con un enfoque multiprofesional, abarcando temas como la construcción de políticas públicas o la bioética, por ejemplo. La fase final, por otro lado, aborda competencias específicas, lo que permite profundizar en cada una de las profesiones vinculadas a un equipo de APS.

Fuente: Perú, Ministerio de Salud, 2016.

Con el fin de fortalecer la APS, reconociendo a los técnicos en salud como profesionales esenciales para la efectividad de este nivel de atención, además de invertir en formación, el país también invierte en la integración del personal técnico en los equipos de salud y en la generación de habilidades profesionales interdisciplinarias. Esta medida promueve la búsqueda de un mejor desempeño del trabajo en equipo y la mejora de las capacidades institucionales, lo que puede impactar positivamente en la satisfacción de quienes utilizan los servicios, las condiciones de trabajo y la apreciación de los técnicos en salud.

Acceda a la [presentación](#) de Lizardo Huamán en el taller.

PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE EL TERRITORIO

Isabella Koster, de EPSJV/Fiocruz, abrió su presentación afirmando que, en Brasil, en el contexto de la APS, la **Estrategia de Salud Familiar (ESF)** es el modelo de atención prioritaria. Durante la lucha contra el COVID-19 y en el mundo post pandémico, además de la atención individual, ofreció un enfoque comunitario centrado en las necesidades específicas de los diferentes territorios brasileños. Con base en el Sistema Único de Salud (SUS), la propia Política Nacional de Atención Primaria (PNAB, 2017) discute la estructuración de la ESF a través de inversiones financieras y recursos humanos.



ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

La [ESF](#) persigue la expansión, calificación y reorganización de la APS. Desarrollado por equipos multiprofesionales en contacto directo con los territorios, vincula a los usuarios, favorece la reorientación del proceso de trabajo, expande la resolución y los impactos en la situación de salud de las personas y comunidades, además de proporcionar una importante relación costo-efectividad.

Fuente: Brasil, Ministerio de Salud.



Según la investigadora, en los últimos cinco años, desde los gobiernos de los presidentes Michel Temer y Jair Bolsonaro, hubo políticas para reducir la financiación del SUS. A pesar de la pandemia, y a menudo usándola como excusa, dada la necesidad de invertir en los niveles de atención más complejos, como los hospitales con centros de cuidados intensivos para la atención de COVID-19, se han producido repetidos intentos de deconstruir la APS, especialmente desde la Enmienda Constitucional 95 de 2016, que limitó el crecimiento del gasto estatal por un período de 20 años y significó otra barrera para el financiamiento de la salud pública. Otras iniciativas gubernamentales, como el cambio de la PNAB en 2017 y la implementación de la Dirección de Atención Primaria de Salud (DAPS), centrada en la medicina y con mayor protagonismo del sector privado, fomentaron una lógica mercantil aplicada a la salud. Sumado a esto, la implementación del programa Previne Brasil propuso enfoques más individuales y menos familiares y comunitarios, en los que los procesos de trabajo de los equipos de Salud Familiar terminaron descuidando la subjetividad de la atención, hasta entonces establecida en los diferentes territorios brasileños. Entre los retrocesos que debilitaron la salud pública en Brasil se encuentra la nueva cartera de servicios de Atención Primaria, que promovió un modelo clínico más individualizado y debilitó la construcción de relaciones entre los equipos y las personas en la comunidad al ignorar la participación popular, el diálogo y la planificación basada en la población.

Para Isabella, en este contexto, los propios equipos comenzaron a enfrentarse a un proceso de precariedad del trabajo, debido a la flexibilidad de su composición. Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), por ejemplo, sufrieron la pérdida de sus características y se les permitió realizar algunos procedimientos clínicos, conflictuando su papel de articulador entre el territorio y la Unidad Básica de Salud (UBS) con el trabajo del personal de enfermería. Otra acción, que también se sumó al intento de desmantelar la APS y el descuido del enfoque de territorialización, fue el permiso para crear equipos sin la categoría laboral de los ACS.

La investigadora argumentó que los técnicos en salud son esenciales para el trabajo territorial en APS. En los casi 45 mil equipos del ESF trabajan técnicos y auxiliares de enfermería, ACS, técnicos y auxiliares de salud bucodental. Estos equipos reúnen a unos 400.000 trabajadores entre técnicos y profesionales de la educación superior. En Brasil, se consideran técnicos de salud los trabajadores con escolaridad en los niveles fundamental (primario) y medio (secundario), desde agentes y auxiliares con calificación inicial en el área de salud hasta profesionales

con enseñanza media completa y calificación formal en una carrera técnica de salud (técnicos en radiología, análisis clínicos, salud bucal, etc.)

A pesar de la calidad científico-técnica de estas categorías, la regulación del piso salarial y la carga de trabajo semanal, así como su autorregulación, a través de consejos o asociaciones, a menudo son trabajadores invisibles. Todo esto amplía la situación de vulnerabilidad que viven, traducida en sufrimiento laboral y enfermedad, por ejemplo.

Isabella afirmó que “la formación de los trabajadores debe ser un proceso de construcción de conocimiento científico, tecnológico y de formación humana, con el fin de superar un modelo de educación profesional tecnicista y basado en la enseñanza en servicio”. Después de todo, aun se lleva a cabo principalmente en la modalidad posterior, en la red de educación privada, centrada en una perspectiva de mercado, y con los centros de formación concentrados en la Región Sudeste, la más poblada y rica del país. Todo ello se traduce en grandes brechas desde el punto de vista de una formación más crítica, centrada en la salud pública y capaz de formar cuadros para las regiones periféricas urbanas o rurales.

“

La formación de los trabajadores debe ser un proceso de construcción de conocimiento científico, tecnológico y de formación humana, con el fin de superar un modelo de educación profesional tecnicista y basado en la enseñanza en servicio.

Isabella Koster

”

Ella reflexionó sobre el momento en que vivimos, afirmando que después de dos años de hacer frente a la COVID-19, todavía hay enormes demandas de inversión en investigación para comprender los efectos de la enfermedad a medio y largo plazo y, también, para una línea de atención dirigida a este fin. Según la profesora, es necesario trabajar junto con las otras líneas existentes, especialmente aquellas dedicadas a la atención de enfermedades crónicas. El período actual también exige inversiones en el campo de la economía, del combate a las múltiples

formas de violencia y prejuicios, así como de la salud mental, tanto de los que trabajan como de los que utilizan los sistemas de salud. Estas acciones resaltan la importancia de la red intersectorial, ya que entendemos la APS como un nivel de atención capaz de articular diversos aparatos del Estado, dada su perspectiva sobre la salud desde los determinantes sociales.

La contribución de los técnicos en salud en el contexto de la APS también fue notable en la movilización para una mayor adherencia al calendario de vacunación, vigilancia de la salud y monitoreo de la atención. Los equipos de APS, al realizar visitas domiciliarias, actuaron monitoreando a las familias, a través de mensajes de WhatsApp y siguieron casos sospechosos, síndromes nuevos, de larga duración o post-COVID. Estas y otras iniciativas para acercarse al territorio ejemplifican multitud de prácticas asistenciales desarrolladas por los equipos de salud de la familia en la pandemia y que pueden permanecer en la vida cotidiana de los servicios.

En la actualidad, el desempeño de los técnicos en salud es estratégico, ya que la elaboración e implementación de nuevos flujos y rutinas en la UBS, o incluso en el propio territorio, donde trabajan en la gestión de conflictos, para el acceso a la vacuna, pruebas y cuidados en sí. La experiencia brasileña en el FSE también destaca la importancia de los técnicos en el área de educación para la salud con el fin de combatir las noticias falsas, a través de acciones en las comunidades, la circulación de materiales educativos o su inserción en radios comunitarias, por ejemplo.

Ahora que hay más posibilidades de circulación en el territorio, los ACS en su mayoría mujeres, han invertido aún más en la articulación entre movimientos sociales y comunitarios, así como en ampliar la identificación de personas con mayor riesgo social y facilitar la distribución de alimentos, materiales de higiene y medicamentos. Los auxiliares y técnicos de enfermería han contribuido a la vacunación, las pruebas de COVID-19, la garantía de los estándares de bioseguridad, la planificación de visitas y la atención domiciliaria, lo que destaca la importancia de estos profesionales para la permanencia de las líneas de atención emergentes en la pandemia y la reanudación de otras líneas de atención existentes antes de ella. Los técnicos en salud oral también han reanudado la labor educativa y preventiva en las escuelas de educación básica.

Las diversas actividades realizadas por los técnicos en salud demuestran su papel

estratégico en la APS, ya que vinculan los servicios de salud, el territorio y la red intersectorial al realizar una atención integral junto con el equipo multidisciplinario. La APS en Brasil cuenta con un conjunto de acciones que, a través de la ESF, permite acompañar a las personas del territorio, construir vínculos y líneas de atención dirigidas y más asertivas.

Acceda a la [presentación](#) de Isabella Koster en el taller.

SÍNTESIS DEL DEBATE

Desde los contextos locales de Perú y Brasil, presentados por Lizardo Huamán e Isabella Koster, y desde la perspectiva de la salud global, abordada especialmente por Pier Paolo Balladelli, se concluye que la APS, dada su amplia gama de servicios ofrecidos, su enfoque integral y su carácter continuo, es capaz de crear vínculos entre los sistemas nacionales de salud, el territorio y la red intersectorial. En este sentido, la APS se vuelve esencial para la universalización del derecho a la salud, de manera equitativa y, por lo tanto, una herramienta clave para el logro de los ODS de la Agenda 2030 de la ONU.

Sin embargo, a menudo es una línea de atención que sufre de falta de financiación y retrocesos en las políticas dirigidas a su organización. Por lo tanto, orientar la atención primaria y la salud pública en las agendas de salud global y de los países para que exista una priorización política en el fortalecimiento e inversión en este nivel de atención es una forma de afirmar la salud como un derecho de todas las poblaciones. Además, la APS es esencial para mejorar la resolución y evitar la carga de otros niveles de atención y puede hacer realidad el acceso universal a la salud.

En ambos países, los técnicos en salud representan más de un tercio de todos los recursos humanos de atención primaria, y en los lugares periféricos pueden incluso la principal fuerza de trabajo. Entre el personal técnico, la categoría más común son los técnicos y asistentes de enfermería, pero otras categorías, como los técnicos de salud bucal, de laboratorio y de radiología, también son fundamentales para el buen funcionamiento de los servicios. Además, los agentes de salud comunitarios y los agentes indígenas son importantes para acercar los servicios al territorio y actuar como motivadores de una cultura para la salud.

Se observó que una misma categoría puede desempeñar diferentes funciones y tener demandas formativas específicas, dependiendo del territorio en el que trabajen, ya sea en un entorno urbano o rural, por ejemplo, o del tipo de población a la que atiendan, como es el caso de los técnicos en atención a personas mayores o de las matronas. Así, es evidente la necesidad de revisar los currículos y metodologías para que sean capaces de respetar las diferencias regionales e incluir los temas de salud pública, determinantes sociales en salud y salud mental en la formación de técnicos. Con este fin, es necesario evitar las perspectivas tecnicistas en la formación, comunes en las redes de educación privada, así como las prácticas sanitarias que ignoran la dimensión comunitaria, tan apreciada por la APS. Las reformulaciones en los currículos de los técnicos en salud deben llevarse a cabo en colaboración con los Ministerios de Salud y de Educación y validarse con gerentes, equipos y usuarios, con el alcance de la prevención, la atención comunitaria y las cuestiones interculturales.

En el debate, fue posible percibir que la definición de quiénes son los técnicos en salud, en los diferentes países, sigue siendo un desafío. Estos recursos humanos son clave para lograr el acceso universal a la salud. Así, respetando las diferentes realidades de los países, se evidenció la necesidad de realizar investigaciones sobre las categorías, funciones y formación de los técnicos, así como sobre cómo se puede mejorar el trabajo interdisciplinario. Todo ello requerirá un esfuerzo de investigación y articulación en el campo de la salud global y, de manera interdisciplinaria, análisis del impacto social, financiero y educativo para la inclusión de nuevas categorías de trabajadores en los sistemas nacionales de salud.

Es necesario invertir en la producción de conocimiento e información sobre recursos humanos de salud que sean capaces de valorar la diversidad de profesionales necesarios para el buen funcionamiento de los servicios, especialmente aquellos históricamente invisibles como técnicos en salud, camillas o personal de limpieza. Por lo tanto, también es urgente desarrollar políticas públicas que aborden estas categorías. Esta discusión que tomó forma en la pandemia necesita ser reforzada, a través de inversiones en investigación y difundida en actividades de divulgación científica, educación en salud y apreciación de profesionales, como las actividades desarrolladas por redes que trabajan con estos temas.

Las condiciones de trabajo de los técnicos a menudo reflejan las desigualdades históricas y estructurales relacionadas con ellos, pero también nuestras sociedades

en su conjunto, lo que demuestra la importancia de construir acciones y formación en salud con determinantes sociales como base. “Nos ocupamos de las desigualdades históricas que lamentablemente nos unen, así como del deseo de su transformación”, dijo Márcia Morosini. Y si estas condiciones afectan a los técnicos en general, se vuelven aún más significativas para las mujeres, francamente la mayoría en la categoría, que sufren de la precariedad del trabajo y el doble turno, a menudo enfrentando situaciones de vulnerabilidad.

Como señaló Isabella, los técnicos son “los que están más cerca del cuerpo humano, están más cerca en su trabajo, en los cuidados, a pie de cama, en el territorio”. Viven un proceso de invisibilidad, capaces de causar sobrecarga, desviación de función, problemas de salud mental e, incluso, como vimos durante la pandemia, mayor exposición a riesgos que causan más enfermedades y muertes.

La visibilidad dada al trabajo de los profesionales de la salud durante la pandemia debe llegar a todos los trabajadores del sector y traducirse en políticas públicas, centrándose en una educación permanente y de calidad y un modelo de gobernanza capaz de producir mejoras en la vida diaria de los servicios, la seguridad social y los entornos laborales y salarios adecuados.

Es urgente invertir en mejorar las condiciones de salud, especialmente en lo que respecta a la gestión del trabajo de los técnicos, para que realicen sus actividades laborales con bioseguridad y también en entornos libres de acoso moral. Las actividades que discuten y trabajan en la salud mental de los trabajadores de la salud son necesarias. Estructuras jerárquicas muy rígidas, centradas en el médico y donde el manejo es individualizado pueden favorecer este tipo de problemas. Por ello, se recomienda desarrollar y fortalecer políticas públicas que favorezcan la gestión compartida en salud, ayuden en la construcción de relaciones laborales colaborativas y en la mejora de las condiciones de trabajo entre profesionales de diferentes niveles de formación y desempeño.

“

Nos ocupamos de las desigualdades históricas, que lamentablemente nos unen, al igual que el deseo de su transformación nos une.

Marcia Morosini

”

Durante el taller, se observó la necesidad de desarrollar una metodología para el diálogo entre diferentes saberes. La propuesta es que varios grupos, especialmente aquellos que son más vulnerables, como las poblaciones indígenas o inmigrantes, discutan y accedan a la atención médica adecuada a sus prácticas culturales. Sólo prestando atención a las formas específicas de coparticipación de estas poblaciones podremos lograr el acceso universal a la salud.

La coparticipación también se refiere a la gobernanza, de modo que incluya a las entidades y personas que trabajan en la educación y la salud y también a las que viven en comunidades. Esta comunidad es capaz de contribuir al seguimiento, evaluación y revisión de los servicios, con el fin de satisfacer las demandas específicas de las poblaciones, sino también para reconocer e incorporar las estrategias y recursos ya desarrollados por las comunidades para hacer frente a sus problemas cotidianos. Los ACS o los agentes de salud autóctonos son ejemplos de la riqueza de la contribución institucionalizada de las comunidades, pero también hay que desarrollar nuevos protagonistas y estrategias.

De la discusión sobre APS, la agenda 2030 y la formación y trabajo de los técnicos en salud surgieron las particularidades de los sistemas nacionales de salud presentes. En el debate, estas diferencias mostraron la potencia de las redes que nos permitieron aprender de la heterogeneidad y comprender que estamos conectados en la búsqueda de aprendizajes y soluciones capaces de construir un mundo más saludable y justo.

OFICINA 2 - INTERCULTURALIDAD Y LA FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD

CICLO DE TALLERES

La formación y el trabajo de técnicos en salud en el mundo post-Covid

Taller 2 Interculturalidad y la formación de técnicos en salud

PONENTES

APERTURA

Hernán Sepúlveda (OPS/OMS)

ENLACES PARA LA TRANSMISIÓN
 Portugués: <https://youtu.be/88qEBxkduYo>
 Español: <https://youtu.be/qZgTJXQQPQ0>

MEDIADOR

Carlos Batistella (EPSJV/Fiocruz) Brasil

Fecha: 12 de julio de 2022
Hora: 10h às 12h (hora de Brasília)

5 de julio de 2022

Videos del evento:

Português

Espanhol

MESA DE ABERTURA:



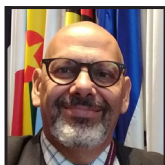
CARLOS EDUARDO BATISTELLA

Coordinador de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).



HERNÁN SEPÚLVEDA

Asesor en Recursos Humanos para la Salud del Programa Subregional para América del Sur (SAM-Opas/OMS).



SEBASTIÁN TOBAR

Asesor del Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS/ Fiocruz).

NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS:



ANA LÚCIA PONTES

Profesora-investigadora de la Escuela Nacional de Salud Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Brasil.



HERMINIA LLAVE NINA

Jefa de carrera de Enfermería en la Escuela Nacional de Salud/ Ministerio de Salud y Deportes (ENS/MSyD), Bolivia.



JANETE ISMAEL MABUIE GOVE

Profesora-investigadora del Instituto Superior de Ciencias de Saúde (ISCISA), Mozambique.





PERGUNTAS DINAMIZADORAS

¿En qué medida se ha tenido en cuenta la dimensión de la interculturalidad en las políticas de salud de su país? ¿Cómo evitamos que la identidad étnica y cultural de los usuarios represente una barrera para el acceso a la atención médica? ¿Cómo conciliar las tensiones culturales entre las prácticas de la medicina “moderna” occidental y la medicina tradicional? ¿Cómo ayudan los procesos de formación y participación comunitaria a superar la perspectiva de la “tolerancia” con lo culturalmente diverso y a construir una relación de interculturalidad efectiva, donde las relaciones de alteridad pueden fortalecerse, enriquecerse y transformarse mutuamente? ¿Qué competencias necesita el personal de salud para entablar un diálogo intercultural y tener calidad en la promoción de la salud? ¿Cómo garantizar la participación de la comunidad en la planificación y la resolución de problemas? ¿Cómo evitar que el riesgo de que la interculturalidad se convierta en un discurso de asimilación de los grupos sociales, en el que se revaloricen las prácticas tradicionales, pero se dejen de lado el análisis y la intervención sobre los determinantes históricos de sus condiciones de vida?

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

La pandemia de COVID-19 afectó a diferentes poblaciones de manera desigual. Mientras que en algunos lugares era aún más desafiante y letal, en otros los aspectos culturales ayudaron a desarrollar acciones de protección. Fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) en la respuesta a las demandas y necesidades de estas personas implica discutir el tema de la interculturalidad en la formación de los trabajadores de la salud. Esta es una condición esencial para promover la universalidad del acceso, garantizando la equidad y la integridad de la atención.

Uno de los grandes desafíos impuestos a los sistemas nacionales de salud es el reconocimiento de las particularidades y necesidades de grupos específicos de población, generalmente vulnerables social y económicamente debido a su origen étnico-racial y cultural. Los procesos de colonización y racismo estructural, así como las diferencias religiosas, los movimientos migratorios y la xenofobia, aumentan la vulnerabilidad de estas personas. Aun considerando que estos procesos ocurren de manera diferente, debido a las contingencias históricas y geopolíticas de cada

país, es claro que existe un conjunto de prácticas institucionales, culturales e interpersonales que promueven la segregación y marginación de ciertos grupos. También está la negación del derecho a la libre determinación y la devaluación de las culturas, además de restringir el acceso a las oportunidades.

