

# RETS

Red Internacional de Educación  
de Técnicos en Salud

---

## BASES PARA UN PLAN DE DESARROLLO DE *TÉCNICOS EN SALUD*<sup>1</sup>

### INTRODUCCIÓN

La formación de personal técnico y auxiliar en salud como proceso institucionalizado tuvo un gran impulso en la década de los 50 hasta los 70, se caracterizó por la creación de un importante número de centros educativos con ofertas diversificadas en carreras técnicas. Sus orientaciones centrales acompañaron los procesos de especialización del conocimiento tecnológico y de la creciente división del trabajo en los servicios de salud, decurrente de la creciente incorporación tecnológica y del énfasis en la atención primaria en la mayoría de los países. Estos cambios obedecieron a especificidades sociales, políticas, económicas y epidemiológicas de los países Latinoamericanos y africanos.

En los 70 y principios de los 80, el Programa de Recursos Humanos de la OPS-OMS inició una línea de trabajo en esta área. Varias reuniones regionales se realizaron en lugares estratégicos como Cuba, Venezuela, Washington y Quito con el fin de reconocer los problemas comunes del personal técnico y auxiliar de salud.

Producto de estas reuniones surgió un importante conocimiento sobre los problemas de la fragmentación de criterios, conceptos y definiciones en torno de la formación y utilización de estos trabajadores de salud en América Latina. También se señalaba la necesidad de compartir experiencias entre países y muchos iniciaron acciones en respuesta a estas iniciativas y se

---

<sup>1</sup>Este documento fue producido teniendo como base el documento preparado por la OPS/OMS, en Agosto del 2005 por Silvana Malvárez - Asesora Regional de Recursos Humanos de Enfermería y Técnicos en Salud. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS y Maricel Manfredi - Ex- Asesora Regional de Recursos Humanos de Enfermería y Técnicos en Salud. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS. Contiene

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

incentivaron algunos intercambios. Sin embargo, los esfuerzos realizados por el estímulo de la cooperación o por iniciativa propia de los países, no fueron suficientes con las acciones emprendidas. De todos modos, el tema de la formación de técnicos en salud fue incorporado a la agenda de recursos humanos en salud en América Latina con apoyo de la OPS/OMS. En el continente africano, acciones de esta naturaleza aún necesitan adquirir mayor visibilidad y reconocimiento en la agenda mundial.

### 1 – EL CONTEXTO DE LA EDUCACIÓN TÉCNICA EM EL MUNDO

La problemática de la educación técnica como política que articula trabajo y educación ha sido intensamente estudiada y debatida nacional e internacionalmente, especialmente a partir de los cambios societarios procesados mundialmente desde la década de 70. Tales cambios advienen de la crisis del modelo económico-político representado por la combinación del taylorismo-fordismo con el keynesianismo, asociado, aún, a la crisis del llamado socialismo real.

Estos cambios se han manifestado con especificidades en los campos de trabajo y de la educación. En el primer campo, el desempleo causado por el avance de las fuerzas productivas en la forma de nuevas tecnologías y nuevos materiales se asocia a la desreglamentación de las relaciones de trabajo. El trabajo precario, la tercerización de actividades y la exclusión de amplios contingentes de trabajadores del mercado formal de trabajo son fenómenos que ocurren, con amplitudes diferenciadas, en todo el mundo. De esto resulta la tendencia a la descalificación del trabajo y del trabajador como elemento específico de un proceso más complejo de deterioración de las relaciones

---

contribuciones de un equipo de profesores y investigadores de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venancio – Fiocruz.

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

sociales, conviviendo, entretanto, con complejas tecnologías y nichos de trabajo calificado.

Por otro lado, se ve una capacidad inagotable de la humanidad para transformar los conocimientos en fuerzas productivas, promoviendo innovaciones tecnológicas admirables, la compresión del espacio y del tiempo, la realidad virtual, entre otros fenómenos que, por su vez, instauran nuevas posibilidades de producción de la existencia humana, no fuera la apropiación privada de esas posibilidades y de sus respectivos beneficios. En este contexto, surgen nuevas necesidades sociales, nuevas profesiones, nuevos modelos de gestión del trabajo, junto a ellos, nuevos requerimientos cuanto a los saberes, al comportamiento y a la personalidad de los trabajadores; de ellos siendo exigida capacidad de diagnóstico, de solución de problemas, aptitud para tomar decisiones, trabajar en equipo, enfrentar situaciones en constantes cambios e intervenir en el proceso de trabajo para la mejoría de la calidad de los procesos, productos y servicios.