Varios países han tomado medidas de reparación para reducir estas disparidades y garantizar los derechos de ciudadanía para todos. En el campo de la salud, a través de programas y políticas de atención, varias iniciativas interculturales buscan el reconocimiento e integración de epistemologías, tecnologías y prácticas curativas tradicionales. La consideración de estas diferencias por parte de los sistemas de información en salud es un paso fundamental para la definición de intervenciones e indicadores adecuados para su seguimiento. De acuerdo con la [Política de Etnicidad y Salud](#), aprobada por unanimidad en 2017 por los estados miembros de la OPS/OMS, abordar las desigualdades va más allá de garantizar el acceso a programas y acciones de salud: implica la plena participación de los pueblos indígenas, negros, romaníes y otros en los procesos de formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas sociales. Comprender la cosmovisión, es decir, la concepción del mundo propia de cada una de estas poblaciones es esencial para comprender la producción social de salud/enfermedad/cuidado en cada contexto. La articulación entre las prácticas institucionalizadas y tradicionales en los servicios de salud puede contribuir a la integralidad y solidez del sistema.

Por otro lado, un discurso que se limita a la tolerancia y legitima las barreras lingüísticas, el racismo y el desprecio de algunos profesionales por las creencias y expectativas de sus pacientes y profesionales de la salud tradicionales representan obstáculos para el establecimiento de acciones sanitarias resolutivas. La salud verdaderamente intercultural requiere la cualificación de su fuerza de trabajo – institucional y comunitaria – que permita el diálogo de conocimientos, capaz de promover una atención sanitaria adecuada, oportuna, culturalmente relevante y no discriminatoria. En este sentido, el tema de la interculturalidad debe incluirse en el diseño de los planes de estudio de las carreras técnicas y profesionales en salud. Después de todo, el trabajo intercultural en salud requiere un conocimiento profundo de las tradiciones de un pueblo y las necesidades de poblaciones y grupos culturalmente diversos, respetando su participación en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

MESA DE APERTURA

El segundo taller trajo al debate los retos y posibilidades de la interculturalidad en salud a través de la formación y el trabajo de los técnicos del sector. También mostró la importancia que las redes pueden asumir cuando mejoran la diversidad y democratizan los espacios de discusión. Además, reforzó la centralidad de la APS en la creación de vínculos entre territorios y otros niveles del sistema de salud, así como la necesidad de construir políticas y prácticas atentas a los determinantes sociales de la salud. En este ambiente, Sebastián Tobar comenzó el evento con un agradecimiento a las personas e instituciones participantes, seguido de la bienvenida. Posteriormente, invitó a Hernán Sepúlveda, de SAM-OPS/OMS, y Carlos Batistella, de EPSJV/Fiocruz, a realizar sus discursos para contextualizar el tema.

Hernán Sepúlveda, a su vez, recordó la **Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas**, que, en su artículo 24, establece el derecho a la salud de estas poblaciones, respetando sus propios medicamentos y la conservación de sus elementos naturales de interés vital, como plantas y minerales. Al mismo tiempo, el documento también exige que los estados garanticen el acceso a la salud pública.



DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS



Adoptada en 2007, [la Declaración](#) reconoce el derecho a la diferencia de todos los pueblos y la forma en que cada uno de ellos contribuye a la riqueza de las civilizaciones y culturas. Busca contribuir a la reparación de las injusticias históricas sufridas por los pueblos indígenas debido a los procesos de colonización, y afirma que la autonomía, el conocimiento y las prácticas tradicionales de estos pueblos contribuyen al desarrollo sostenible y equitativo.

Fuente: ONU, 2008.

El desafío que plantea el derecho a la salud de estas poblaciones es parte del equilibrio entre la cobertura que ofrecen los sistemas nacionales de salud y el respeto por las diversas tradiciones de estos pueblos. Factores como la dispersión geográfica, la falta de estructura sanitaria y el acceso a los servicios de salud en sus territorios de origen son factores que complican el logro de la salud universal.

Por lo tanto, discutir la interculturalidad refuerza la necesidad de fortalecer la APS como la principal estrategia de atención. Sin embargo, la mayoría de los países siguen dando prioridad a sus esfuerzos en los niveles de atención secundaria y terciaria. Hernán, basándose en el ejemplo de hacer frente a la pandemia de COVID-19 en los países sudamericanos, informó que la mayoría de los gobiernos invirtieron en alta complejidad y pocos se comprometieron a fortalecer la detección temprana desde la atención primaria, lo que a menudo significó la manifestación de enfermedades graves y la sobrecarga de hospitales.

En vista de ello, es esencial la inversión en recursos humanos con incentivos para trabajar en zonas más alejadas y desfavorecidas y una formación atenta a los determinantes sociales de la salud. En este escenario, la APS y su capacidad resolutiva adquieren centralidad, ya que a partir de ella los profesionales de la salud trabajan diariamente en el territorio y pueden construir vínculos y relaciones de confianza con las poblaciones originarias, lo que hace más efectivo el trabajo en salud.

Los planes de estudio de los diferentes niveles de formación profesional deben centrarse también en la interculturalidad. Para atender a grupos y comunidades históricamente desatendidas, la **Estrategia de Recursos Humanos** de la OPS/OMS destaca la demanda de descentralizar la oferta a la capacitación profesional en el área de la salud y admitir una perspectiva intercultural de relevancia social. “La propuesta de descentralizar la formación significa llevar los centros de formación y

“

La propuesta de descentralizar la capacitación significa llevar la capacitación y los centros de salud a las comunidades para que haya, de hecho, una interlocución entre la salud, la educación y los pueblos tradicionales.

Hernán Sepúlveda

”

atención a las comunidades para que haya, de hecho, un diálogo entre la salud, la educación y los pueblos tradicionales”, dijo el asesor del SAM-OPS/OMS. Concluyó subrayando que las competencias interculturales eran fundamentales para hacer frente al COVID-19 y que seguirán siendo indispensables, entre muchas otras cosas, en los esfuerzos permanentes y futuros para prevenir e inmunizar a las poblaciones tradicionales.



ESTRATEGIA DE RECURSOS HUMANOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

[La Estrategia](#) representa un compromiso firmado por los países de las Américas para orientar las políticas nacionales en materia de recursos humanos para la salud. El documento considera la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia y competencia de los mismos como aspectos fundamentales para asegurar la cobertura y el acceso universal a la salud, así como para alcanzar los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Fuente: OPS, 2017.

En su intervención, Carlos Batistella destacó la existencia de una multiplicidad de experiencias de interculturalidad en el área de la salud, que son capaces de inspirarnos a construir prácticas que contemplen las especificidades y diversidad de los pueblos originarios. Entre ellas, destacó las experiencias de Bolivia, Mozambique y Brasil, a cargo de Herminia Llave Nina, Janete Mabuie y Ana Lúcia Pontes.

RELATOS DE EXPERIENCIAS LOCALES

LA INTERCULTURALIDAD COMO COMPONENTE DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Graduada en Educación y Enfermería y con un máster en Salud Pública, Hermínia Llave Nina ocupa el cargo de jefa de carrera de Enfermería en la Escuela Nacional de Salud (ENS), Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia. Con amplia experiencia

en el apoyo a los pueblos indígenas, en el departamento de Potosí, Herminia comenzó su exposición destacando cómo la interculturalidad forma parte de la constitución política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Su fundamento jurídico está recogido en el artículo 3 de la [Constitución Política del Estado](#) (2009), que establece que “la nación boliviana está conformada por todos los bolivianos y bolivianas, naciones y pueblos indígenas de origen campesino, y comunidades interculturales y afro bolivianas que en conjunto constituyen el pueblo boliviano” y en el artículo 30, que afirma la necesidad de valorar y promover los conocimientos, medicinas, idiomas, símbolos y vestimenta tradicionales. Según ella, 62% de la población pertenece a los pueblos originarios.

El reconocimiento intercultural también se refleja en el Sistema de Salud, que incluye la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas, originarios y del campo, y puede usarse de forma independiente o junto con la medicina biomédica. En este sentido, la garantía de la ciudadanía plena a todos los grupos poblacionales específicos, reconociendo las vulnerabilidades derivadas de los orígenes sociales, raciales y étnicos de cada uno y del proceso colonial, fue fundamental en la conformación de un nuevo **Modelo de Atención y el Modelo de Gestión Sanitaria en el Marco Comunitario Intercultural de Salud Familiar (SAFCI)**, establecido a partir del Decreto Supremo 29.601, de 2008.



MODELO DE ATENCIÓN Y MODELO DE GESTIÓN SANITARIA EN EL MARCO DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI)

La [política de salud](#) conecta a los profesionales de la salud y los médicos tradicionales con la persona, la familia, la comunidad y la Madre Tierra. Busca contribuir a la eliminación de la exclusión social en salud y a la mejora de las condiciones de vida de la población. Su organización se fundamenta en la gestión participativa, el control social y la Atención Integral Intercultural en Salud.

Fuente: Bolivia, 2013.

El sistema único de salud boliviano se establece a partir de la articulación entre la medicina biomédica y la medicina tradicional. Así, médicos, enfermeras, médicos tradicionales y parteras tradicionales trabajan de manera coordinada, en base a visitas domiciliarias en diferentes comunidades.

La formación del personal técnico de salud prepara a los estudiantes para actuar de manera intercultural, incluyendo en el plan de estudios, por ejemplo, las lenguas nativas. Además, temas como el colonialismo, la descolonización y la medicina tradicional son transversales en la formación y capacitación de técnicos. “En la formación, los técnicos pueden conocer la diversidad social, histórica, cultural y lingüística del contexto nacional y apropiarse de ellos en beneficio de su desempeño profesional, de la interculturalidad y de la atención integral”, dijo Herminia. La educación superior también busca capacitar a los recursos humanos de manera integral, con habilidades profesionales, humanas, sociales, políticas y culturales.

Actualmente, según ella, la formación busca capacitar técnicos para actuar, especialmente en el primer nivel de atención, articulando conocimientos biomédicos y tradicionales, lenguas nativas y sentimientos de pertenencia que colaboran con el fortalecimiento del sistema único de salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

Según Herminia, invertir en esta capacitación intercultural tuvo impactos positivos en la pandemia de COVID-19, cuando muchas personas recurrieron a la medicina tradicional, especialmente en comunidades más alejadas de los centros urbanos. En ese momento, el Ministerio de Salud buscó fortalecer la APS, con acciones de vigilancia comunitaria, a través de visitas domiciliarias y derivación para tratamiento con medicina convencional en los casos identificados. La medicina tradicional se usa comúnmente entre los pueblos indígenas, en ciudades pequeñas e intermedias, y entre la clase media.

“

En la formación, los técnicos pueden conocer la diversidad social, histórica, cultural y lingüística del contexto nacional y apropiarse de ellos en beneficio de su desempeño profesional, de la interculturalidad y de la atención integral.

Hermínia Llave Nina

”

Para estas personas, los equipos de salud también llevaron a cabo un trabajo educativo, en el que simultáneamente ofrecieron una guía de medicina tradicional para abordar el COVID-19 y sensibilizaron a la población para que aceptara el tratamiento biomédico y las vacunas.

Acceda a la [presentación](#) de Herminia Llave en el taller.

SUPERAR LA DISCRIMINACIÓN PARA FORTALECER LA INTERCULTURALIDAD

Janete Mabuie, licenciada en Nutrición por el Instituto Superior de Ciencias de Salud en Maputo - Mozambique, donde trabaja como profesora e investigadora, y máster en Alimentación y Nutrición por la Universidad Federal de Paraná (UFPR) - Brasil, comenzó su presentación destacando cómo las prácticas tradicionales de salud prevalecen con gran vigor en su país, que se encuentra en la Región Sur de África Subsahariana.

Según ella, en 2004, Mozambique aprobó su **Política de Medicina Tradicional**, que, siguiendo el concepto de salud propuesto por la OMS, vincula la idea de bienestar físico, mental y social con la salud tradicional, las historias y culturas de los pueblos y sus condiciones socioeconómicas.



POLÍTICA DE MEDICINA TRADICIONAL Y ESTRATEGIA DE SU IMPLANTACIÓN

La [Política](#) pretende integrar las prácticas y medicinas tradicionales en el Sistema Nacional de Salud. Destaca la importancia de demostrar la seguridad y la calidad de estos métodos y, por lo tanto, fomenta la investigación en este campo. Es a través de esta política que el Ministerio de Salud, en colaboración con los profesionales de la medicina tradicional, tiene como objetivo garantizar la práctica segura, efectiva y sostenible de la salud intercultural.

Fuente: Mozambique, 2004.

Las políticas de salud de Mozambique abarcan la dimensión intercultural de la actuación de los médicos tradicionales, organizada en la Dirección Nacional de Medicina Tradicional y la Asociación de Médicos Tradicionales (Ametramo). Generalmente, a los practicantes de la medicina tradicional se les llama curanderos, es decir, portadores de un don heredado de sus antepasados. Según Janete, “los practicantes son vistos como capaces de tratar diversas enfermedades, restaurar la suerte e incluso ayudar a resolver problemas no resueltos en la medicina formal, a través de la encarnación de espíritus o el uso de oraciones y plantas”. Además, contribuyen al sistema nacional de salud, tanto en la prestación de cuidados como en la educación sanitaria basada en buenas prácticas. Como ejemplo, Janete citó el desempeño de los médicos tradicionales y líderes comunitarios en el contexto de la pandemia de COVID-19, cuando se involucraron y trabajaron para guiar las medidas de protección y el uso de plantas medicinales nativas contra la enfermedad.

En el país, las comunidades tradicionales locales tienen su propia organización social, con sus costumbres, idiomas y tradiciones. Además, debido a las grandes distancias entre esas comunidades y los centros de salud, las poblaciones siguen teniendo dificultades para acceder adecuadamente al sistema. La dificultad de acceso amplía la búsqueda de atención tradicional incluso en los casos en que la medicina convencional podría ser más oportuna y eficaz. Para ella, si se pudiera acceder a los servicios cuando aparecen los primeros síntomas de una enfermedad, no

iban a recibir pacientes a menudo en un estado clínico avanzado. “Esto llama la atención sobre la necesidad de crear una buena articulación entre los dos medicamentos: tanto la medicina convencional como la tradicional”, dijo.

La profesora mozambiqueña explicó que, si bien las prácticas tradicionales de salud forman parte de los hábitos de las poblaciones del país, es posible ver que

“

Los practicantes de la medicina tradicional son vistos como capaces de tratar diversas enfermedades, restaurar la suerte e incluso ayudar a resolver problemas no resueltos en la medicina formal.

Janete Mabuie

”

aún no están completamente consolidadas como una política de salud pública. Esto es consecuencia de la marginación histórica de los profesionales de la medicina tradicional, que genera la desmovilización de esta forma de atención y descontento para estos profesionales.

Según Janete, para superar la lógica de la tolerancia en la salud y construir una atención verdaderamente intercultural, es esencial una buena articulación entre las distintas medicinas. Esto comienza con la participación comunitaria y la creación de políticas públicas que contemplen normas y protocolos factibles, de acuerdo con los contextos específicos de las comunidades. También enfatizó que es necesario invertir en el desarrollo comunitario a través de la mejora de los recursos sanitarios, la mejora de las condiciones de vida y el fortalecimiento de los líderes locales.

Para ella, además del reconocimiento de las prácticas, es necesario conciliar las tensiones culturales entre la medicina tradicional y la medicina occidental. También es conveniente realizar investigaciones que permitan identificar los conocimientos populares tradicionalmente utilizados en la prevención y el tratamiento de enfermedades y que apoyen la elaboración de políticas de salud pública no exclusivas. Para calificar la articulación entre las dos formas de atención, también es importante ampliar la representatividad de los profesionales de la medicina tradicional, respetando la diversidad de los pueblos en los diferentes espacios de salud, incluso en los momentos de toma de decisiones.

Para superar las barreras al acceso a la atención médica en una perspectiva intercultural, Janete también destacó el mayor reconocimiento del proceso histórico y social de la atención tradicional por parte de profesionales de la salud, gestores y tomadores de decisiones. "Tenemos que pensar en este tema del abandono, la criminalización, la demonización y la adopción de reglas y protocolos ejecutivos, sin querer quitarle el poder a quienes tienen estas autoridades para cambiar los protocolos. Nuestros protocolos siguen muy estancados, porque están diseñados y no salimos del papel. En la práctica, no pasa nada", dijo.

Ella cree que el trabajo educativo y de sensibilización con profesionales de la medicina convencional es una prioridad para superar esta perspectiva discriminatoria. Sólo así será posible mejorar la articulación entre la prevención y el tratamiento de las enfermedades y también la preservación cultural y la vida humana.

Según la investigadora, la única manera de que se produzca una transformación en el reconocimiento que se da a los médicos tradicionales y también en la atención que estos ofrecen a sus pacientes, que a menudo son víctimas de discriminación y malos tratos cuando acuden al sistema sanitario con pruebas de que han utilizado previamente algún tratamiento tradicional. Estos factores demuestran que la revisión de los planes de estudio de los cursos de los profesionales de la salud es igualmente esencial para difundir una concepción más holística de la salud y para expandir la interculturalidad en la promoción de la salud, basada en los diferentes paradigmas existentes dentro de una comunidad. También son necesarias otras iniciativas de educación sanitaria basadas en el respeto y la valoración de las prácticas tradicionales de cuidado. “Venimos aprendiendo y juntos hemos aprendido, así que sigamos aprendiendo juntos, tanto para la medicina occidental como para la medicina tradicional”, argumentó.

Janete concluyó llamando la atención sobre el hecho de que la medicina tradicional es dinámica, al igual que la ciencia. Algunas plantas nativas, por ejemplo, pasan por procesos de estacionalidad, o incluso extinción, y los médicos tradicionales, como portadores de un conocimiento vivo, construyen otras formas de cuidado con los recursos disponibles.

Acceda a la [presentación](#) de Janete Mabuie en el taller.

“

Venimos aprendiendo y juntos hemos aprendido, así que sigamos aprendiendo juntos, tanto para la medicina occidental como para la medicina tradicional.

Janete Mabuie

”

LA EXPERIENCIA FORMATIVA DE LOS AGENTES INDÍGENAS DE SALUD

Graduada en Medicina, Máster e doctora en Salud Pública, Ana Lúcia Pontes es investigadora en las áreas de salud, epidemiología y antropología de los pueblos indígenas y profesora titular en varios programas de posgrado. Además, actúa como defensora de líderes indígenas, enfocada en la capacitación tradicional de agentes comunitarios en salud indígena y es coordinadora del grupo de trabajo

de salud indígena de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco), donde también contribuyó al tratado de derechos indígenas.

Ana Lúcia comenzó su presentación mostrando algunos datos sobre quiénes son los indígenas brasileños que sobreviven a la historia de genocidio de millones de personas y más de mil pueblos. Según ella, en la década de 1970, se creía que estas poblaciones desaparecerían por muerte o asimilación cultural, pero, a partir de la década de 2000, hubo un crecimiento de la población y un aumento de aproximadamente 300,000 a casi un millón de indígenas. Viven en todos los estados de la federación y ocupan alrededor del 12% del territorio nacional, principalmente en la Amazonía Legal, aunque, según el Censo de 2010, alrededor de un tercio de esta población se encuentra en zonas urbanas o ha optado por el aislamiento voluntario.

En total, hay más de 300 pueblos, con 270 lenguas y, a pesar de esta diversidad, hay poca producción de información sobre estas poblaciones. También existen varias barreras al acceso al sistema de salud, que empeoran las condiciones de vida de estas poblaciones que padecen los mayores indicadores de morbilidad y mortalidad y una doble carga de enfermedades, con una alta prevalencia de enfermedades transmisibles y causas prevenibles y una creciente aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, los pueblos indígenas aún enfrentan ataques recurrentes y violentos en la región de la Amazonía Legal.

En 1988, la entrada en vigor de la actual Constitución Federal fue fundamental para promover cambios importantes en la relación entre los pueblos indígenas y el Estado brasileño. En primer lugar, el artículo 231 reconoce la organización social, las costumbres, los idiomas, las creencias y las tradiciones de esos pueblos, así como el derecho a las tierras que tradicionalmente han ocupado. Además, subraya que es deber de la Unión demarcar estas tierras, proteger y hacer respetar todos sus bienes. El artículo 232, al afirmar la posibilidad de que las comunidades y organizaciones indígenas ingresen a la justicia en defensa de sus derechos e intereses, reconoce la autonomía de estos pueblos.

La Constitución también establece el derecho universal a la salud en Brasil, a través del Sistema Único de Salud (SUS), creado a partir del movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña. En el caso de las demandas de salud de las poblaciones indígenas, un hito clave fue la **Conferencia Nacional sobre la Protección de la Salud de los Indios**, celebrada en 1986.



CONFERENCIA NACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS INDIOS

La [Conferencia](#) reunió a varias naciones indígenas y profesionales de la salud, así como a antropólogos e instituciones indígenas. En su informe final, destacó la relación de la salud indígena con la ocupación del territorio, la integridad de sus ecosistemas y la plena ciudadanía. Ha guiado el acceso a los servicios de salud, respetando las especificidades étnicas presentes en el país y la creación de un organismo vinculado al Ministerio de Salud con la participación de representantes de naciones indígenas en todos sus procesos.



Fuente: Brasil, 1986.

En 1999 se creó el Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SESAI) y en 2002 se instituyó la Política Nacional de Atención a la Salud Indígena. Sólo en 2010 se creó la Secretaría Especial de Salud Indígena, perteneciente al Ministerio de Salud. Ante esta historia, la profesora e investigadora reflexionó que "la interculturalidad también pasa por la dimensión política. No es solo en educación, no es solo en el servicio de salud, sino que es en el espacio a veces político de la legislatura, el poder judicial y las políticas de salud". En todos estas esferas, los pueblos indígenas se han enfrentado a estereotipos, racismo y prejuicios, y han tenido que luchar para ocupar, cada vez más, los espacios políticos.

Según Ana Lúcia, actualmente, la atención sanitaria de estos pueblos está dividida en 34 Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI), que buscan respetar las formas de ocupación y la diversidad étnica de los diferentes territorios. Su estructuración tiene un nivel primario de atención en las comunidades articulado con equipos de referencia y la red de SUS, que ofrece continuidad de atención en las llamadas Casas de Salud Indígena, ubicadas en las ciudades.

Para ella, a pesar de los marcos legales existentes, el modelo de atención a las poblaciones indígenas sigue siendo bastante convencional y piramidal. Aunque las poblaciones utilizan la medicina tradicional y la medicina biomédica sin conflictos, la atención iniciada en las unidades familiares a través de plantas, dietas y bendiciones a menudo choca con el prejuicio, la discriminación y el autoritarismo de los profesionales de la salud, explicó.

“

La interculturalidad también pasa por la dimensión política. No es solo en educación, no es solo en el servicio de salud, sino que es en el espacio político de la legislatura, el poder judicial y las políticas de salud.

Ana Lúcia Pontes

”

Tras señalar que es necesario invertir en la formación de recursos humanos para trabajar con la salud indígena, la investigadora presentó las dinámicas del Curso Técnico de Agente de Salud Comunitaria Indígena (CTACIS), realizado en la Región Alto Río Negro, bajo la coordinación de Fiocruz. Este territorio, con tierras demarcadas desde 1980, presenta una gran diversidad étnica, un fuerte movimiento indígena y una educación escolar indígena estructurada, características que permitieron a las poblaciones percibir la situación precaria de los Agentes de Salud Indígena (AIS) en la región, hasta entonces sin formación específica y sin un papel sociopolítico relevante.

De acuerdo con Ana Lúcia, este contexto llevó a los líderes indígenas locales a solicitar un proceso formativo que resultara en un aumento de la escolarización y profesionalización de los AIS. En este sentido, los indígenas iniciaron el proceso formativo cursando el nivel secundario y, posteriormente, realizaron el curso técnico, concluido en 2015. El marco curricular construido se comprometió a promover la salud, valorar los conocimientos tradicionales y adaptarse al contexto sociocultural, al escenario epidemiológico y al marco político regional.

El curso, realizado en modalidad presencial en su parte teórica y semipresencial para prácticas profesionales, tuvo una carga de trabajo total de 1.440 horas. Contó con casi 200 inscritos, divididos en cinco clases en diferentes localidades, de los cuales 139 completaron la capacitación, que abordó temas como el cuidado

materno infantil, la vigilancia nutricional, la intersectorialidad y la política indígena e indigenista. Se utilizaron diferentes estrategias didácticas, siempre vinculadas a las prácticas locales, lenguas indígenas y profesionales de la salud que trabajan en la región.

Para la profesora, la producción de material didáctico fue especialmente desafiante para los profesores, dada la escasez de materiales similares. Desarrollar una obra que fomentara un modelo de atención capaz de superar el modelo biomédico, centrado en la enfermedad y curativo, y que fomentara la APS, la vigilancia de la salud y los conocimientos tradicionales fue la motivación durante todo el proceso. Sin embargo, tal esfuerzo encontró muchas barreras por parte de otros profesionales de la salud que tuvieron dificultades en reconocer el EIS como un articulador y mostró que todavía hay mucho por hacer para tener interculturalidad en la salud en Brasil.

Acceda a la [presentación](#) de Ana Lúcia Pontes en el taller.

Más información: [material didáctico de CTACIS](#) y [Juego Sembrando el cuidado](#).

SÍNTESIS DEL DEBATE

El taller fue una oportunidad para discutir la interculturalidad en la capacitación y el trabajo en salud, ya que presentó un panorama muy diverso del tema, basado en políticas y estrategias utilizadas en Bolivia, Mozambique y Brasil. Además, se examinaron las dificultades históricas relacionada con el reconocimiento y la integración de las prácticas tradicionales en los sistemas nacionales de salud debido al racismo, la discriminación y el proceso colonial. Las tres experiencias relatadas permitieron constatar cómo la propia población, rural o urbana, valora e incorpora estos cuidados en sus procesos de salud-enfermedad-atención.

Se ha observado que la interculturalidad no sólo es significativa para las poblaciones tradicionales. La cuestión está relacionada con la democracia, la ciudadanía y la lucha contra las desigualdades, hacia la salud universal. “Es un asunto de salud mundial, en el sentido de que trasciende las fronteras de nuestros países. Por tanto, debemos cooperar y trabajar en red para tratar de atender a los grupos más vulnerables”, comentó Sebastián Tobar.

Dados los contextos migratorios cada vez más frecuentes en el campo de la salud global, la perspectiva intercultural es una invitación a la alteridad y la acogida, especialmente a los refugiados y migrantes sometidos a desplazamientos prolongados. El debate también incluyó cuestiones relacionadas con el cambio climático y el medio ambiente, teniendo en cuenta la importancia de la preservación y la interacción con los elementos naturales para la salud intercultural. El debate también incluyó cuestiones relacionadas con el cambio climático y el medio ambiente, teniendo en cuenta la importancia de la preservación y la interacción con los elementos naturales para la salud intercultural

“

Es un asunto de salud mundial, en el sentido de que trasciende las fronteras de nuestros países. Por tanto, debemos cooperar y trabajar en red para tratar de atender a los grupos más vulnerables.

Sebastián Tobar

”

En el taller se puso de manifiesto la necesidad de desarrollar y fortalecer marcos jurídicos que aborden cuestiones relacionadas con la interculturalidad, ya sea en la Constitución del Estado o en las políticas de salud pública y educación.

El evento también destacó que es esencial fomentar la participación de los líderes tradicionales en la toma de decisiones a través de la ocupación de cargos en la gestión pública y los espacios políticos. La representatividad de los líderes indígenas, y otros pueblos tradicionales, permite la construcción de políticas y prácticas asertivas vinculadas a las demandas y luchas de estas poblaciones. Asimismo, ayuda a fortalecer la capacidad histórica resiliente, auto organizadora y creativa de los pueblos originarios, que resisten a pesar de la violencia de los procesos coloniales. Su protagonismo también es fundamental, en los procesos formativos y en los espacios de trabajo. Esto significa que para que los marcos legales y las iniciativas interculturales sean efectivos y efectivos, es necesario construir acciones que prioricen el compromiso de la comunidad.

En las tres exposiciones fue posible percibir la centralidad de la educación para tener respeto y reconocimiento a las prácticas tradicionales de salud. La urgencia de invertir en la formación de profesionales de la salud pertenecientes

a poblaciones tradicionales se puso de manifiesto, a todos los niveles, mediante políticas de reserva de vacantes o cursos específicos en las comunidades, como el CTACIS, que tuvo lugar en el Brasil. También fue notoria la demanda de que la interculturalidad esté presente en los procesos formativos, de manera continua y transversal, en la educación básica y en la formación de técnicos en salud, como ocurre en Bolivia. “Abordamos la medicina tradicional no solo como algo que se debe aplicar simplemente, sino

como algo que se debe entender en el momento en que se ofrece en la atención médica de la población”, enfatizó Herminia Llave. Invertir en la cualificación de técnicos en salud en diferentes niveles de formación, trabajar con lenguas nativas y cuidados tradicionales es importante para aumentar la calidad de la salud de las personas.

Los informes de los tres países mostraron que, especialmente en la enseñanza superior, hay un gran desafío, pedagógico y metodológico, a superar en la articulación de la racionalidad biomédica con las cosmogonías indígenas, por ejemplo.

Las experiencias presentadas también mostraron la contribución de los pueblos tradicionales en la pandemia de COVID-19, al apropiarse de los conocimientos técnicos disponibles a fin de producir cuidados adecuados a su contexto, con textos traducidos a sus lenguas, ilustraciones creadas a partir de las realidades locales y narrativas coherentes con sus modos de vida.

Todo ello pone de manifiesto la importancia de que estas poblaciones sean reconocidas, como educadoras dentro y fuera de sus territorios de origen, ya que contribuyen para que toda la sociedad pueda aprender de sus estrategias de educación en salud, sostenibilidad y etnodesarrollo. Las iniciativas formativas que se construyen de manera intercultural pueden contribuir a ir más allá de los estereotipos, comprendiendo las dinámicas de la cultura y la experiencia de

“

Abordamos la medicina tradicional no solo como algo que se debe aplicar simplemente, sino como algo que se debe entender en el momento en que se ofrece en la atención médica de la población.

Hermínia Llave

”

las diferentes poblaciones en la búsqueda de sus derechos como ciudadanos. Asimismo, pueden permitir que los cambios experimentados por estas poblaciones no borren su identidad cultural étnica y su comunidad y pertenencia ancestral.

Otro desafío importante se refiere al desarrollo de esfuerzos de investigación relacionados con las prácticas de salud tradicionales. Sin embargo, es importante que estas investigaciones, que tienden a colaborar con la prevención y el tratamiento de enfermedades, la vigilancia y la promoción de la salud, y con la preservación del patrimonio cultural y ambiental, no estén marcadas solo por los límites y las lógicas de la ciencia occidental. En este sentido, Ana Lúcia Pontes destacó que el tema no es de prueba científica, sino de reconocimiento. Estos sistemas completamente distintos de lógica y mecanismos de legitimación deben ser reconocidos dentro de sus propios términos. Por lo tanto, es importante apoyar la realización de investigaciones y el registro de sus prácticas para que estas poblaciones tradicionales puedan ejercer el cuidado intercultural con respecto a los estándares de seguridad y calidad, preservando al mismo tiempo sus conocimientos sin condicionarlos a las lógicas de la biomedicina.

Las brechas en la formación de profesionales en materia de salud intercultural y la falta de reconocimiento, o discriminación, frente a las formas tradicionales de atención, generan sufrimiento y violencia en poblaciones ya vulnerables por diversos motivos. En el taller quedó claro el poder de guiar la salud intercultural desde los determinantes sociales, lo que incluye enfrentar temas relacionados con el racismo, el epistemicidio y otras violencias contra las poblaciones tradicionales, el desarrollo de la salud, la protección territorial y la priorización de la sostenibilidad. La promoción plena de la salud intercultural sólo puede existir cuando estas dimensiones se abordan adecuadamente.

Por último, el taller mostró que es fundamental potenciar la atención primaria, comunitaria y familiar, basada en el conocimiento local, para que, incluso en los territorios más remotos, estas poblaciones tengan acceso a una atención integral y de calidad, respetando sus tradiciones y sus vínculos colectivos.

Fue posible percibir que la interculturalidad es un desafío para los sectores dominantes, que deben reconocer su propio poder y privilegio y ampliar su apertura al diálogo. Es necesario que estos sectores dejen de actuar desde la perspectiva de la asimilación o la tolerancia, y consideren de hecho el intercambio de conocimientos, el reconocimiento de las diversidades étnicas y culturales que

constituyen la identidad de un país. Más que eso, necesitan entender, de hecho, la esencialidad de la toma de decisiones compartida basada en el principio de equidad y gestión democrática y participativa.

TALLER 3 - LA SALUD MENTAL Y LA FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD

CICLO DE OFICINAS

A formação e o trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-Covid

Oficina 3 Saúde Mental e a Formação de Técnicos em Saúde

DEBATEDORES

ABERTURA

MEDIADOR

Links para transmissão:
 Português: <https://youtu.be/41OOYVRIn-o>
 Espanhol: https://youtu.be/3QuQRc_Jubg

Data: 13 de setembro de 2022
Horário: 10h a 12h (hora de Brasília)

13 de setembro de 2022

Vídeos del evento:

Português

Espanhol

MESA DE APERTURA:



CARLOS EDUARDO BATISTELLA

Coordinador de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).



MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA

Secretaria ejecutiva de la Organización Andina de la Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).



SEBASTIÁN TOBAR

Asesor del Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS/ Fiocruz).

RELATOS DE EXPERIENCIAS LOCALES:



DÊNIS PETUCO

Profesor-investigador en EPSJV/Fiocruz, Brasil.



JESUS MORALES ROMERO

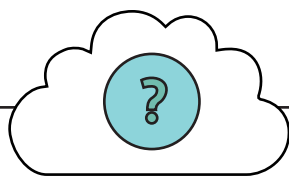
Profesor-investigador en la Universidad Central (UCEN), Chile.



JORGELINA DIORIO

Profesora-investigadora en la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.





PREGUNTAS DINAMIZADORAS

¿Cómo abordar el sufrimiento psíquico contemporáneo sin incurrir en una medicalización excesiva? ¿Qué nuevas aportaciones teóricas y alternativas terapéuticas se han incorporado en el área de la salud mental? ¿Cómo se establecen las políticas de salud mental en su país? ¿Cuál es el papel de los técnicos en salud en la satisfacción de las necesidades que esta área exige? ¿Qué iniciativas de formación en salud mental destaca en su país? ¿Hay trabajadores técnicos debidamente calificados para trabajar con la salud mental? ¿Cómo se insertan en las diferentes modalidades de atención a la salud? ¿En qué medida se han percibido los retos de la atención psicosocial en el trabajo y en la formación de los técnicos en salud?

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

La pandemia de COVID-19, además de millones de infectados y muertos, agravó el contexto de crisis en salud pública y otros sectores como la economía y la educación en varios países. Esta acumulación de problemas terminó trayendo demandas aún más complejas al campo de la salud mental, un área que reúne una serie de desafíos que deben enfrentar los sistemas nacionales de salud en el período posterior a la pandemia. La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido estratégica para dar respuesta a las demandas y necesidades de este campo, especialmente debido al trabajo de los técnicos que trabajan diariamente en los territorios, con las comunidades. En este sentido, se convierte en una prioridad invertir en la formación de este personal, con el fin de considerar aspectos teóricos y prácticos implicados en la atención psicosocial en la atención primaria.

Según el [Informe Mundial sobre Salud Mental](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en 2019, casi mil millones de personas en el mundo, incluido el 14% de los adolescentes, vivían con algún tipo de trastorno mental. El suicidio, por ejemplo, fue responsable de más de una de cada 100 muertes, y el 58% de los suicidios ocurrieron antes de los 50 años. La depresión y la ansiedad, a su vez, aumentaron en más del 25% solo en el primer año de la pandemia. Además, las desigualdades sociales y económicas, las emergencias de salud pública, las guerras y la crisis climática constituyen graves amenazas

estructurales mundiales para la salud mental. Por otro lado, la mayoría de la población mundial, especialmente las comunidades que viven en situaciones de mayor vulnerabilidad, aún no tiene acceso adecuado a la atención de salud mental o, a menudo, este acceso se limita a intervenciones farmacológicas.

Durante décadas, la salud mental ha sido una de las áreas más descuidadas de la salud pública, recibiendo una pequeña parte de los recursos que necesita. De acuerdo con el [Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013–2030](#), recientemente revisado y firmado por los Estados Miembros de la OMS, a pesar de los avances de la última década, la mayor parte del escaso gasto público en salud mental todavía se destina a los hospitales psiquiátricos, en lugar de a los servicios comunitarios de salud mental. Afrontar este escenario pone en la agenda la formación y el trabajo de los técnicos en salud, con el fin de aunar esfuerzos para promover la atención psicosocial, especialmente en territorios más alejados de los centros urbanos y en mayor situación de vulnerabilidad.

MESA DE ABPERTURA

Sebastián Tobar, asesor de CRIS/Fiocruz, inauguró el evento reafirmando el Ciclo de Talleres como un espacio privilegiado de intercambio, reflexión y aprendizaje. En él, a partir de experiencias concretas vividas en contextos locales, es posible orientar la salud global. Además, ha destacado que la iniciativa ha abierto posibilidades para formular propuestas sobre la formación y el trabajo de los técnicos en salud.

Para iniciar la discusión sobre el tema de la salud mental, Tobar destacó cómo los problemas relacionados con este campo causan mortalidad en la región de las Américas y que, a pesar de ello, persisten las desigualdades en el acceso a los servicios de atención psicosocial. La falta de información sobre el COVID-19 y la sobrecarga de recursos humanos de salud han traído demandas específicas relacionadas con los trastornos mentales y el consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Según él, experimentar la pandemia significaba enfrentar varios desencadenantes de ansiedad, estrés y dolor.

A continuación, Carlos Batistella, Coordinador de Cooperación Internacional de EPSJV/Fiocruz, dijo que la idea de un taller sobre salud mental surgió de una reunión del equipo de EPSJV/Fiocruz con representantes del programa subregional para de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Organismo Andino

de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). En ese momento, María del Carmen, secretaria ejecutiva del Organismo, advirtió sobre el preocupante aumento de los problemas de salud mental en el contexto post pandémico, especialmente entre los más jóvenes. Después de la reunión, fue invitada a la mesa de apertura del taller.

En el taller, María del Carmen comenzó su presentación conceptualizando la salud como aquella que, en su dimensión física, psicológica y social, permite al individuo lidiar con los factores estresantes de la vida cotidiana, al tiempo que contribuye a su comunidad. Ella recordó que, a lo largo de la vida, muchas situaciones traumáticas tienen un impacto en la salud mental de las personas. “En la pandemia, por ejemplo, durante un periodo prolongado y que para muchos se extiende hasta nuestros días, se produjo un aumento del estrés, el dolor y la incertidumbre. Al mismo tiempo, hubo una reducción en las posibilidades de contacto con la red de apoyo y una mayor exposición a los riesgos, lo que generó un aumento en la demanda de protocolos

de bioseguridad, especialmente entre quienes trabajan en salud”, dijo. “El estrés es el resultado de la adaptación a las condiciones de trabajo y exige que las personas evalúen que sus recursos para hacerles frente son insuficientes. Por lo tanto, hay un comportamiento de miedo, bloqueo, escape y luego un agotamiento, desaliento, vacilación y, por

último, depresión, algunos rasgos como el pensamiento suicida, la ansiedad o el **síndrome de burnout**¹. Es decir, el agotamiento profesional, que realmente todo el mundo está experimentando y nos mantiene alerta, bajo estrés, tiene un impacto en la salud mental”, explicó la secretaria ejecutiva de ORAS-CONHU. Según ella, la sensación de peligro, inseguridad o aislamiento, fortalecida por la

“

El agotamiento laboral, que realmente todo el mundo está experimentando y nos mantiene alerta, bajo estrés, tiene un impacto en la salud mental.

María Del Carmen

”

1 El [síndrome de burnout](#) está incluido en la 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), publicada en febrero de 2022, como un fenómeno ocupacional. No se clasifica como una enfermedad o condición de salud, sino como una razón por la cual las personas entran en contacto con los servicios de salud. Se caracteriza por tres dimensiones: sensación de extenuación o agotamiento energético; aumento del desapego mental hacia el propio trabajo, o sentimientos de negatividad o cinismo relacionados con el trabajo; y reducción de la eficacia profesional. (OPS/OMS)

pandemia, también trajo a los trabajadores de la salud problemas físicos como fibromialgia, dermatitis, pérdida de cabello, problemas de sueño, entre otros.