El sector salud también sufre los impactos del proceso de ajuste macroestructural, pero, al mismo tiempo, busca la mejoría de procesos y servicios a través de nuevas formas de organización del trabajo y de inversión en programas de educación técnica de los trabajadores.

De entre estos impactos se deben destacar las tendencias de disminución de las responsabilidades del Estado con la garantía de derechos sociales, transfiriéndolas al mercado, conforme el ideario neoliberal. En esa perspectiva, el Estado dejaría de ser ejecutor y proveedor para restringir sus funciones a la reglamentación y evaluación de políticas, bien como, la captación de inversiones internacionales. El Informe Mundial de la Salud del 2006 demuestra que, “en muchos países, la reforma del sector salud como parte de ajustes estructurales redujo la oferta de empleos en el sector público y limitó las inversiones en la educación de los trabajadores de salud” (p. 6).

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

Además de esto, se abrió espacio para la expansión de servicios de salud fuera de la esfera público-estatal, dando lugar a planes de asistencia privada y modelos de medicina de grupo, que se oponen a la consolidación de sistemas universales de salud pública y se mantienen atados al paradigma curativo centrado en la enfermedad y en la atención individual. Otras consecuencias fueron los procesos de tercerización de la fuerza de trabajo, la desreglamentación de las relaciones de trabajo que incidieron sobre los derechos conquistados bajo el Estado del Bienestar Social, fenómenos estos que redundaron en la precarización del trabajo y en la deterioración de las condiciones de vida de gran parte de la población.

Los ajustes macroestructurales advenidos del modelo neoliberal produjeron contextos sociales en que se aumentan riesgos y agravios a la salud relacionados a los bajos índices de desarrollo humano en varios países. Sobre esto, el Informe de Desarrollo Humano de la ONU, del 2005, constata que las grandes desigualdades no fueron resueltas por el modelo neoliberal; al contrario, fueron agravadas. En el caso de la salud, se identifica lo que fue llamado de “ley de atención inversa”, esto es, que:

“La disponibilidad de atención médica es inversamente proporcional a las necesidades. Las desigualdades en los recursos para la salud son un aspecto medular de esta ley. El gasto per cápita en salud fluctúa entre un promedio superior a US\$3.000 en los países de ingreso alto de la OCDE que tienen los riesgos de salud más bajos y US\$78 en los países de ingreso bajo que tienen los riesgos más elevados, y mucho menos en varios de los países más pobres.” (ONU, 2005)

Movidos por esta preocupación, el Informe Mundial de la OMS (2006) destaca la crisis de la fuerza de trabajo en salud como una cuestión de estrategia, eligiendo 2006-2015 como la *Década de Recursos Humanos*. Este informe destaca la necesidad de construir instituciones fuertes para la

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

educación técnica que garanticen la formación de calidad. Junto con esta directriz, el *Llamado a la Acción de Toronto* (2005), aprobado en la Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud<sup>2</sup>, apunta que la construcción de políticas de desarrollo de los recursos humanos en salud, que visen a las Metas de Desarrollo para el Milenio<sup>3</sup>, deben ser construidas colectivamente, rescatándose el principio de que “el trabajo en salud es un servicio público y una responsabilidad social” (p. 4). A partir de esta premisa, resalta, entre otros, dos temas que deberán ser abordados adecuadamente en la formulación de intervenciones y en el plan de recursos humanos, a saber: el fortalecimiento del liderazgo de los sistemas de salud pública y el incremento de la inversión en la fuerza de trabajo en salud.