Para María del Carmen, el COVID-19 demostró que el individualismo y la reducción del Estado son contradictorios con la respuesta a los problemas comunitarios y terminan ampliando las desigualdades que afectan especialmente a los grupos más vulnerables. Para un desempeño efectivo en salud mental, es necesario comprender la perspectiva contextual de los entornos sociales y colectivos. De acuerdo con ella, una actuación eficaz en salud mental implica comprender la perspectiva contextual, es decir, los entornos social y colectivo. Esto no significa renunciar a estrategias individuales de autocuidado y autoconocimiento, sino, sobre todo, promover estrategias a nivel organizacional, para que haya cuidado institucional, protección y atención a la salud mental de los trabajadores y usuarios de los servicios de salud. Por ello, es fundamental mejorar las políticas públicas de salud y asegurar una financiación adecuada para el mantenimiento de las políticas intersectoriales, con intervenciones inclusivas en el ámbito de la atención psicosocial, como líneas de atención e iniciativas formativas en la materia.

RELATOS DE EXPERIENCIAS LOCALES

EL PENSAMIENTO DECOLONIAL COMO CAMINO HACIA LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA

Dênis Petuco, profesor-investigador de la EPSJV/Fiocruz y reductor de daños, con un enfoque en servir a las personas que consumen alcohol y otras drogas, comenzó su exposición haciendo referencia al antropólogo, historiador, sociólogo, escritor y político brasileño Darcy Ribeiro (1986) y su reflexión sobre la existencia de América Latina. Según él, la región trae, en su aspecto geopolítico e histórico, las marcas de

diferentes implementaciones coloniales, de donde nacieron las sociedades latinoamericanas, que coexistieron, sin coexistir, durante siglos. Cada uno de ellos se relacionaba directamente con su metrópoli colonial o Portugal o España. Incluso hoy en día, los latinoamericanos vivimos como si fuéramos un archipiélago de islas, que se comunican por mar y aire y que, más a menudo, se dirigen hacia los principales centros económicos mundiales que hacia el interior (RIBEIRO, 1986, p.11 [Traducción Libre]).

A partir de esta reflexión, Dênis emprendió una recuperación histórica del campo de la salud mental en la región. Citó la [Conferencia de Alma-Ata](#) de 1978 y su influencia, a lo largo de la década de 1980, en los movimientos sociales latinoamericanos comprometidos en la lucha antimanicomial. También citó la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, celebrada en 1990, que culminó en la [Declaración de Caracas](#), que ha guiado las reformas en los modelos de atención de salud mental en diferentes países, desde una perspectiva no asilada, basada en la atención primaria de salud, la promoción de modelos centrados en la comunidad y la atención psicosocial desde las redes sociales del paciente.

Este movimiento hacia los principios de la salud colectiva global, en busca de una atención comunitaria descentralizada y basada en los derechos, ha fortalecido la lucha por una América Latina libre de instituciones mentales. A pesar de esto, todavía vivimos en un campo de avances lentos y riesgos de regresión. En Brasil, por ejemplo, la **ley de reforma psiquiátrica** se promulgó en la década de 2000. Sin embargo, solo recientemente hemos tenido una perspectiva posterior al asilo en la atención de la salud mental para las personas que consumen alcohol y otras drogas de manera problemática, con un gran apoyo del campo para hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA.



REFORMA PSIQUIÁTRICA EN BRASIL

La [Ley Nº 10.216/2001](#) establece la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención de la salud mental. Es el resultado de un largo proceso de movilización que involucró a profesionales de la salud, educadores, familiares y pacientes con trastornos mentales. Así, sustituyó el modelo de atención a la salud mental basado en el aislamiento y el tratamiento violento e invasivo en instituciones mentales y hospitales por un modelo basado en los derechos y en la comunidad.

Fuente: Brasil, 2001.

En este contexto, en la medida en que el campo de la reducción de daños ha desarrollado sus prácticas con personas que abusan del alcohol y otras drogas, ha pasado de una estrategia de prevención a una guía de atención de salud mental centrada en el territorio. Actualmente, en otra ampliación de este enfoque, se observó la necesidad de combinar la reducción de daños con políticas más amplias relacionadas con la vivienda, el trabajo y los ingresos, especialmente para las personas en situaciones de extrema vulnerabilidad social, con el uso crítico de sustancias psicoactivas.

Dadas las desigualdades históricas de América Latina, para orientar la salud mental, especialmente cuando se discute este tema en la capacitación de técnicos de salud, es esencial considerar las determinaciones sociales en los procesos de salud-enfermedad, así como el pensamiento decolonial, para valorar la producción de conocimiento y las prácticas desarrolladas en el eje Sur-Sur. "Una nueva perspectiva de la formación en salud mental, en el contexto de América Latina, necesita fuertemente encontrar a estos autores del pensamiento poscolonial y decolonial, sobre todo porque nuestros sufrimientos mentales están profundamente asociados con nuestras desigualdades y nuestras características de ser una región con una multiplicidad de experiencias coloniales", dijo Deênis.

Para él, las epistemologías decoloniales han contribuido a la construcción de parámetros curriculares para capacitar a los trabajadores de la salud con un enfoque en la reducción de daños. En este registro, ha sido posible percibir tanto los problemas como sus soluciones desde lo que es propio de la región latinoamericana. De esta manera, la salud mental pasa por una ampliación, más allá de los horizontes manicomial, biomédicos y medicalizantes, comienza a guiarse por la idea de "vida plena". Un concepto que, desde una perspectiva intercultural y considerando diferentes lenguas nativas de América Latina, nos permite construir prácticas y capacitación en salud mental con un enfoque no en la patologización, sino en el Sumak Kawsay, del pueblo

“

Una nueva perspectiva de la formación en salud mental en el contexto de América Latina necesita fuertemente encontrar a estos autores del pensamiento poscolonial y decolonial.

Dênis Petuco

”

quechua de Ecuador; Suma Kamaña, del pueblo Aymara, Bolivia, el Teko Porã, de los Guaranís, es decir, en el “buen vivir” y sus contribuciones relevantes no solo a nuestra región, sino también a la salud mental global.

PROBLEMATIZAR LA SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

La segunda experiencia local fue presentada por Jorgelina Patrícia Diorio, doctora en psicología, investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet en español) y profesora de psicología social en la Universidad de Buenos Aires. Presentó la [asociación civil Intercambios](#), donde coordina el área de intervención y desarrolla investigaciones con personas en situación de calle, adolescentes y personas que hacen uso excesivo de drogas. Su trabajo considera las relaciones entre las desigualdades sociales y la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos.

Desde hace más de 26 años, en Argentina y la región, Intercambios desarrolla una investigación de intervención centrada en tres ejes: 1) asistencia directa; 2) incidencia política, con atención a problemas sociales y legales; y 3) capacitación, para abordar problemas asociados al consumo de drogas. Con base en este trabajo y en la **Ley de Salud Mental de Argentina**, Jorgelina señaló que “no hay salud mental si no hay justicia social, así como no hay salud integral sin salud mental, sin acceso a los derechos sociales, económicos, políticos, culturales y de identidad de las poblaciones”.

“

**No hay salud mental
si no hay justicia social,
así como no hay salud integral
sin salud mental,
sin acceso a los derechos
sociales, económicos,
políticos, culturales
y de identidad
de las poblaciones.**

Jorgelina Diorio

”



LEY 26.657/2010, SOBRE EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La [ley](#), sobre la base de los derechos humanos y sociales de todas las personas, en particular las que tienen una condición de salud mental, reconoce el campo de la salud como un proceso determinado por los componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya atención debe prestarse desde el trabajo interdisciplinario e interseccional, basado en los principios de la atención primaria y, preferiblemente, fuera del entorno hospitalario.

Fuente: Argentina, 2010.

Al discutir el tema, además del enfoque en las enfermedades, la investigadora nos invitó a pensar en las posibilidades de ampliar los escenarios de intercambios sociales y afectivos de las personas, que pueden traducirse como producción social de salud mental. A modo de ejemplo, habló del caso de la formación de agentes sociosanitarios para la atención de salud mental en **las adolescencias**¹ en el contexto post pandémico. Esta capacitación está dirigida a los trabajadores de la salud que trabajan en la APS, pero también a otros agentes públicos que trabajan en los sistemas de protección integral, justicia y educación.

Jorgelina también presentó el estudio **Efectos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes por COVID-19** para discutir la salud mental en esta población, así como para proponer acciones de capacitación para agentes durante y después de la pandemia.

1 No hay una definición absoluta de lo que es la [adolescencia](#). Es importante considerar que se trata de un concepto socialmente construido y marcado por condiciones históricas, culturales y territoriales. Por lo tanto, no es posible hablar de la adolescencia en singular, sino más bien de la adolescencia. (Escuela de Ciudadanía, Brasil)



EFFECTOS EN LA SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR EL COVID-19

Realizado en cooperación con el UNICEF, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el estudio se llevó a cabo en las siete regiones de la Argentina y en diferentes períodos de la pandemia. El trabajo permitió una conexión con los adolescentes, que tuvieron la oportunidad de comunicarse en primera persona e informar sus afectos y expectativas relacionadas con el periodo de pandemia.

Fuente: Unicef, 2021.

Según el estudio, el impacto económico, el aburrimiento, la violencia institucional y la digitalización de la vida cotidiana fueron las principales preocupaciones reportadas por los encuestados. La exclusión digital, a su vez, aumentó el contexto de aislamiento y perjudicó el rendimiento y el mantenimiento de las relaciones en los espacios educativos. Otros impactos reportados fueron la reducción de espacios de autonomía, el creciente agotamiento y la dificultad de poder contar con adultos de confianza. Las restricciones en la sociabilidad influyeron en la disminución del protagonismo de los adolescentes y los cambios de humor, que permitieran que la salud mental se evidenciara como un estado dinámico. También fue posible observar la dificultad de acceso a la atención de salud mental para muchas personas que deseaban una consulta. Esto reforzó, en los adolescentes, el sentimiento de no sentirse escuchado por el mundo adulto, amplificado por sentimientos de rechazo, miedo y estigmatización, debido a la orientación sexual o cambios de humor, por ejemplo.

Buscando dar respuestas a los estados emocionales relatados pelas adolescencias, los resultados del estudio definieron contenidos para una propuesta curricular dirigida al fortalecimiento de las competencias de los agentes socioeducativos y sociosanitarios que actuarán en el contexto de la postpandemia, en el primer nivel de atención a la salud. La iniciativa, que se basa en la asunción de los derechos

humanos, fue desarrollada para satisfacer las demandas locales en diferentes regiones argentinas.

Las matrices conceptuales utilizadas en la elaboración de una propuesta básica partían de una concepción de la salud mental basada en la reducción de riesgos y daños, derechos y autonomía, a la vez que se alejaba de las perspectivas hegemónicas y biomédicas. La búsqueda de abandonar las prácticas de monitoreo tutelar, particularmente con las adolescencias, implicó reconocer a las poblaciones en mayor vulnerabilidad, incluso darse cuenta de la distribución desigual del valor de la vida. "A veces estamos trabajando con adolescencias para quienes estos derechos, que exigimos, se convertirán en ficciones, debido a la falta de acceso al mundo del trabajo, a la violencia y a una multiplicidad de fallas que ocurren en estas poblaciones en extrema vulnerabilidad", dijo Jorgelina.

La formación de los agentes sociosanitarios y socioeducativos se basó en la ecología del conocimiento y la metodología de problematización. Basado en las ideas de Boaventura de Souza Santos y Paulo Freire, cuestionó el cientificismo y valoró las experiencias de las personas y varios estados mentales. Para discutir el enfoque del riesgo en salud mental con las adolescencias, desde una perspectiva de reducción de daños, se crearon cuatro claves teóricas: 1) reinterpretación de la idea de riesgo, con atención a las personas en mayor situación de vulnerabilidad, lo que significa desarrollar enfoques enfocados a la atención y con apertura a la construcción de nuevos conocimientos; 2) prevención y promoción de alternativas que permitan el monitoreo en salud mental desde la construcción de aprendizajes, intercambios de conocimientos, afectos y desarrollo de habilidades sociales. Su objetivo es que las personas en la adolescencia se sientan escuchadas, reconocidas y confiadas para compartir sus experiencias y dolores; 3) reconocimiento del espacio-tiempo, centrándose en la disponibilidad y creación de vínculos, capaces de reducir las circunstancias de riesgo, especialmente las condiciones psicológicas que pueden culminar en el suicidio; y 4) promoción de la participación y la autonomía, capaz de fortalecer la educación entre pares a través de prácticas de resolución de problemas.

La opción de utilizar la metodología freireana, que construye una visión crítica desde el mundo donde se vive, trajo el desafío a la problematización de los afectos de los adolescentes sin aumentar las vulnerabilidades y los riesgos, sino más bien desarrollando la atención en términos de salud mental. Para formar los equipos, fue necesario cambiar el eje formativo de la acumulación de información, cuyo

objetivo es formar agentes preparados, a la construcción de habilidades que les permitan estar disponibles y atentos a las oportunidades y alternativas para el seguimiento de los adolescentes. “Cuando nos sentimos incluidos, cuando somos reconocidos por la comunidad, aumentan las alternativas y los derechos y, en esta línea conceptual, se incrementa o se produce la salud mental”, dijo la investigadora.

Jorgelina buscó resaltar la dinámica de la salud mental y la necesidad de desarrollar enfoques específicos para trabajar con las adolescencias, lo que permitió ampliar la comprensión del campo en sí. No ignorar que los problemas y efectos de salud mental son procesos dinámicos, no son estables ni atemporales. Y, por otro lado, cómo monitorear, profundizar y entender la salud mental, no solo como una patología, sino también como una promoción de derechos”, concluyó la profesora. La presentación dejó claro que las respuestas enfocadas en la participación e inclusión de las comunidades locales son posibilidades de trabajar sobre la relación entre salud mental y consumo de drogas, descolonizando la percepción de la adolescencia, es decir, sin profundizar el estigma y la discriminación.

Accede a la [presentación](#) de Jorgelina Diorio en el taller.

“
**Cuando nos sentimos incluidos,
cuando somos reconocidos
por la comunidad,
aumentan las alternativas
y los derechos y, en esta línea
conceptual, se incrementa
o se produce la salud mental.**
Jorgelina Diorio
”

LA APS Y LOS DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Jesús Morales Romero, trabajador social especializado en reducción de riesgos y daños, y profesor-investigador en la Universidad Central de Chile (UCEN), comenzó su presentación afirmando que no hay salud sin salud mental y que, una vez que este campo está en crisis, vivimos en una pandemia invisible.

El profesor presentó el contexto chileno, en el que la puerta de entrada a la atención de salud mental se encuentra en los centros de atención primaria. En estos centros, el diagnóstico se realiza para aquellos que necesitan atención especializada y derivación a centros de salud comunitarios o incluso hospitales y clínicas ambulatorias. Según él, en Chile, las organizaciones sociales, los grupos comunitarios y familiares, es decir, las personas y sus experiencias en el territorio aún no tienen la centralidad adecuada en la APS. Este problema puede afectar negativamente la continuidad de la atención centrada en el usuario y la atención integral, pilares de la familia y la atención de salud pública.

En la atención primaria, los Técnicos de Enfermería de Educación Superior (TENS) son los protagonistas. Esta categoría, con 2.500 horas de capacitación, representa la mayor proporción de la fuerza laboral de salud en Chile y se concentra principalmente en APS. A pesar de ello, es poco valorada y reconocida, como ocurre en otros países latinoamericanos. Técnicos de enfermería se han organizado desde 2004 en la [Confederación Nacional de Técnicos de Enfermería](#) (Conatens), que desempeñó un papel importante en la reorganización del código de salud en el país.

Jesús Romero destacó que, en 2019, Chile vivió una crisis, fruto de las políticas neoliberales, que afectaron el área social, económica y de salud. La crisis sirvió como justificación para la privatización de muchos servicios públicos y, finalmente, amplió las desigualdades sociales. En respuesta, la población se movilizó para exigir mayor dignidad e igualdad. Todo este movimiento finalmente llevó a los tomadores de decisiones a repensar el Estado.

Especialmente afectados por la crisis, los técnicos de enfermería, que desempeñaron un papel crucial durante la pandemia, lideraron un movimiento que culminó en el proyecto de ley que reconoce a estos trabajadores como parte del equipo médico. "Sólo en 2021, después de mucho tiempo y debido a la pandemia, se reconoció la figura del técnico en salud como parte del equipo médico y, por lo tanto, como un miembro importante del desarrollo de la salud en el nivel primario", enfatizó. Este cambio repercute en la propia categoría, que puede reclamar salarios más dignos y ocupar más puestos en el sistema de salud, además de poder contribuir más y mejor en el ámbito de la APS, participando en igualdad de condiciones en las reuniones clínicas.

En una encuesta realizada por el Instituto Ipsos en 2021, Chile aparece en el ranking mundial como el segundo país con menor satisfacción de los encuestados en relación con la salud mental. En América Latina, es el país donde los encuestados reportaron el mayor empeoramiento de su salud mental desde el inicio de la pandemia (56%), seguido de Brasil, con 53%. Según el [Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas 2019](#), Chile ocupa el primer lugar en la prevalencia anual del uso de tranquilizantes y sedantes con fines médicos entre la población escolar, en comparación con otros países de América Latina y el Caribe.

Jesús Romero informó que, según el investigador, en relación con las inversiones en salud mental, Chile está por debajo de Uruguay y Brasil. Como ejemplo, citó el caso de la atención psicológica a los estudiantes, que a menudo se reduce a una silla y escuchar al psicólogo en el patio de la escuela. Este escenario, según él, se ve agravado por la hegemonía del modelo de salud biomédico individualista y de medicación, que entiende la salud como la ausencia de enfermedad y se divide en diferentes especialidades que, incluso en la atención primaria, a menudo no se hablan entre sí, perjudicando la atención integral de la salud y el cumplimiento de los objetivos nacionales y globales de salud. Este modelo busca ser el único posible y, por lo tanto, determina la comprensión y la acción de la salud individual y colectiva.

Para él, este escenario evidencia la demanda de inversión en salud colectiva, enfocándose en contextos sociales y no solo en la capacitación de los estudiantes, sino en la calificación de los trabajadores que ya trabajan en los servicios de salud. "Así que una de las cosas que sería importante hacer es instalar la idea de la salud como un proceso histórico, económico, político, cultural y ambiental. Un proceso social dinámico, que está en movimiento permanente", dijo.

Entender la salud como un proceso dinámico significa considerar contextos de salud específicos, como la pandemia y sus demandas de distancia, y la intersección

“

Una de las cosas que sería importante hacer es instalar la idea de la salud como un proceso histórico, económico, político, cultural y medioambiental. Un proceso social dinámico, en permanente movimiento .

Jesus Romero

”

entre clase, lugar de residencia, raza, género y otros temas que culminan en desigualdades o privilegios.

La salud colectiva se presenta como una posibilidad de añadir conocimientos y prácticas capaces de construir una visión más amplia de la atención de la salud mental. La Universidad de Chile, por ejemplo, desarrolló el documento **Estrategia Nacional de Salud Mental**, en respuesta al contexto de la pandemia de COVID-19.



SALUD MENTAL EN LA SITUACIÓN DE PANDEMIA

Elaborado por un equipo interdisciplinario de la Universidad de Chile, [el documento](#) presenta principios y criterios para el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud Mental. La propuesta de la atención psicosocial buscaba abarcar a toda la población con estrategias específicas para equipos de salud, personas infectadas o sobrevivientes de COVID-19 y sus familias. También se contempló a personas con trastornos psiquiátricos y consumo nocivo de alcohol y otras drogas, ancianos, niños y adolescentes con propuestas de abordajes específicos.

Fuente: Universidad de Chile, 2020.

Esta estrategia se basó en tres principios: 1) Flexibilidad para facilitar, destacando la necesidad de adaptarse a los contextos locales, sociales y de edad, entre otras especificidades, en lugar de aumentar la regulación de los servicios de salud; 2) Visibilidad para potenciar, mediante el reconocimiento de las estrategias creativas desarrolladas por individuos, familias y comunidades para enfrentar situaciones de vulnerabilidad; y 3) Regularidad para proteger, fortaleciendo la perspectiva de derechos para que no se acentúen las desigualdades.

Además, se enumeraron cuatro criterios fundamentales en la estrategia: articulación territorial, intersectorialidad, participación y desarrollo económico. Los autores trataron de destacar cómo la salud mental debe ser considerada de manera transversal por las autoridades y cómo se articula dentro de los diferentes servicios y de manera diferente en los territorios. De esta manera, se

asume la participación, considerando los recursos y capacidades existentes en las comunidades para construir procesos de atención consistentes con los contextos. Por último, el desarrollo urbano, social y económico también debe mobilizarse para una labor eficaz de salud mental.

SÍNTESIS DEL DEBATE

Las experiencias presentadas desde diferentes países latinoamericanos destacaron cómo la salud mental es un indicador importante de otras enfermedades y está directamente relacionada con los determinantes sociales de la salud. Así, guiaron la necesidad de superar el modelo biomédico y médico a la hora de construir salud desde la organización comunitaria, fortalecidos desde la idea de Bien Vivir, así como iniciativas que buscan decolonizar la salud. En este contexto, es fundamental pensar en la formación y las condiciones de trabajo de los recursos humanos de salud, especialmente en contextos de crisis, como la pandemia y el período posterior a la pandemia.

Dado que estamos expuestos a la ocurrencia de otras emergencias sanitarias y ambientales, es esencial fortalecerse para enfrentar nuevos desafíos. También es necesario cuidar la salud mental de las poblaciones, para que las personas puedan vivir mejor. Por lo tanto, es necesario mejorar las políticas de salud mental e invertir en sus recursos humanos, que deben ser debidamente capacitados, valorados y reconocidos. "Si

hemos fortalecido los sistemas de salud mental, podemos tener trabajadores que estén preparados para enfrentar situaciones adversas. Necesitamos un fortalecimiento global de las redes de salud y salud mental. Por lo tanto, dentro de los sistemas de salud locales, pueden surgir estrategias específicas en entornos de trabajo saludables y planificación participativa", dijo Dênis Petuco.



Necesitamos un fortalecimiento global de las redes de salud y salud mental.

Por lo tanto, dentro de los sistemas de salud locales, pueden surgir estrategias específicas en entornos de trabajo saludables y planificación participativa.

Jesus Romero



Sin embargo, experimentamos un proceso de precariedad del trabajo de salud a nivel global. El debilitamiento de los técnicos y auxiliares de salud, por ejemplo, con salarios reducidos, contratos intermitentes, bonos desprotegidos y capacitación insuficiente o de mala calidad, dificulta el desarrollo de un entorno adecuado para la promoción de la salud plena. De esta manera, el cuidado de quienes cuidan e invierten en la salud mental de los propios trabajadores fue otra iniciativa propuesta. También se consideró necesario desarrollar acciones de capacitación de técnicos de salud para el trabajo de salud mental con poblaciones específicas, así como la expansión de las inversiones en el campo de la atención psicosocial.

La salud, desde una perspectiva colectiva y territorial, fortalecida por la APS, la intersectorialidad, la autonomía y la participación comunitaria fueron factores básicos para pensar en la salud mental en este taller. Por eso, es esencial fomentar políticas y acciones intersectoriales que asuman la estrecha relación entre la salud mental y el acceso a la educación, el trabajo y el ocio.

Visitar los impactos negativos de la estigmatización, la discriminación y las situaciones de vulnerabilidad en la salud mental también fue un consenso, así como la centralidad del concepto de interseccionalidad para comprender la forma dinámica en que los marcadores sociales de género, raza, clase, edad, lugar de residencia, entre otros, interfieren con la salud mental de una persona o un grupo. De este modo, invertir en el desarrollo urbano, social y económico, así como en acciones de protección y reparación dirigidas a poblaciones históricamente vulnerables también es esencial cuando se habla de salud mental y la capacitación de técnicos de salud.

Otro tema muy debatido fue la exigencia de trabajar la salud mental desde las infancias y las adolescencias, para que las personas más jóvenes aprendan a lidiar con sus emociones desde perspectivas que valoren sus conocimientos y autonomía. En este sentido, fue posible percibir cómo la salud mental debe ir más allá de los límites de la perspectiva biomédica y médica e incluso de los servicios de salud, para construirse en la escuela, en el hogar y en las comunidades a través de estrategias específicas para cada grupo.

Finalmente, en este taller, fue fundamental entender la salud mental como un enfoque capaz de construir espacios de vida no discriminatorios y acogedores, lo que implica que la formación en salud mental debe extenderse a diversos

TALLER 4 - INFORMACIÓN Y REGISTROS DE SALUD: EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS

CICLO DE OFICINAS

A formação e o trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-Covid

Oficina 4 Informação e registros em saúde: o papel dos técnicos

DEBATEDORAS

ABERTURA E MODERAÇÃO

Carlos Batistella (EPSJV/Fiocruz) Brasil

Sebastião Tobar (Cris/Fiocruz) Brasil

Isabel Duré Opas/OMS

Alicia Magdalena Maia (Udelar) Uruguay

Bianca Borges (EPSJV/Fiocruz) Brasil

Links para transmissão:
Português: <https://youtu.be/nCDLpDbAQUg>
Espanhol: <https://youtu.be/kkolzI9FIdS>

Data: 12 de dezembro de 2022
Horário: 10h às 12h (hora de Brasília)

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde
RETS RETS-CPLP RIETS
Ministério da Saúde
FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz
Aqui somos SUS

 12 de diciembre de 2022

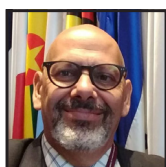
 Vídeos del evento:

MESA DE ABERTURA:



CARLOS EDUARDO BATISTELLA

Asesor do Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS/ Fiocruz).



SEBASTIÃO TOBAR

Coordinador de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

RELATOS DE EXPERIENCIAS LOCALES:



ALICIA MADALENA FERREIRA MAIA

Professora-pesquisadora de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración de la Universidad de la República (FCEA/Udelar), Uruguay.



BIANCA LEANDRO

Profesora-investigadora de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Brasil.



ISABEL DURÉ

Consultora en Políticas y Gestión de Recursos Humanos de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).





PREGUNTAS DINAMIZADORAS

¿Se han producido cambios en los sistemas nacionales de información de salud a causa de la pandemia? ¿Cuál es el papel de los técnicos en la producción de información para el SIS? ¿Cómo perciben los técnicos este trabajo? ¿Cuáles son las mayores dificultades para garantizar la calidad de la información? ¿Cómo es la incorporación de instrumentos y recursos tecnológicos en el proceso de trabajo de los técnicos de Atención Primaria (APS)? ¿En qué medida la formación de técnicos, especialmente aquellos que no son específicamente técnicos en el área, considera esta línea de atención? ¿Existen iniciativas de formación digital para estos trabajadores? ¿En qué medida los datos recogidos por los técnicos devuelven como información relevante para su desempeño en los territorios? ¿Participan los técnicos y la comunidad en los momentos de análisis de la información para la toma de decisiones? ¿Reconocen los usos e importancia de los datos recogidos para la financiación y planificación de la APS? ¿Qué informaciones son realmente importantes en el contexto de los resultados de la APS? ¿Cómo se tratan las informaciones que no figuran en los campos formales de las fichas de información? ¿Cuál es el papel de las organizaciones internacionales frente a las demandas de información y registros de salud?

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

Los sistemas de salud están formados por numerosos componentes, como centros de salud, ambulatorios especializados y farmacias. En estos espacios se llevan a cabo diversos tipos de acciones de atención, prevención y vigilancia de la salud, entre otras. Todas las líneas de atención deben estar interconectadas e interactuar adecuadamente para proporcionar atención organizada, con prácticas dirigidas a la atención individual y colectiva en diferentes niveles de atención médica. Para que la atención sea integral, con flujos correctos y de manera oportuna, los Sistemas de Información Sanitaria (SIS) son esenciales.

Según la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), los SIS deben posibilitar recopilar, procesar, analizar y poner a disposición información que permita a los gerentes de todos los niveles del sistema de salud identificar problemas y necesidades, así como ayudar en la toma de decisiones basadas en evidencia sobre la política de

salud y la asignación de recursos disponibles de la mejor manera posible. En este sentido, podemos considerar la información como una reducción de incertidumbres, capaz de señalar prioridades y orientar la planificación responsable y la ejecución de las acciones necesarias. Un SIS mal estructurado y con un funcionamiento deficiente puede dar lugar a que los responsables políticos, los profesionales de la salud y los investigadores vean obstaculizado lo que saben y lo que necesitan saber para mejorar la salud de sus poblaciones.

El SIS debe ser concebido como productor de conocimiento y como descriptor de una realidad, convirtiéndose en un instrumento fundamental para el proceso de toma de decisiones, ya sea en la dimensión técnica o en la dimensión de las políticas públicas a formular e implementar. Los países con mayor capacidad de información, por ejemplo, presentaron respuestas más eficientes durante la pandemia. Los sistemas de información deben poder garantizar la adquisición y transformación de datos en información. Por lo tanto, es necesario considerar la existencia de profesionales involucrados en los procesos de recolección, desde los realizados en los territorios hasta los recolectados en servicios altamente complejos. Los trabajadores de la salud siguen trabajando en procesos de selección, clasificación, almacenamiento, análisis, difusión y recuperación de datos, todo ello mediado por un conjunto de tecnologías.

Es importante recordar que las informaciones de este tipo nunca son neutrales. Reflejan las concepciones, los valores, los planteamientos, las visiones del mundo y, sobre todo, la concepción del modelo de atención de salud adoptado en un país y reproducido por quienes trabajan en el ámbito de la salud. Por ello, es esencial que los profesionales de la salud de todos los niveles comprendan el papel de estos sistemas y estén formados para contribuir a la construcción de herramientas de recolección, la correcta captura de datos y el procesamiento de la información.

Cabe mencionar que, además de los trabajadores y gerentes de los sistemas de salud, la información en el SIS será utilizada por diferentes sectores del gobierno como la educación, el medio ambiente, el saneamiento básico o la acción social, en iniciativas para mejorar la calidad de vida de las poblaciones. Además, los investigadores, las organizaciones populares o no gubernamentales, los partidos políticos y la población de un territorio también utilizan esta información.

En este taller se debatieron algunos aspectos teóricos y prácticos sobre la información y registros en salud, basándose en las experiencias locales de nuestros invitados. Nuestra intención era evaluar cómo se relaciona el trabajo de los técnicos de salud con este tema y en qué medida la capacitación de estos trabajadores ha contribuido a mejorar la construcción y el uso de los SIS.

APERTURA

Sebastián Tobar, asesor del Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS/Fiocruz) inició la última reunión del 2º Ciclo de Talleres, recordando la importancia de discutir el papel de los técnicos de salud en la mejora y uso del SIS, considerando cómo pueden contribuir al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. A continuación, dio la palabra al coordinador de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Carlos Eduardo Batistella.

Batistella reflexionó brevemente sobre el poder de los SIS para monitorear adecuadamente la tensión entre nacimientos, muertes y enfermedades en las poblaciones. Estos sistemas permiten la organización y planificación de los servicios de salud, especialmente frente a emergencias sanitarias, cuando son necesarias respuestas rápidas

y eficaces. La pandemia de COVID-19 es un ejemplo reciente de la importancia de la información en salud para definir protocolos y estrategias adecuadas, así como para desarrollar evidencia científica de manera oportuna, lo que permitió la confrontación de esta nueva enfermedad a nivel global. "La capacidad para hacer frente a las emergencias de salud aumenta fuertemente en los países que tienen sistemas de información bien estructurados", dijo.



La capacidad para hacer frente a las emergencias sanitarias aumenta fuertemente en los países que tienen sistemas de información bien estructurados.

Carlos Batistella



Según él, a la hora de recoger los datos para transformarlos en información, los trabajadores de la salud vuelven a ganar protagonismo y, por este motivo, deben estar debida y continuamente cualificados para poder llevar a cabo esta actividad laboral según las tecnologías disponibles y las metodologías definidas por los propios sistemas.

RELATOS DE EXPERIENCIAS LOCALES

EL SIS COMO POSIBILIDAD DE ARTICULAR EL CUIDADO EN LAS AMÉRICAS

La primera experiencia fue compartida por Isabel Duré, ex directora de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de Argentina y actualmente consultora en Política y Gestión de Recursos Humanos para la Salud (RHS) de la OPS/OMS, el Equipo Regional de Sistemas de Información de Recursos Humanos en Salud y el Campus Virtual en Salud Pública (CVSP).

Isabel comenzó su intervención recordando que el objetivo de producir información sobre salud es apoyar la toma de decisiones en el sector y que vivimos un momento histórico marcado, entre otras cosas, por el aumento del volumen de información disponible y el creciente número de registros administrativos. Ese fenómeno, según ella, puede dar lugar a la "precariedad del exceso" con nuevos retos en el uso de la información sobre salud, como la sobrecarga de procesamiento de datos y las dificultades para utilizarlos correctamente. "¿Cómo guiar su selección, priorización e interpretación? ¿Cómo se convierten los registros administrativos en información estadística?", preguntó.

Para Isabel, desde un enfoque sistémico, es necesario desarrollar una visión estratégica del SIS, entendiéndolo como abierto, complejo y parte de otros subsistemas. Por lo tanto, según ella, es fundamental pensar la realidad desde las totalidades y, de esta manera, tratar de revertir la visión fragmentaria y lineal que todavía existe. Es esencial tratar de escalar los problemas de salud de manera compartida y buscar soluciones colectivas y creativas en articulación con diferentes protagonistas e instituciones que trabajan en y con el campo de la salud. A través de procesos interactivos, estos diferentes sistemas se retroalimentan, enriquecen y actualizan cuando uno de sus elementos cambia y termina generando transformaciones en los otros elementos y en el estado de los propios sistemas.

Además, existen procesos de sinergia, que se producen a partir de acciones conjuntas en las que se organizan los vínculos entre las partes entre sí para operar de forma fluida y permitir la realización de las funciones programadas y la calidad de los datos.

Con respecto a las propuestas de la OPS para el tema de la información sanitaria, presentó

las cuatro resoluciones, aún vigentes, definidas por el conjunto de países en los órganos rectores de la organización y que establecen las prioridades para ciertos temas: [Resolución CD59.R1 \(2021\)](#), que presenta una Hoja de Ruta para la transformación digital del sector salud en la región de las Américas; [Resolución CD59.R2 \(2021\)](#), que define la Política sobre la aplicación de la ciencia de datos en la salud pública a través de la inteligencia artificial y otros; [Resolución CD57.R9 \(2019\)](#), referido al Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria 2019-2023; y [Resolución CSP29.R4 \(2017\)](#), que presenta el Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022.

Isabel destacó la importancia del Plan de acción para el fortalecimiento del sistema de información sanitaria 2019-2023, que propone líneas estratégicas de actuación y herramientas que puedan apoyar a los países en la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El Plan reúne información y orientación sobre cuatro líneas fundamentales: 1) Gestión y gobernanza del SIS. Se refiere al marco normativo que delimita la arquitectura necesaria para la recolección de información. Considera la multiplicidad de actores intrainstitucionales involucrados desde la elección de qué datos deben recopilarse hasta la política de acceso abierto a los datos. 2) Gestión de datos y tecnologías de la información. Busca escalar el intercambio de datos tecnológicos entre agentes públicos, facilitando su acceso. 3) Información y gestión del conocimiento. Abarca la implicación de la comunidad científica, los productores y los usuarios de la información, con miras a ampliar el acceso a la información. 4) Innovación, integración y convergencia. Aborda modelos metodológicos y acciones tecnológicas innovadoras, reflexionando sobre el rápido crecimiento de internet y también sobre la necesidad de formación de



Es importante tener en cuenta que a medida que compartimos información, gana más poder porque se fortalece a través de la validación.

Isabel Duré



los equipos de salud y la participación activa del sector de la salud en el desarrollo de estrategias de planificación, desde la recogida de datos hasta la **difusión de los resultados**.



PLAN DE ACCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

En línea con los objetivos establecidos en la Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2018-2030, el [documento](#) busca apoyar la incorporación y uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). También tiene como objetivo fortalecer a los Estados miembros mediante la mejora de los sistemas de salud a través de la gestión del SIS, el intercambio de información y la gestión de datos.

Fuente: OPS, 2019.

Isabel llamó la atención sobre el hecho de que tanto la Estrategia Global 2015-2030 de la OMS, a nivel mundial, como el Plan de acción sobre RRHH para la Salud Universal de la OPS, a nivel regional, consideran la relevancia de los sistemas de información de recursos humanos en salud (SIAR). Según ella, estos dos documentos inspiran el desarrollo de la plataforma de [Cuentas Nacionales del Personal de Salud \(CNPS\)](#) de la OMS, construida desde una visión del mercado laboral de la salud y compuesta por 81 indicadores.

El conjunto de datos, recopilado a partir de la vista establecida, se puede dividir en tres módulos. El primero se refiere a la capacitación recibida por los trabajadores; el segundo módulo con datos del mercado laboral – disponibilidad de trabajadores, flujos de trabajo, etc. – y el tercero que busca observar si estos trabajadores están debidamente preparados para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones. Los datos son insertados en la plataforma por los propios países y están disponibles para consultas, que pueden hacerse de diferentes maneras, como, por ejemplo, utilizando el recorte espacial del Mercosur. Según Isabel, la OPS ha estado trabajando con países de la región para ver cómo, desde esta plataforma, es posible implementar una visión sistémica de SIRHS, que va más allá de los datos que, en general, surgen para resolver problemas administrativos muy específicos.

En este sentido, es necesario recordar que estos recursos humanos incluyen personas pertenecientes a diferentes categorías profesionales, que trabajan en establecimientos de salud de diferente naturaleza, que están ubicados en diferentes lugares, y que también buscan formarse a lo largo del tiempo. Dentro de una visión sistémica, los SIRHS pueden partir de cualquiera de estos aspectos. Pueden comenzar desde el registro profesional de estos trabajadores, desde el lugar donde trabajan, etc. "Cuando trabajamos con diferentes países, percibimos el desarrollo de sus propios sistemas y cómo esto puede terminar contribuyendo a la apreciación de esta fuerza laboral", explicó.

Como explicó la ponente, con respecto a la cooperación regional en la materia, la OPS ha fortalecido la articulación con la OMS para ser una referencia regional para las CNPS y la articulación interna con el área responsable de Indicadores Básicos e informes de ODS. Además, en conjunto con consultores nacionales y subregionales, ha apoyado a los países en la identificación de actores y fuentes de información relevantes para informar sobre los ODS y mediante la construcción de un enfoque estratégico para sus SIRHS.

La OPS también ha ayudado a los países en el proceso de ingreso de datos en la plataforma de la OMS, especialmente con respecto a la identificación de brechas regionales en relación con las categorías definidas por la OMS para profesiones y establecimientos. ¿Por qué? La plataforma de cuentas nacionales de la OMS utiliza las definiciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que generalmente reflejan la realidad de los países del hemisferio norte y, por lo tanto, no contemplan las necesidades de las profesiones de los países sudamericanos, por ejemplo. Por lo tanto, se trata de encontrar las lagunas que deben corregirse en la región. En 2023, la idea de la OPS es trabajar un mapa de profesiones de la salud con los países.

Al hacer un resumen final del tema, Isabel destacó que el SIS es un camino, no un destino. Hoy en día, asistimos a un cambio en los perfiles de trabajo con los

“

Hoy, estamos presenciando un cambio en los perfiles de trabajo con sistemas de información, en diferentes niveles. Hoy en día, todos los profesionales de la salud somos proveedores y usuarios de SIS. No hay nadie que no use o que no genere un dato.

Isabel Duré

”

sistemas de información, a diferentes niveles. Hoy en día, todos los profesionales de la salud somos proveedores y usuarios de SIS. No hay nadie que no utilice o genere un dato", subraya. En este sentido, reforzó la necesidad de que todos los trabajadores de la salud cuenten con una formación mínima para interactuar con los sistemas de información. Además, enfatizó que el campo de la salud debe mirar estos sistemas desde una perspectiva estratégica, que busque reconocer actores, fuentes y escenarios capaces de ayudar en la construcción de sistemas dinámicos y colaborativos, en innovación permanente y con regulaciones específicas para definir estándares capaces de generar nuevos registros y fuentes en un contexto en el que pueda compartir información. "Dado que el objetivo de cualquier SIS debe ser promover el uso de datos para tomar decisiones efectivas y mejorar las condiciones de salud, se debe prestar especial atención al tema de la comunicación para la acción", enfatizó. En cuanto a la labor a nivel regional, mencionó una vez más que era esencial producir pruebas comparables y compartir buenas prácticas mediante la cooperación Sur-Sur. Por último, destacó que la existencia de un SIS requiere el desarrollo de una arquitectura sostenible y que esto depende de las inversiones en este ámbito.