No obstante, el documento del Observatorio de Recursos Humanos de la OPS (2004)<sup>4</sup> afirma, para el caso de América Latina que, aunque la situación de los recursos humanos en salud varíe entre los países de la región de las Américas, todos ellos enfrentan profundos desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo. Según esta organización, tales desequilibrios pueden tomar la forma de una escasez aguda de personal de salud, de problemas crónicos y persistentes de distribución inadecuada de la fuerza de trabajo con respecto a las necesidades, o de desigualdades en la

<sup>2</sup> Reunión realizada del 4 al 7 de octubre del 2005, en Toronto, Canadá.

<sup>3</sup> En septiembre del 2000, la mayor reunión de líderes de las Naciones adoptó la Declaración de las Naciones Unidas para el Nuevo Milenio. Esta Declaración, respaldada por 189 países, fue traducida estableciéndose objetivos a ser alcanzados hasta el 2015, denominados como Objetivos de Desarrollo del Milenio (*Millenium Development Goals – MDGs*). Los ocho MDGs fueron construidos con base en los acuerdos hechos en las conferencias de las Naciones Unidas durante los años 1990 y representan compromisos con: I – reducción de la pobreza; II – superación del hambre; III – combate a las enfermedades; IV – promoción de la salud; V – superación de la inequidad entre los géneros; VI – superación de la carencia en educación; VII – superación de la desigualdad en el acceso al agua limpia; VIII – superación de la degradación ambiental. Los MDGs son densos y compactos, reconociéndose la contribución que los países desarrollados pueden dar a través de la negociación, de la asistencia para el desarrollo, de la liberación de deudas, del acceso a la medicina esencial y de la transferencia de tecnología. Disponible en <http://www.who.int/hrh/em>. Acceso en 30/04/2005.

<sup>4</sup> Documento elaborado en la 134ª. Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (Washington, 2004, p.1).

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

composición de los proveedores de servicios de salud con relación a la población atendida. Esa crisis ocurre combinada con la deterioración de las condiciones de trabajo, sistemas de incentivo deficientes y falta de estrategias adecuadas para la manutención de trabajadores de salud.

En África, es largamente reconocido que la insuficiencia de la fuerza de trabajo en salud es uno de los principales problemas y desafíos para la consecución de los objetivos del milenio, especialmente cuanto a la reducción de la pobreza y de la morbilidad. Estudios de la OMS demuestran que la densidad de la fuerza de trabajo en salud es en media 0,8/1000 habitantes, un índice significativamente bajo comparado con la media mundial de 5/1000. Este problema es agravado por el fenómeno conocido como “fuga de cerebros”, esto es, el éxodo de profesionales de nivel superior para otros países, que aliado a tantos problemas de salud, colocan a África en el epicentro de la crisis global de la fuerza de trabajo en salud. Ese escenario demuestra que el enfrentamiento de los problemas de salud en este continente implica, entre otros aspectos, el fortalecimiento de políticas de formación de profesionales de salud, especialmente técnicos.

El presente documento contiene bases para discutir y concertar Lineamientos para el Desarrollo de Técnicos en Salud, caracterizando, inicialmente, estos trabajadores y, a seguir, el desarrollo y organización de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud.

## 2 - LOS TÉCNICOS EN SAÚDE

Los estados miembros de las Naciones Unidas en Septiembre del 2000, adquirieron el compromiso de trabajar por un mundo en el cual el desarrollo sostenible y la eliminación de la pobreza tuvieran la más alta prioridad. Para el logro de este compromiso se fijaron 17 metas como marco para medir el progreso del desarrollo en esta área. Dichas metas centran los esfuerzos de la

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

comunidad mundial en el logro significativo y cuantificable en la vida de las personas. Establecen patrones para medir los resultados, no solo para los países pobres sino también para todos los países ricos que ayudan a financiar los programas de desarrollo y para las instituciones multilaterales que ayudan a los países a implementarlas.<sup>5</sup> Específicamente siete de estas metas están directamente relacionadas con el área de salud como lo son: la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna, el combate al VIH/SIDA, el paludismo, y otras enfermedades.