Acceda a la [presentación](#) de Isabel Duré en el taller.

LA EXPERIENCIA DE LA FORMACIÓN EN REGISTROS MÉDICOS

Alicia Madalena Ferreira Maia es doctora en medicina con un máster en Política y Gestión de Servicios de Salud. Trabajó como profesora en la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Universidad de la República (EUTM/Udelar). Actualmente imparte clases en la Facultad de Ciencias Económicas y de la Administración (FCEA), también en la Udelar.

La profesora comenzó su participación realizando una breve presentación de la EUTM, que forma parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Con una historia que comienza en 1950 y durante la cual recibió algunas designaciones distintas, la EUTM capacita a técnicos, tecnólogos y/o graduados de primer nivel, según la duración del curso, en 18 carreras, entre las que se encuentra la de registros médicos.

Reiterando la importancia de que todos los profesionales o futuros profesionales vinculados al área de la salud tengan en su currículum formación en HIS, ella destacó la existencia de una carrera específica de cuatro años sobre este tema, con la posibilidad de una salida intermedia después de los dos primeros años, como tecnólogo en registros médicos. El plan de estudios abarca disciplinas comunes a todos los cursos de EUTM, incluida la metodología de investigación científica y la salud pública, así como disciplinas específicas como administración, ciencia y terminología médica, procesamiento de imágenes, registros médicos, estadísticas de atención médica, entre otros. Algunos contenidos de estas disciplinas existen desde hace muchos años y otros son más recientes, como la informática, por ejemplo. Además, el contenido está organizado para que estos trabajadores, cuya función es gestionar y mejorar los sistemas de información, siempre puedan estar incorporando las habilidades necesarias para su práctica profesional. "Creo que este es un recurso humano muy valioso que, al menos personalmente, creo que es subestimado, al menos aquí en Uruguay", dijo Alicia.

Una vez formados, estos profesionales son capaces de cumplir diferentes funciones, entre las que se encuentran: gestión y conservación de expedientes médicos; registro de pacientes al ingreso, traslado/hospitalización, así como mantenimiento del censo diario de pacientes hospitalizados; registro de pacientes en consultas externas y coordinación quirúrgica; estadísticas de asistencia (en diferentes niveles de atención); codificación de altas hospitalarias; y apoyo

en auditorías médicas. En el caso de los licenciados, aún pueden asumir el liderazgo o la dirección de un servicio de registros médicos o colaborar en otras actividades existentes en el marco del SIS. Para ejemplificar la importancia de estos trabajadores, Alicia comentó sobre el tema de la codificación de salidas hospitalarias, que genera estadísticas vitales para la administración pública, y recordó cómo esta cobró protagonismo en el momento de la pandemia. "En ese momento, era fundamental codificar la diferencia crucial entre las muertes de personas con COVID y las muertes causadas por COVID", dijo.

En un repaso histórico de la profesión, ella recordó que antes de la informatización de los registros de salud, los técnicos de registros médicos se encargaban de sistematizar y codificar los diagnósticos, consultas, exámenes y flujos del personal de salud, así como de archivar todo este material. Para esto, a menudo incluso necesitaban entender la letra de los médicos, casi siempre ininteligible. Los archivos acaban albergando un gran volumen de carpetas que ocupaban grandes espacios en las instituciones sanitarias y eran difíciles de consultar. Con el tiempo, el campo se ha modernizado y, en 2012, se implementó la **Historia clínica electrónica nacional** en Uruguay.



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA NACIONAL

Cuenta con un modelo unificado que busca promover y mejorar la continuidad de la atención a los usuarios del sistema de salud, poniendo así la información clínica a disposición de cualquier centro asistencial del país. La [Historia clínica electrónica nacional](#) es un trabajo desarrollado hace más de diez años a favor del intercambio de información y una correcta interpretación por parte de los sistemas de información de cada organización de salud en el país, lo que implica una atención más segura e integral.

Fuente: Uruguay, s/a.¹

¹ Uruguai. Salud.uy - La historia de e-salud del Uruguay. Montevideo: Ministerio de Salud, s/a. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/node/312>

Según Alicia, otra característica del SIS hoy en día se refiere a la popularización de las TIC en los entornos de salud. La consecuencia es que distintos profesionales, con sus jergas y flujos de trabajo específicos, empezaron a alimentar los sistemas de forma independiente. Debido a esto, era necesario crear modelos de información unificados, con terminologías comunes y diccionarios de salud insertados en el propio sistema. Esta transformación del lenguaje natural utilizado en los servicios de salud en códigos comunes que puedan ser procesados por el sistema de información para mejorar la sistematización y potenciar las estadísticas generadas es el resultado de un proceso de trabajo colectivo que reúne a profesionales de los registros médicos y de la informática, pero también a numerosos actores institucionales, entre ellos representantes del Ministerio de Sanidad y de la Agencia de Gobierno Electrónico. Por lo tanto, hay una progresión del lenguaje natural al vocabulario de la interfaz del sistema, que presenta una serie de sinónimos para que el médico elija el término más apropiado para su caso clínico. A partir de ahí, estos diversos términos se reúnen en un vocabulario de referencia, que utiliza nomenclaturas comunes que se pueden codificar y clasificar para permitir que el sistema genere resultados más confiables.

La profesora hizo hincapié en la necesidad de invertir en formación, ante la demanda de nuevas competencias vinculadas a la aparición de nuevos lenguajes de programación y las frecuentes actualizaciones en el campo de las tecnologías de la información, pero también la necesidad de mejorar la calidad de la investigación en esta área del conocimiento. Como ejemplo, destacó la investigación con Datos de la Vida Real (RWD)¹ y estudios en el ámbito de la Salud Pública Basada en la Evidencia, así como la gestión de servidores de terminología con vocabularios de interfaces y de referencia (SNOMED-CT). “Más que nunca, es esencial formar profesionales especializados en Ciencia de Datos (Data Science) y en Data Wrangling², así como en la gestión de Big Data³ y Data Lake⁴. Es necesario mejorar la ‘Historia clínica electrónica’ para poder mejorar la investigación en nuestra vida real”, explicó, reiterando que el trabajo multidisciplinario en la definición de variables debe involucrar a profesionales de la salud, especialistas en sistemas

1 Datos de una población heterogénea o de pacientes en entornos del mundo real. Estos datos provienen de fuentes dispares, como registros electrónicos de salud, facturas de pago de servicios de salud y dispositivos móviles de monitoreo biométrico que recopilan y almacenan grandes cantidades de datos relacionados con la salud de los usuarios

2 Datos de una población heterogénea o de pacientes en entornos del mundo real. Estos datos provienen de fuentes dispares, como registros electrónicos de salud, facturas de pago de servicios de salud y dispositivos móviles de monitoreo biométrico que recopilan y almacenan grandes cantidades de datos relacionados con la salud de los usuarios

3 Área de conocimiento que estudia cómo tratar, analizar y obtener información a partir de conjuntos de datos muy grandes.

4 Repositorio utilizado para almacenar todos los datos estructurados y no estructurados en el sistema.

de información, estadísticos, investigadores y pacientes para que haya bases sólidas capaces de construir evidencia de la vida real.

La formación de técnicos y licenciados con conocimientos específicos en SIS es un importante valor añadido para los sistemas sanitarios, ya que estos trabajadores están

capacitados para transformar la "historia clínica electrónica" en códigos, según la clasificación internacional de enfermedades, y luego en datos estadísticos.

También es imperativo integrar a estos profesionales en los equipos multidisciplinarios que desarrollan, implementan y gestionan el SIS para mejorar la calidad de los registros y, en consecuencia, los resultados. Por todo ello, reafirmó que es fundamental actualizar y reforzar continuamente la formación en herramientas tecnológicas actuales (y futuras) que permitan mantenerse al día con los rápidos cambios en los sistemas de información. El problema, según la profesora, es que a menudo, como ocurre en Uruguay, son los propios trabajadores los que corren con los gastos de las nuevas formaciones. Sin embargo, la formación permanente debe estar garantizada por el sector público, ya que un trabajo de calidad en el ámbito de la información sanitaria repercute positivamente en el conjunto de la sociedad.

Acceda a la [presentación](#) de Alicia Magdalena en el taller.

EL PAPEL DE LAS TRABAJADORAS Y DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN LOS SIS

La última invitada de este ciclo de talleres fue la profesora e investigadora de EPSJV/Fiocruz Bianca Leandro, técnica de nivel medio en Gestión en Servicios de Salud y licenciada en Salud Colectiva, con maestría en Vigilancia de la Salud. Para empezar, recordó que, en el área de salud, cualquier tipo de información y registro siempre será una representación limitada de un evento, agravamiento, atributo o dimensión de una situación específica de salud-enfermedad-asistencia.

“

**Es necesario mejorar la
'Historia clínica electrónica'
para poder mejorar la
investigación en nuestra
vida real.**

Alicia Maia

”

Esto significa que toda la información depende de la perspectiva de un profesional en particular y de un extracto sobre lo que fue posible conocer y registrar sobre una enfermedad y su cuidado en un individuo o en una población.

En el caso del SIS, una pregunta fundamental es: ¿cómo agregar información capaz de colaborar para la integralidad de la atención de manera segura y efectiva? Para responder a esta pregunta, Bianca trajo de Davenport el concepto de "ecosistema de información", según el cual la información de salud no se produce y no procesa fuera de un contexto/entorno mediado por actores, organizaciones y tecnologías. A su vez, cada uno de estos elementos refleja las concepciones, valores, intenciones, cosmovisión y otras particularidades. Bianca señaló que la realidad no es estática, sino más bien compleja, dinámica, mixta y no compartimentada y que, incluso si los mismos datos son identificados y utilizados por diferentes personas, cada uno de ellos los combinará de una manera diferente y construirá su propia interpretación. Según ella, la diversidad de procesamiento y usos de la información muestran que los datos no hablan por sí mismos, sino que son herramientas que ayudan a los trabajadores, los tomadores de decisiones y la sociedad, a partir de sus propias referencias, a interpretar los registros de situaciones de salud.

Tras esta introducción, Bianca Leandro habló del reto que supone tratar los SIS en Brasil, donde el Sistema Único de Salud (SUS) es universal. Esto implica pensar en la producción de información de salud para todas las personas y, al mismo tiempo, considerar las grandes desigualdades en las condiciones de vida y la necesidad de construir la equidad y la integralidad que caracterizan a este sistema. Por todo ello, según ella, la mediación del personal de salud es tan importante como las tecnologías utilizadas para recopilar, procesar y acceder a la información en el sector. Según la profesora, trabajar con un sistema de información va mucho más allá de saber utilizar una aplicación, ya que se trata de un conjunto de lógicas y un proceso de trabajo complejo, en el que los trabajadores de la salud son elementos clave. Además, destacó que, como esta área involucra a varias personas y sirve para muchos propósitos, termina convirtiéndose en un campo de disputas, ya sea eligiendo el flujo del proceso de trabajo o priorizando qué información es más relevante.

Bianca enfatizó que, entre el software, el hardware y la información clínica, es necesario reflexionar sobre el trabajo específico y transversal que involucra a todos los profesionales que utilizan un sistema de salud, ya sean de nivel medio o superior. La transversalidad se refiere a las posibilidades de percibir, indicar y registrar cuál es

la información más importante, así como a los usos que hacen de las informaciones registradas para proponer acciones asistenciales. Por otro lado, la especificidad se da en la medida en que hay profesionales que trabajan con el propósito de producir informaciones de calidad, mientras que otros almacenan los datos y cuidan tanto el propio sistema como toda la documentación producida. "Hay técnicos cuya finalidad del trabajo es el adecuado cuidado, tratamiento y proceso productivo de la información sanitaria, mientras que otros utilizan la información de salud de forma transversal. Todos ellos, sin embargo, necesitan estar debidamente calificados", dijo la profesora.

Bianca reconoció la importancia de la capacitación instrumental y práctica, pero argumentó que también es fundamental un proceso de capacitación capaz de hacer que los futuros profesionales reflexionen sobre los SIS, para complejizar y monitorear sus avances. En este sentido, la formación de un trabajador de la salud, tanto de los que utilizarán el sistema de forma transversal como de los que trabajarán específicamente con el SIS, debe incluir en su hoja de vida temas como el manejo y uso de datos, la seguridad y el secreto, la privacidad y la protección de datos.

A pesar de la importancia del campo y el compromiso de los trabajadores para mantener la información y los registros actualizados y con calidad, la lógica de "aprender haciendo" todavía se perpetúa. Esto, según ella, puede reducir la posibilidad de que los profesionales reflexionen sobre qué y cómo recopilar, codificar y procesar los datos, así como su capacidad para analizarlos para la toma de decisiones. Es esencial que los trabajadores de la salud no se reduzcan a meros recolectores de datos. Más que censistas, son profesionales que recogen datos contextualizados en su práctica y, por tanto, deben estar debidamente calificados para poder analizar la información que reciben y introducen en el SIS.

“

Hay técnicos cuyo finalidad del trabajo es el debido cuidado, tratamiento y proceso de producción de información de salud, mientras que otros utilizan la información de salud de manera transversal. Todos ellos, sin embargo, deben estar debidamente calificados.

Bianca Leandro

”

En Brasil, entre los principales profesionales que actúan en el área, se destacan los siguientes: 1) los técnicos en registro e información en salud, formación que, a pesar de su importancia, aún es ofrecida por pocas instituciones brasileñas; 2) los técnicos en informática, profesionales esenciales para el SIS, pero que carecen de formación en el área de la salud; 3) los técnicos en enfermería, que trabajan en la asistencia directa y son responsables del llenado de una gran cantidad de formularios con datos para los sistemas de información; 4) los agentes comunitarios de salud (ACS) y los agentes de vigilancia sanitaria, que son estratégicos para el SIS, especialmente en la APS, debido a los componentes informativos y comunicacionales a los que acceden al integrar a la población con los equipos de salud; 5) los técnicos en gestión de salud, que trabajan en los procesos de gestión y utilizan la información para apoyar la toma de decisiones. En Brasil, también existe la figura de auxiliares de salud, en su mayoría de nivel medio y sin ninguna formación específica, pero que aprenden en la práctica a trabajar con el SIS y con la gestión de documentos y expedientes.

Según Bianca, la complejidad de un país grande y diverso, con multitud de realidades de sistemas y servicios de salud, hace que el área de información y registros de salud se presente como un mosaico de posibilidades. En el caso del uso de las TIC en salud, esta desigualdad hace que el tema sea bastante complejo. "No es posible pensar en un solo modelo de recolección y registro

en salud si los escenarios son tan diversos", dijo. "Algunos municipios tendrán grandes inserciones tecnológicas, pero hay escenarios en los que el papel sigue siendo la tecnología más utilizada", enfatizó.

La diversidad de los territorios del país y las especificidades de los servicios de salud demuestran la demanda de SIS abiertos y cerrados, como ocurre en la APS en Brasil. Se considera que un SIS cerrado es el más estructurado, con poca apertura a los cambios y menos especificidades. Este modelo se utiliza a menudo para recopilar información desde el nivel local hasta el nivel nacional. Por

“

Algunos municipios tendrán grandes inserciones tecnológicas, pero hay escenarios en los que el papel sigue siendo la tecnología más utilizada.

Bianca Leandro

”

otro lado, el SIS abierto y específico es capaz de lidiar con diferentes realidades y producir información más contextualizada. En la APS, esta cara del SIS se apoya en el desempeño de agentes comunitarios, un trabajador transversal en la producción, análisis y uso de información y salud, y que generan datos tanto para que los profesionales de las unidades básicas de salud actúen a nivel local, como para el **Sistema de Información para Atención Primaria (Sisab)**.



SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA (SISAB)

Establecido en 2013, el [SISAB](#) es parte de la Estrategia de Salud Familiar y es parte del SIS nacional llamado e-SUS. Se centra en la gestión de la información, la automatización de procesos y la mejora de la gestión de las condiciones de infraestructura y los procesos de trabajo de APS. Los datos alimentados a SISAB se utilizan con fines de financiamiento y adhesión a los programas y estrategias de la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB). En los servicios de salud, se puede acceder a su información sobre una población a través de informes e indicadores filtrados por estado, municipio, región de salud y equipo de atención.

Fuente: Brasil, 2023.

Bianca explicó que las ACS a menudo usan un cuaderno para organizar su sistema de información abierto, es decir, para registrar lo que observan y saben a partir del diálogo con la población y con el propio equipo de salud. Es común que construyan sus propias lógicas para estos registros con el fin de satisfacer las demandas de su región. Esta información junto con las registradas en el SISAB nos permite orientar el trabajo de los propios agentes y de los equipos de salud.

Sin embargo, lo ideal sería que la elaboración de esta información se llevara a cabo de forma crítica. El ACS, por ejemplo, además de contribuir a la recogida, puede colaborar en el análisis de los datos, la información y los registros sistematizados. Por su trabajo en las residencias, conocen la información de las personas de forma contextualizada, lo que amplía su conocimiento de las condiciones de vida de la población bajo su responsabilidad sanitaria. "Reconocer esta dimensión

refuerza el protagonismo de estos profesionales a lo largo del proceso de trabajo que involucra informaciones y registros de salud”, dijo la investigadora.

Bianca también enfatizó que la calidad del SIS no depende exclusivamente de los profesionales de la salud, ya que está influenciado por la disponibilidad de recursos materiales y personal, por las decisiones políticas, el acceso a las tecnologías, las inversiones en capacitación y calificación de los trabajadores y de las trabajadoras y por la integración entre los diferentes sistemas de información.

Para concluir, enumeró algunos desafíos relacionados con la valorización de la información y los registros de salud, señalando que el principal es la necesidad de entender el SIS como la estructuración de los sistemas nacionales de salud. Esta premisa ayuda a pensar la gestión de la información y la formación teórico-práctica como formas de superar una perspectiva exclusivamente instrumental y administrativa y entender que la información y el registro en salud son componentes de la propia atención en salud. También es importante destacar que los datos recopilados son de interés para los servicios de salud, pero también para el conjunto de la sociedad, lo que refuerza la necesidad de crear mecanismos para mejorar no solo la calidad de la información, sino también su acceso por parte de diferentes públicos.

Acceda a la [presentación](#) de Bianca Leandro en el taller.

Más información: [Informaciones y registros de salud en el proceso de trabajo de ACS](#)

[Ciclo de webinars sobre Información y Registros de Salud: los trabajadores del SUS frente a los retos de hoy](#)

SÍNTESIS DEL DEBATE

En este último taller del 2º Ciclo se pudo debatir lo esenciales que son los SIS para los sistemas nacionales de salud. Su importancia fue evidente en el ámbito de la gobernanza, como subsidio para políticas públicas más eficientes; y en los procesos de trabajo, desde la perspectiva de la salud integral. Los profesionales de la salud, por ejemplo, cuando tienen acceso a la información que producen pueden evaluar la dinámica de su trabajo, analizar la efectividad de la atención ofrecida o decidir en equipo y de manera oportuna cuáles son las acciones de

salud más adecuadas. Por otro lado, los investigadores y los gestores pueden comparar las estrategias desarrolladas en un servicio o en un sistema nacional de salud o entre distintos países, como hace la OPS/OMS.

Como señaló Sebastián Tobar, "los SIS van más allá de las fronteras de un país. Como tema pertinente para la salud mundial, plantean retos relacionados con la recopilación de datos y el intercambio de información. Estos sistemas movilizan a diferentes países y organizaciones internacionales, que se dedican a garantizar la salud universal, intercultural y equitativa". Según él, la información registrada, cuando es utilizada por los bloques regionales, por ejemplo, requiere un trabajo conjunto capaz de organizar qué datos deben recopilar los diferentes países y cómo compartirlos.

En el caso de los sistemas de información de la fuerza laboral en el sector, el trabajo para armonizar las nomenclaturas de profesiones profesionales y de salud, entre otros indicadores, permite identificar información común entre países sin perder lo que es específico de cada uno. Para Isabel Duré, un ejemplo de esto ha sido el esfuerzo de la OPS por trazar una matriz mínima de profesionales de salud en el Mercosur. Este caso, según ella, permitió ver cómo los países firmantes lograron adaptar sus registros nacionales para satisfacer las necesidades del bloque. Además, reforzó la necesidad de delinear estrategias comunes para recopilar datos de manera coordinada, registrarlos adecuadamente y transformarlos en información comparable por parte del bloque regional.

“

Los SIS van más allá de las fronteras de un país. Como tema pertinente para la salud mundial, plantean retos relacionados con la recopilación de datos y el intercambio de información. Estos sistemas movilizan a diferentes países y organizaciones internacionales, que se dedican a garantizar la salud universal, intercultural y equitativa.

Sebastian Tobar

”

A partir de las narrativas de las experiencias locales, se pudo percibir que, si bien los técnicos de salud tienen especificidades relacionadas con cómo tratar el SIS, es necesario superar la lógica de la externalización y la invisibilidad de estos trabajadores para mejorar la recolección, análisis y gestión de la información a mediano y largo plazo. La pandemia de COVID-19 y la movilización de trabajadores técnicos fortalecieron la discusión sobre la precariedad de su trabajo, ya sea relacionado con las formas de contratación, la remuneración o sus procesos de trabajo. De esta manera, se ha vuelto urgente en el campo de las políticas de recursos humanos de los países desarrollar marcos legales para la protección de estos profesionales técnicos, auxiliares o agentes comunitarios. La inclusión de técnicos de salud en el manejo del SIS y en otros roles principales tanto en la atención hospitalaria como en la APS también fueron estrategias discutidas en el taller.

En cuanto al flujo de trabajo de los técnicos, uno de los consensos es que la inversión en la calidad de la recopilación de datos debe ser un compromiso de la gobernanza, las instituciones de salud y sus profesionales. Además del tiempo de recopilación de datos adecuado y oportuno, es importante que existan períodos reservados y métodos validados para el análisis de la información disponible. Solo de esta manera los trabajadores pueden reflexionar sobre su propia práctica, especialmente en el contexto de la atención primaria y la salud comunitaria. Asimismo, para contribuir a la mejora de las condiciones de trabajo, se orientó la necesidad de ofrecer dispositivos tecnológicos como ordenadores, tablets y acceso a internet, respetando las especificidades de cada territorio.

Otra unanimidad entre los participantes fue que la mejora del SIS depende de la calidad de la formación de los profesionales, considerando las diferencias entre los niveles educativos, las carreras y los territorios donde operan. Además de la capacitación específica en el área, es importante que el tema de registros e información de salud también se incluya en los cursos de educación inicial o continua, para satisfacer las necesidades tanto de los estudiantes como de los profesionales que ya trabajan en los servicios. También es pertinente que los cursos de actualización tengan en cuenta los avances tecnológicos, pero también la visión crítica sobre el tema. En el debate, también se abogó por una formación interprofesional, que refleje la vida cotidiana de los servicios, como oportuna para pensar en la planificación del trabajo y la recopilación de datos, así como en el análisis de la información y la toma de decisiones. Las estrategias de educación permanente, la movilización de equipos y la valorización de la información

pueden construir una cultura relacionada con la información de salud entre los profesionales y, por lo tanto, fortalecer el registro como parte de la atención.

También se señaló como fundamental la cualificación del trabajo de los técnicos para mejorar los registros y la información sanitaria, de forma que podamos contar con datos de calidad para la investigación científica, así como en el uso de la historia clínica digital, que permite una mayor continuidad asistencial en salud. Para ser más efectivos en este monitoreo y contemplar las particularidades de los contextos locales, es necesario incluir técnicos de salud desde el momento de la formulación de los instrumentos de recolección de datos.

Los ponentes coincidieron en que es esencial contar con una mayor regulación para el SIS, especialmente las gestionadas por iniciativa privada. Las empresas de tecnología de la información deben cumplir con protocolos claros relacionados con la privacidad y la preservación de datos. También es esencial que la gobernanza de los sistemas sea pública, desde su planificación hasta las formas de acceder y difundir datos e información. Esto puede hacer que los SIS consideren cuestiones interculturales, por ejemplo, y sean capaces de registrar y dar visibilidad a la información de las poblaciones tradicionales.

Por último, es evidente la necesidad de hacer pública toda la información disponible para que los profesionales, los encargados de adoptar decisiones, los investigadores, las organizaciones de la sociedad civil y la propia población puedan vigilar las condiciones de salud en su país y en el mundo en su conjunto.

3

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Esta sección trae una síntesis de los temas discutidos en el ciclo de talleres "La formación y el trabajo de los técnicos de salud en el mundo post-Covid", a partir de un abordaje propositivo. En este sentido, presenta sugerencias y recomendaciones capaces de contribuir al perfeccionamiento de la formación de los técnicos en salud, a la mejora de sus condiciones de trabajo y, consecuentemente, al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.

Los talleres, organizados por la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) en colaboración con la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS) y sus subredes, representan momentos privilegiados para el intercambio de conocimientos y experiencias. Este ciclo, en el que se debatieron temas como la Atención Primaria de Salud (APS), la interculturalidad, la salud mental y los Sistemas de Información en Salud (SIS), sirvió para reiterar que, a pesar de las especificidades de los países y de las instituciones, siempre existe la posibilidad de cooperación técnica y de construcción colectiva de nuevos conocimientos capaces de ayudar a transformar los objetivos comunes en realidad. La iniciativa en su conjunto y los debates realizados están siempre anclados en la idea de que la salud y la educación son derechos universales y en la asunción de que la cualificación de los trabajadores es una dimensión fundamental para la implementación de políticas públicas que atiendan a las necesidades de las poblaciones y contribuyan a alcanzar los objetivos globales de salud establecidos por la Agenda 2030.

Como Centro Colaborador de la OPS/OMS para la Educación de Técnicos en Salud y Secretaría Ejecutiva de la RETS, la EPSJV/Fiocruz cree en la importancia de registrar las orientaciones presentadas por los invitados en sus exposiciones, así como los aportes surgidos de los debates realizados con el público en los eventos. Las recomendaciones fueron organizadas de acuerdo con cuatro dimensiones - formativa, laboral, político-institucional y de cooperación internacional - y están dirigidas a un público diverso formado, entre otros, por miembros de instituciones de salud y de formación de técnicos para el sector, gestores, formuladores de políticas públicas y tomadores de decisión.

DIMENSIÓN FORMATIVA

- Priorizar la formación de los estudiantes y la capacitación de los trabajadores que ya actúan en los servicios de salud con enfoque en los contextos de vida y en las determinaciones sociales interseccionadas, fortaleciendo la idea de la salud como un proceso socio-histórico, político, cultural y ambiental. Esta propuesta hace más evidentes los procesos de salud-enfermedad-atención y permite considerar escenarios específicos de salud con atención a la intersección entre clase, lugar de residencia, raza, género y otras cuestiones que generan desigualdades y privilegios.
- Formar técnicos interesados en trabajar en la salud pública, especialmente en la APS, que comprendan la importancia de una actuación profesional centrada en acciones preventivas y de trabajo con comunidades y poblaciones específicas. Este tipo de formación, que prioriza perspectivas educativas interculturales, humanísticas y basadas en el territorio, debe oponerse al modelo meramente tecnicista aún muy común, especialmente en las instituciones educativas privadas, responsables de la formación de la mayoría de los trabajadores que actúan en el sector. Procesos formativos que involucren conocimientos de base científica y tecnológica, pero también de naturaleza humanística, son esenciales para que estos trabajadores se conviertan en agentes de transformación social.
- Considerar la formación interprofesional como una manera de preparar a los estudiantes para el trabajo diario en los servicios de atención. Las estrategias, desde la formación inicial hasta la educación continuada, que priorizan la movilización de los equipos pueden construir una cultura de respeto y contribuir al trabajo colaborativo entre profesionales con diferentes formaciones y conocimientos. Una medida de este tipo puede fomentar la cooperación en el entorno de trabajo, desde los procesos de planificación hasta la toma de decisiones sobre la atención que se prestará al usuario, pasando por la recopilación y el análisis de la información disponible.
- Diseñar contenidos formativos que aborden los impactos negativos de la estigmatización, la discriminación, el racismo y las situaciones de vulnerabilidad en salud. Las prácticas discriminatorias y estigmatizantes contra los usuarios que acuden a los servicios de salud son totalmente contrarias a la idea de salud universal. En este sentido, es fundamental que las teorías y prácticas inclusivas sean trabajadas de forma transversal y específica en los currículos de todos los niveles de formación en salud.

- Pensar en currículos y metodologías de enseñanza-aprendizaje abiertos a las diferencias regionales y a las necesidades locales. Considerar que los procesos de formación deben tener en cuenta a los técnicos que trabajan en los territorios o lugares aislados y que suelen asumir diversas funciones para atender las demandas de grupos poblacionales y contextos específicos.
- Insertar la perspectiva intercultural en todos los niveles de formación: desde técnicos a otros profesionales de la salud. Este desafío pedagógico y metodológico puede contribuir a la articulación entre la racionalidad biomédica y las diferentes cosmogonías y epistemologías, lo que facilita la superación de estereotipos y la comprensión de la dinámica de las culturas y experiencias de las diferentes poblaciones. La enseñanza de las lenguas nativas y la comprensión de los conocimientos tradicionales, basados en otros paradigmas de la salud puede calificar el desempeño de estos trabajadores, sin la devaluación de la identidad étnico-cultural y la pertenencia comunitaria y ancestral de pueblos específicos, al mismo tiempo que ayuda a comprender y respetar los cambios culturales experimentados por estas poblaciones.
- Considerar la inclusión de autores, cosmovisiones y prácticas de salud del pensamiento postcolonial y decolonial en la formación de técnicos, para estimular la discusión de procesos de salud-enfermedad-atención que valoricen la producción de conocimientos y prácticas desarrolladas en el eje Sur-Sur. Esta praxis puede colaborar para cambiar las prácticas de atención en los sistemas nacionales de salud y contribuir a mitigar las desigualdades históricas que se perpetúan en América Latina y África o con los pueblos de estas regiones en diáspora.
- Formar técnicos en el área de la salud mental para poder trabajar con diferentes perfiles de usuarios de la salud, promoviendo la atención psicosocial a través de prácticas comunitarias desde las infancias y adolescencias. En el mundo post-pandémico se hace aún más necesario que los jóvenes aprendan a manejar sus emociones desde perspectivas que valoren su conocimiento y autonomía.
- Incluir, en los cursos de formación o cualificación profesional, materias o contenidos que preparen a los estudiantes para la emergencia de nuevos lenguajes, conocimientos y tecnologías utilizados en el campo de la información y de los registros sanitarios. Además de la formación específica en el área, es importante que este tema esté presente en alguna medida en los cursos de formación inicial o continuada de todos los profesionales del sector salud. Este tipo de medida es esencial para mejorar la inserción de los datos en

los sistemas de información y salud, así como para mejorar el uso de esta información, a partir de una visión crítica sobre el tema.

- Incorporar temas como manipulación y uso de datos, seguridad y confidencialidad, privacidad y protección de datos en la formación de técnicos de carreras no específicas del área de información en salud. La propuesta busca evitar que los trabajadores hagan mal uso de la información disponible en los sistemas de información, causando perjuicios a los usuarios de los sistemas de salud y problemas legales para sí mismos y para los gestores de los sistemas.

DIMENSIÓN FORMATIVA

- Reconocer la importancia de los técnicos y agentes de salud como motivadores de una cultura para la salud comunitaria y como vínculos importantes entre el sistema de salud y la población. Por constituir el mayor contingente de recursos humanos en salud, los técnicos suelen estar presentes en todos los niveles de atención y en todo el territorio nacional, incluidas las zonas remotas y desatendidas. Esto supone una enorme cantidad de conocimientos específicos y una vasta experiencia de trabajo en las comunidades, normalmente con las poblaciones más vulnerables.
- Invertir en la integración de personal técnico a los equipos de salud y en la generación de competencias profesionales interdisciplinarias. Las acciones para integrar los recursos humanos de la salud pueden mejorar las condiciones de trabajo, el desempeño individual y de los equipos, e impactar positivamente en las capacidades institucionales y en la satisfacción de los usuarios de los servicios.
- Priorizar la atención primaria, familiar y comunitaria, basada en el conocimiento local y en los determinantes sociales de la salud. Garantizar el acceso universal a la atención sanitaria, es fundamental que, incluso en los territorios más remotos, todas las personas puedan ejercer su derecho a una atención sanitaria integral y de calidad, respetando sus tradiciones y vinculaciones colectivas.
- Empezar acciones que busquen eliminar las desigualdades y privilegios existentes en los servicios de salud, reconociendo cómo las condiciones socioeconómicas, raciales y de género afectan a los técnicos en general y se vuelven aún más significativas para las mujeres. Ellas sufren la doble jornada de trabajo y situaciones de vulnerabilidad relacionadas con el género. La precariedad de los vínculos y el desprecio por el trabajo realizado por los

técnicos reflejan, en general, las desigualdades históricas y estructurales relacionadas con estos trabajadores que provienen, la mayoría de las veces, de los estratos menos favorecidos de la sociedad.

- Ampliar la representatividad de los practicantes de medicina tradicional en los diferentes espacios de salud, incluso en los momentos de toma de decisiones, respetando la diversidad de los pueblos. Para que la salud intercultural se fortalezca en los sistemas nacionales de salud, es importante que los líderes y profesionales de las poblaciones tradicionales tengan garantizados sus derechos al trabajo, a la palabra y a la toma de decisiones, no sólo en los espacios de participación social, sino también como recursos humanos en salud.
- Promover acciones de articulación entre las formas de atención biomédica, comunitaria y tradicional con foco en la sensibilización de los profesionales de la medicina convencional. La medicina convencional y la medicina tradicional deben ser complementarias para superar perspectivas discriminatorias y mejorar la articulación entre la prevención y el tratamiento de enfermedades y también la preservación cultural y de la vida humana.
- Apoyar la investigación y el registro de las prácticas tradicionales de salud para que estas poblaciones puedan ejercer cuidados interculturales con respeto a las normas de seguridad y calidad, preservando sus conocimientos sin condicionarlos a la lógica de la biomedicina. Es importante que estos estudios, que tienden a colaborar con la prevención y tratamiento de enfermedades, la vigilancia y promoción de la salud y con la preservación del patrimonio cultural y ambiental, no se limiten a los límites y lógicas de la ciencia occidental.
- Valorar el papel que los técnicos pueden desempeñar en el área de la salud mental. Especialmente cuando la atención va más allá de los límites de la perspectiva biomédica y medicalizante e incluso de los servicios de salud, a ser construidos en la escuela, en el hogar y en las comunidades.
- Desarrollar una visión estratégica sobre los SIS, entendiéndolos como abiertos, complejos y parte de otros subsistemas. Es fundamental pensar los SIS como sistemas integrados, y así tratar de revertir la visión fragmentada y lineal que aún existe. Esto permite dimensionar los problemas de salud de manera compartida y buscar soluciones colectivas y creativas en conjunto con los diferentes actores e instituciones que operan en y con el campo de la salud.
- Integrar técnicos con formación específica en el área de la información sanitaria a los equipos multidisciplinares que desarrollan, implantan, gestionan y alimentan los SIS. Esta medida puede ayudar a enriquecer el trabajo conjunto

entre las personas que operan los diversos sistemas aislados, desde el punto de vista de quienes generalmente recogen la información en los servicios de salud o en el territorio y la introducen en los sistemas. Esta medida puede ayudar a mejorar la calidad de los registros y la interoperabilidad entre los distintos sistemas y subsistemas existentes.

- Fomentar la participación de los técnicos y agentes que trabajan en los territorios en los debates sobre el SIS. Este amplio contingente de trabajadores tiene un acceso privilegiado a la información relacionada con las condiciones de vida de los usuarios de los servicios de atención primaria. Incluirlos en la gestión del SIS puede facilitar la definición de los datos a recolectar, así como mejorar el análisis y uso de esta información.
- Dotar a los técnicos y agentes de salud del aparato tecnológico necesario para la recogida de información en salud. Respetando las especificidades de cada territorio, estos recursos van desde el lápiz y el papel hasta los dispositivos electrónicos con acceso a Internet. En este sentido, estos trabajadores deben estar debidamente cualificados para utilizar sus herramientas de trabajo y éstas deben estar en buenas condiciones de uso.
- Invertir en la calidad de la recogida de datos garantizando que los trabajadores dispongan del tiempo necesario para que esta actividad se desarrolle de forma adecuada y oportuna, con periodos reservados y métodos validados para el análisis de la información disponible. Este debe ser un compromiso de la gobernanza, de las instituciones de salud y de sus profesionales, que pueden reflexionar sobre su propia práctica, especialmente en el contexto de la atención primaria y de la salud comunitaria.

DIMENSIÓN POLÍTICO-INSTITUCIONAL

- Invertir en la APS como estrategia para universalizar el derecho a la salud de forma equitativa y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. La amplia gama de servicios ofrecidos en la atención primaria, su enfoque integral y su carácter continuo, es capaz de crear vínculos entre los sistemas nacionales de salud, el territorio y la red intersectorial.
- Fortalecer la red intersectorial basada en la APS y su potencial articulador. En APS, el trabajo en el territorio con la población y su capacidad de articulación con otros aparatos del Estado ayudan a trabajar desde el concepto de

determinación social de la salud, fortaleciendo la idea de "Salud en Todas las Políticas".

- Aumentar el papel del Estado en la salud y en la formación de recursos humanos para el sector, para que la lógica mercantil de la educación y de la salud no prevalezca sobre los intereses de la sociedad. El Estado mínimo y el individualismo son contradictorios con el fortalecimiento de la APS y la salud comunitaria, además de aumentar las desigualdades que afectan especialmente a las poblaciones más vulnerables.
- Asegurar el trabajo conjunto entre los Ministerios de Salud y de Educación para promover mejoras en la formación de técnicos en salud. El papel del Estado en la proposición y regulación de la oferta educativa es fundamental para definir una formación de calidad, validada por gestores, equipos y usuarios, y centrada en los intereses de la salud colectiva y en las necesidades de las poblaciones.
- Descentralizar la oferta de formación profesional en el área de la salud, generalmente concentrada en los grandes centros urbanos, favoreciendo una perspectiva intercultural de pertinencia social y atenta a los determinantes sociales en salud. Esta medida debe pensarse como una inversión en la formación de recursos humanos dispuestos a permanecer en zonas más alejadas y generalmente más vulnerables. En este sentido, debe contemplar tanto la formación y capacitación de profesionales que trabajarán con poblaciones específicas y pueblos originarios, como la capacitación de miembros de estas comunidades para actuar en los servicios de salud.
- Establecer políticas de reserva de plazas o creación de cursos específicos para la formación de profesionales de la salud de poblaciones tradicionales. El objetivo de esta propuesta es restituir los derechos a la salud y a la educación de estas poblaciones, que han sido y son sistemáticamente negados por la colonialidad. Facilitar el acceso de estas personas a la formación y a la inserción en el cuerpo de profesionales de la salud es esencial para la mejora de las condiciones de vida dentro y fuera de sus comunidades.
- Instaurar o consolidar políticas públicas de formación permanente del personal de salud. El perfeccionamiento profesional es esencial para definir la calidad de los servicios y, por lo tanto, no puede ser resultado sólo de la iniciativa personal de los trabajadores.
- Superar la lógica de precarización, tercerización e invisibilización de los técnicos, trabajadores comunitarios y auxiliares que trabajan en el área de la

salud. Esto implica establecer políticas de recursos humanos que protejan sus derechos y fomenten su desarrollo profesional.

- Instituir mecanismos de supervisión que garanticen buenas condiciones de trabajo y una dotación de personal adecuada. La pandemia de Covid-19 ha acentuado la responsabilidad de instituciones y gobiernos en el tema de los recursos humanos en salud. Ya no es posible pensar que los trabajadores del sector deban hacer frente individualmente a las dificultades y situaciones negativas que experimentan durante su trabajo.
- Desarrollar y fortalecer políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de salud de los trabajadores, especialmente en lo que se refiere a la gestión de trabajo de los técnicos, para que realicen sus actividades laborales con bioseguridad y en ambientes coparticipativos y libres de acoso moral. Las estructuras jerárquicas muy rígidas, centradas en el médico y en las que la gestión es individualizada pueden favorecer problemas de esta naturaleza.
- Garantizar la transparencia de la información de salud, poniéndola a disposición de los profesionales del sector, decisores, investigadores, organizaciones de la sociedad civil y la propia población. La divulgación de la información almacenada en el SIS exige políticas públicas e inversiones específicas y puede contribuir a mejorar la comprensión de las condiciones de salud en un determinado servicio de atención, territorio, país, región y en el mundo, además de cualificar la participación social.
- Apoyar investigaciones que busquen identificar y comprender los efectos de Covid-19 a mediano y largo plazo en la salud de la población, instituyendo líneas de atención de acuerdo con los resultados encontrados. En el mundo post-pandémico, además de atender todas las demandas represadas durante la pandemia, habrá que prestar especial atención a las enfermedades crónicas preexistentes, a los nuevos casos de la enfermedad o a los casos relacionados con los llamados síndromes Covid o post-Covid de larga evolución.
- Invertir en la producción de conocimientos e información sobre recursos humanos para la salud con el fin de mejorar los procesos de gestión y el desarrollo de políticas públicas destinadas a garantizar la calidad, cantidad y distribución de la mano de obra necesaria para mantener los sistemas nacionales de salud. Es importante que estas políticas se dirijan, sobre todo, a las categorías más precarias, como los técnicos en salud. Ellos desempeñan un papel fundamental, desde la elaboración e implementación de flujos, rutinas y cuidados en hospitales, unidades básicas o en el territorio, hasta la colaboración

en el acceso a vacunas y exámenes y el trabajo de educación para la salud.

- Desarrollar y fortalecer los marcos legales que abordan cuestiones relacionadas con la interculturalidad, ya sea en la Constitución del Estado o en las políticas públicas de Salud y de Educación. Este esfuerzo contribuye al protagonismo de las poblaciones tradicionales en los procesos de formación y en los espacios de trabajo en salud.
- Estimular la participación de los líderes tradicionales en la toma de decisiones, ocupando cargos en la gestión pública y en los espacios políticos. La representatividad de los liderazgos indígenas y de otros pueblos permite la construcción de políticas y prácticas vinculadas a las demandas y luchas de estas poblaciones. Asimismo, contribuye a fortalecer la histórica capacidad resiliente, autoorganizativa y creativa de los pueblos tradicionales, que resisten a pesar de la violencia de los procesos coloniales.
- Enfocar la salud intercultural desde la perspectiva de los determinantes sociales, lo que incluye abordar temas relacionados con el racismo, el epistemicidio y otras violencias contra las poblaciones tradicionales. Para ello es urgente invertir en el desarrollo de la salud, la protección territorial y la priorización de la sostenibilidad.
- Desarrollar metodologías que promuevan el diálogo entre los diferentes saberes de las poblaciones tradicionales, inmigrantes y otras para construir una atención de salud adecuada a sus prácticas culturales. La propuesta es que los diferentes grupos, especialmente aquellos más vulnerables y que demandan formas de atención alineadas a su práctica cultural, participen en todo el proceso de propuesta, implementación y oferta de los cuidados en salud.
- Mejorar las políticas de salud mental que busquen superar el modelo biomédico y medicalizante, que entiendan la salud mental de manera transversal y articulada en los diferentes servicios, y que consideren la formación de personal para trabajar en esta área desde una visión de salud mental comunitaria, el concepto del buen vivir y la idea de decolonialidad. En un mundo que experimenta una pandemia relacionada con los problemas de salud mental y el agravamiento de las desigualdades sociales, es necesario reconocer las estrategias creativas en el campo de la atención psicosocial desarrolladas por las personas, las familias y las comunidades para hacer frente a las situaciones de vulnerabilidad y fortalecer la perspectiva del cuidado y los derechos humanos.
- Garantizar una financiación adecuada para el mantenimiento de las políticas

intersectoriales, con intervenciones inclusivas en el ámbito de la atención psicosocial. No hay salud mental fuera de una perspectiva contextual. En este sentido, las políticas y acciones intersectoriales deben incluir el acceso a la alimentación de calidad, la educación, la seguridad, el trabajo y el tiempo libre, entre otros.

- Combinar la reducción de daños con políticas más amplias relacionadas con la vivienda, el trabajo y la renta, especialmente para personas en situación de extrema vulnerabilidad social, con uso crítico de sustancias psicoactivas. El campo de la reducción de daños ha desarrollado sus prácticas con personas que hacen uso excesivo de alcohol y otras drogas, avanzando de una estrategia de prevención a una pauta de atención en salud mental centrada en el territorio, que va más allá de los límites de la salud y exige articulación y fortalecimiento de redes intersectoriales.
- Invertir en el desarrollo comunitario mediante el perfeccionamiento de los recursos de salud, la mejora de las condiciones de vida y el fortalecimiento de liderazgos locales, así como acciones de protección y reparación dirigidas a poblaciones históricamente vulnerables. Estos factores inciden en la salud mental, comunitaria e intercultural y son condiciones para el acceso universal a la salud de manera equitativa e integral.
- Ampliar la regulación sobre datos e información presente en los SIS, especialmente los gestionados por la iniciativa privada. Es necesario que las empresas de tecnologías de la información cumplan con protocolos claros relacionados con la privacidad y la preservación de los datos. También es imprescindible que la gobernanza de los sistemas sea pública, desde su planificación hasta las formas de acceso y divulgación de datos e información.
- Invertir en validaciones progresivas de la información generada por el SIS, así como en la difusión de la información. A medida que la información pasa por procesos de validación y acciones de difusión, se fortalece y gana más poder, además de orientar la dinámica de trabajo y la toma de decisiones.

DIMENSIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

- Incluir la atención primaria y la salud pública en las agendas de la salud global y de los países para que la APS sea una prioridad y reciba las inversiones necesarias. La APS es la mejor estrategia para mejorar la eficacia de los sistemas sanitarios y evitar la sobrecarga de otros niveles asistenciales, y

- Realizar investigaciones a nivel regional y mundial sobre las categorías, funciones y formación de los técnicos en salud. La definición de quiénes son y cómo trabajan estos técnicos en los distintos países sigue siendo un reto. Es necesario un esfuerzo de investigación y articulación en el campo de la salud global para analizar las posibilidades de cooperación entre países y organizaciones internacionales para valorar a estos trabajadores.
- Fomentar y promover acciones para la producción de evidencias comparables y el intercambio de buenas prácticas, a través de la cooperación Sur-Sur. La reducción de las desigualdades en salud a nivel global depende de la recolección, procesamiento, análisis y fácil acceso a datos e información en los países. Una información fiable es esencial para el establecimiento de medidas globales y regionales para alcanzar los ODS y para apoyar las acciones de cooperación dirigidas al desarrollo del Sur global.

TRABAJO EN RED: APRENDIENDO JUNTOS

Los encuentros promovidos en este segundo ciclo de talleres reiteraron la importancia del trabajo de los técnicos para la consolidación de los sistemas nacionales de salud. Es innegable que ellos son esenciales para el fortalecimiento de la APS y el desarrollo de acciones de salud en las comunidades, especialmente en las más alejadas y vulnerables. Por otro lado, las presentaciones y los debates mostraron que aún queda mucho por hacer para que estos profesionales obtengan el debido reconocimiento, ya sea por parte de los demás profesionales del sector y de la sociedad, o en forma de políticas públicas destinadas a mejorar su formación y sus condiciones de trabajo.

En este sentido, el trabajo desarrollado por la EPSJV/Fiocruz junto con los demás miembros de la RETS y sus dos subredes – la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (RETS-CPLP) y la Red Iberoamericana de Educación de Técnicos en Salud (RIETS) – mantiene la misma relevancia que motivó tanto la creación de la Escuela, en 1985, como de la red, en 1996.. Promover la cooperación y la colaboración técnica en el área de la formación y el desarrollo del personal técnico de salud; incentivar la producción de conocimiento a través de la investigación y la difusión de información sobre estos trabajadores; estimular el crecimiento y el fortalecimiento de sus instancias organizativas; identificar las necesidades educativas y de formación, así como otros requisitos básicos de las diferentes especialidades técnicas existentes son sólo algunos de los objetivos que mueven la acción y la lucha de tantas personas.

En estos tiempos de mercantilización de la educación y de la salud y de individualismo exacerbado, los resultados no siempre se corresponden con el esfuerzo realizado y el tiempo dedicado a la abogacía en favor de este enorme contingente de trabajadores, cuya identidad sigue siendo diversa y fluida. Sin embargo, los pequeños pasos también nos llevan a nuestro destino y los Ciclos de talleres fueron un paso más en esta larga jornada. Como red, debatimos temas que nos son queridos en el mundo post-Covid y juntos seguimos movilizándonos, discutiendo y construyendo estrategias y propuestas favorables a los técnicos en salud y, en consecuencia, a los objetivos de la salud global.

"Los talleres fueron herramientas muy importantes para el aprendizaje y el intercambio de experiencias, especialmente en este momento crítico de la

pandemia del Covid-19. Creo que debemos continuar con la iniciativa, mejorando y enriqueciendo los temas tratados para que podamos aplicarlos en nuestra práctica diaria", comentó Manuel José Gaspar Taho; director del Instituto Técnico de Salud de Malanje, Angola.

Desde Bolivia, la jefa de planeamiento de la Escuela Nacional de Salud Pública, Elba Oliveira Choque, destacó el hecho de que los talleres utilizaron los medios tecnológicos disponibles para eliminar la barrera de la distancia y reunir instituciones que enfrentaron problemas similares durante la pandemia y que aún tienen muchos temas de interés para discutir,

proporcionando nuevas experiencias de aprendizaje. "Los ciclos de talleres representan el compromiso de las instituciones y permiten un gran aprendizaje para todos. Los temas presentados fueron motivadores y, además, la inclusión de participantes de diferentes países, formaciones y áreas de actividad hizo que los procesos fueran enriquecedores en sus diferentes facetas", afirmó.

Con estas palabras de aliento, agradecemos a quienes nos han acompañado en este camino y cerramos esta publicación invitando a todos a acompañar el trabajo realizado por el Centro Colaborador y las redes de formación de técnicos en salud. Como dijo Janete Mabuie en el taller 3, "hemos estado aprendiendo y juntos hemos aprendido, así que sigamos aprendiendo juntos".

“

Los talleres fueron herramientas muy importantes para aprender e intercambiar experiencias, especialmente en este momento crítico de la pandemia de Covid-19.

Manuel Taho

”

“

Los temas presentados fueron motivadores y, además, la inclusión de participantes de diferentes países, formaciones y áreas de actividad hizo que los procesos fueran enriquecedores en sus diferentes facetas.

Elba Choque

”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONIADES, Andreas. Epistemic communities, epistemes and the construction of (world) politics. **Glob Soc.** 2003. p. 21-38. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0953732032000053980>

ARGENTINA. **Ley 26.657.** Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914. Infoleg. 2010. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo; NORONHA, Ana Beatriz M, MILAGRES, Luciana Frederico. Comunidades epistêmicas e os desafios na formação de técnicos em saúde na pandemia de Covid-19. **Rev Panam Salud Publica.** Washington: 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57131>

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Deportes. **Salud Familiar Comunitaria Intercultural.** Documento técnico estratégico. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes, 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/d_dgps_upsyms_p304.pdf

BRASIL. **Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio.** Relatório final. 1986. Disponible en: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_protecao_saude_indio_relatorio_final.pdf

_____. **LEI Nº 10.216:** sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. 2001. Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). [sitio] s/a. Disponible en: <https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/sisab>. Acceso en: 03 de jul. de 2023.

BUSS, Paulo Marchiori. Tratado sobre pandemias, Saúde Global ou Reforma do RSI: reflexões preliminares. **Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p.247-258.

BUSS, Paulo Marchiori; BURGER, Pedro. O pessimismo da razão e o otimismo da vontade: uma síntese do enfrentamento global da pandemia de Covid-19 – à guisa de apresentação. **Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p.17-30.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra:** quando a vida é passível de luto? 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CUETO, Marcos. **Saúde global: uma breve história.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde.** Disponible en: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acceso en: 03 jul. de 2023.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. **Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-10.** UNICEF, Argentina, 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Efectos-salud-mental-ninias-ninos-adolescentes-COVID19>

ESCOLA DE CIDADANIA PARA ADOLESCENTES. **Adolescência** [site]. s/a. Disponible en: <http://escoladecidadania.org.br/conceitos/adolescencia/#:~:text=Por%20isso%2C%20n%C3%A3o%20%C3%A9%20poss%C3%ADvel,ra%C3%A7a%2C%20classe%20social%2C%20etc.> Acceso en: 03 jul. de 2023.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENANCIO. **EPSJV/Fiocruz participa do Encontro Nacional sobre Trabalho e Educação na Saúde do SUS**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2023. Disponible en: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/epsjvfiocruz-participa-do-encontro-nacional-sobre-trabalho-e-educacao-na>. Acceso en: 03 jul. de 2023.

HAAS, Peter M. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. **Internatinal Organization**, 1992; 46(1):1-35. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2706951>

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LACLAU, Ernesto. **Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo**. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000.

_____. **Emancipação e Diferença**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2011.

LOPES, Alice Casimiro. Discursos nas políticas de currículo. **Currículo sem fronteiras**, v.6, n.2, pp.33-52, Jul/Dez 2006.

_____. A Teoria da Atuação de Stephen Ball: E se a Noção de Discurso Fosse Outra? **Archivos Analíticos de Políticas Educativas**, Vol. 24, No. 25, Arizona: 2016.

_____. Políticas de currículo em um enfoque discursivo: notas de pesquisa. **A teoria do discurso na pesquisa em educação**. Recife: Editora UFPE, 2018. pp.133-167.

LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.

LOPES, Alice Casimiro; CUNHA, Érika; COSTA, Hugo Heleno Camilo. Da recontextualização à tradução: investigando políticas de currículo. **Currículo sem fronteiras**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 392-410, 2013.

MACHADO, Maria Helena; MERCER, Hugo, HADDAD, Ana Estela; PEREIRA, Everton; CAMPOS, Francisco. Lidando com a Força de Trabalho em Saúde em Tempos Pandêmicos. **Diplomacia da Saúde: Respostas Globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. P. 151-164. Disponible en: <https://portal.fiocruz.br/diplomacia-da-saude-respostas-globais-pandemia>

MALDONADO-MALDONADO, Alma. Comunidades epistémicas: una propuesta para estudiar el papel de los expertos en la definición de políticas en educación superior en México. **Rev Educ Sup**. 2005; 34 (2):107-22.

MCGOWAN,Victoria. BAMBRA, Clare. COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. **The Lancet Public Health**, 2022.

MOÇAMBIQUE, Ministério da Saúde. Resolução 11/04. Política de Medicina Tradicional e Estratégia da sua implementação. Ministério da Saúde: 2004. Disponible en: <file:///C:/Users/karin/Downloads/Política+de+Medicina+Tradicional.pdf>

Noronha, Ana Beatriz; Batistella, Carlos Eduardo; Paro, César Augusto; Caetano, Karina; Milagres, Luciana; Tobar, Sebastian. **Os desafios da formação de técnicos em saúde no contexto da pandemia: ciclo de oficinas: síntese e recomendações**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2022. Disponible en: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_final-02_pt_0.pdf. Acceso en: 03 jul. de 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Declaración de Alma Ata**. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

_____. **Declaración de Caracas**. Caracas, 1990. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

_____. **Health information systems - Toolkit on monitoring health systems strengthening**. 2008. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/toolkit_hss_informationsystems.pdf?sfvrsn=7d3bcd98_5&download=true

_____. **Informe mundial sobre salud mental**. Transformar la salud mental para todos. 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433519/retrieve>

_____. **National health workforce accounts data portal**. [Sitio]. 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwaportal/Home/Welcome?ReturnUrl=%2Fnhwaportal%2FHome%2FIndex>. Acceso en: 03 de jul. de 2023.

Organización Panamericana de la Salud. **Política sobre etnicidad y salud**. Washington, D.C, 2017. Disponible en: https://www.paho.org/es/file/51612/download?token=_r0IHulh

_____. **Resolución CSP29.R4. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022**. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34424/CSP29.R4-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

_____. **Resolución CD57.R9 Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023**. 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51617/CD57-9-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

_____. **Plan de acción para el fortalecimiento del sistema de información sanitaria 2019-2023**. Washington, D.C, 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51617?locale-attribute=es>

_____. **CID: burnout é um fenômeno ocupacional. 2019**. Disponible en: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional>

_____. **Se necesita inversión urgente en la atención primaria de salud para garantizar la recuperación tras la COVID-19 en la Región de las Américas**. Washington, D.C, 2019.2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2021-se-necesita-inversion-urgente-atencion-primaria-salud-para-garantizar>

_____. **Resolución CD59.R1 Hoja de ruta para la transformación digital del sector de la salud en la Región de las Américas**. 59º Consejo Directivo 73ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. [Sesión virtual] 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59r1-hoja-ruta-para-transformacion-digital-sector-salud-region-americas>

_____. **Resolución CD59.R2 Política sobre la aplicación de la ciencia de datos en la salud pública mediante la inteligencia artificial y otras tecnologías emergentes**. 59º Consejo Directivo 73ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. [Sessão virtual] 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59r2-politica-sobre-aplicacion-ciencia-datos-salud-publica-mediante-inteligencia>

_____. **Resolución CD59/9 - Una Salud: un enfoque integral para abordar las amenazas para la salud en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medioambiente.** 59º Consejo Directivo 73ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. [Sessão virtual] 2021

_____. **Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região.** Washington, D.C., 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

_____. **Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030.** Washington, D.C., 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240031029>

_____. **Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas.** Una revisión rápida. Washington, D.C., 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55873>

_____. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. **Relatório quinquenal 2018-2022 do diretor da repartição sanitária Pan-americana: defendendo a equidade em saúde em prol do desenvolvimento sustentável.** Washington, D.C., 2022. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/od366-p-relatorio-quinquenal-diretor-opas-2018-2022_0.pdf. Acceso en: 03 de jul. de 2023.

PIMENTEL Jr C. Políticas curriculares, pertencimento: ponderações sobre o uso do conceito de comunidades epistêmicas em chave pós-estrutural. **Rev Linhas.** 2018;19(41):213-41. Disponible en: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1984723819412018213>

PRONKO, Marcela; CORBO, Anamaria; STAUFFER, Anakeila; REIS, Júlio C.; REIS, Renata. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2011. Disponible en: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l168.pdf>. Acessado em 14 de setembro de 2022.

PRONKO Marcela. A comparação como ferramenta de conhecimento e os processos de integração supranacional: desafio para as Ciências Sociais. In. Fausto A, Pronko M, Yannoulas S. **Políticas Públicas de Trabalho e Renda na América Latina e no Caribe.** Brasília: Abaré - FLACSO/ Sede Acadêmica Brasil; 2003. Tomo I, p. 573-94.

REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE. **Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde.** Disponible en: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/>

_____. **A educação técnica em saúde** [site]. Rio de Janeiro: s/a. Disponible en: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/node/621>

RIBEIRO, Darcy. **América Latina: A Pátria Grande.** Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986

STAUFFER, Anakeila de Barros; NORONHA, Ana Beatriz; RUELA, Helifrançis. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: 10 anos como centro colaborador da OMS para a educação de técnicos em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV,2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2020 p. 3465-3474

TORRES, Wagner. Comunidades epistêmicas nas políticas de currículo em EJA. **Discursos nas políticas de currículo.** Rio de Janeiro: Quartet; Faperj; 2011. Pp. 205-224.

Universidad de Chile. **Salud Mental en Situación de Pandemia**: Documento para mesa social COVID-19. Santiago de Chile: 2020. Disponible en: <https://uchile.cl/dam/jcr:b082be0a-a171-43ef-bd15-7a02e565cb8b/salud-mental-mesa-social-14.04.20-1.pdf>

URUGUAY. Ministerio de la Salud. **Historia Clínica Electrónica Nacional. Ministério da Saúde**: Montevideo. s/a. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/node/312>

VELÁSQUEZ, Germán. World Health Organization Reforms in the Time of Covid-19. **Research Paper 121**. South Centre, 2020. Disponible en: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/11/RP-121-rev2.pdf> . Acceso 17Nov 2020

VIEIRA, Liszt. **Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização**. In: Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2001. p. 403-403.