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio representan una oportunidad y un reto para los países. Dichos objetivos colocan a la salud en el centro del impulso que conduce al desarrollo. Por otra parte y de acuerdo a dichas metas, la OPS-OMS y sus cuerpos directivos han dirigido la estrategia hacia grupos específicos de población que son los aquejados por las mayores inequidades en materia de salud de la región: poblaciones de ingresos bajos, grupos marginados o discriminados por razones étnicas, raciales, de género o edad. A algunos países se les ha asignado prioridad entre los cuales están Bolivia, Guyana, Haití, Honduras, y Nicaragua. Si bien el Secretariado seguirá cooperando con los otros países, necesitará intensificar su cooperación técnica con los países antes mencionados a través de nuevos enfoques para lograr reducir las brechas entre los países.

Las ocho esferas prioritarias para la cooperación técnica, a saber son prevención, control y reducción de las enfermedades transmisibles; prevención, control y reducción de las enfermedades no transmisibles; promoción de modos de vida sanos y entornos sociales saludables; crecimiento y desarrollo sanos; promoción de entornos físicos seguros; manejo de desastres; acceso universal a sistemas de salud integrados y sostenibles para la atención individual y de

---

<sup>5</sup> ONU (2002) Metas de Desarrollo del Milenio. Departamento de Información Pública.

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

salud pública; promoción de la intervención eficaz de los asuntos de salud en la formulación de políticas sociales, económicas, culturales y de desarrollo.<sup>6</sup>

Dentro de este contexto los recursos humanos de salud son un eje fundamental para el logro de las metas y estrategias propuestas ya que sobre ellos recae la implementación de las acciones de salud.

En los procesos de reforma de los sistemas de salud el principio de equidad y el impulso a la calidad obligan a contar con una fuerza de trabajo calificada dentro del nivel de su formación y además contar con un reconocimiento socio-profesional que envuelve temas como la creación de carreras públicas y vínculos institucionales que garantizan los derechos del trabajador.

Existe además la tendencia en los servicios de salud a la disminución de ciertos tipos de empleo en el área hospitalaria mientras que en relación con la atención comunitaria y ambulatoria la tendencia es de crecimiento de estas acciones dentro del ambiente institucional. Esto plantea desafíos para la formación del recurso humano en salud ya que se prevé la necesidad de calificar una fuerza de trabajo que logró históricamente poca o ninguna calificación.

Se asocia a esto la tendencia a modalidades flexibles en los contratos de trabajo. Muchas de las propuestas de leyes laborales en esta región adoptan la flexibilización como criterio esencial para disminuir costos laborales y generar condiciones de competitividad. Aliada a la deficiencia de formación de los trabajadores, la situación de degradación generada por los mecanismos de flexibilización adoptados, es un factor que contribuye para la baja calidad de la atención.

Uno de los procesos más importantes es llegar a conformar equipos de salud que dentro de los servicios puedan ofrecer una atención de salud a la

---

<sup>6</sup> OPS/OMS. (2003) Estrategia de Gestión para el Trabajo de la Oficina Sanitaria para el Período 2003-2007. 44<sup>o</sup> Consejo Directivo – 55ta Sesión del Comité Regional. Washington, DC.



# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

mayoría de la población que los requiere dentro de las metas que se han planteado las diferentes organizaciones y los países. Estos equipos deben estar compuestos por personal profesional y personal técnico y auxiliar, incluyendo agentes de salud, promotores y otros, que puedan contribuir a extender la cobertura y al mismo tiempo realizar acciones de Atención Primaria de Salud - APS, promoción de la salud a toda la población además de impulsar el desarrollo social con calidad y pertinencia, dentro de un sistema de atención.

En la publicación sobre Salud Pública en las Américas se afirma que nunca es excesivo el énfasis que se ponga a la diversidad de la fuerza de trabajo. Las Funciones Esenciales de Salud Pública son responsabilidad de muchas categorías de profesionales y ocupaciones distribuidas a lo largo y ancho de la estructura de los sistemas de salud, médicos generales, enfermeras, y enfermeras de salud pública y del primer nivel de atención, auxiliares de enfermería, técnicos de saneamiento, ingeniería sanitaria, trabajadores comunitarios, educadores de salud, divulgadores de medios sanitarios, administradores, etc. Teniendo en cuenta lo anterior, la incorporación del personal técnico y auxiliar es de gran importancia para las acciones de atención APS ya que este grupo representa un contingente importante.

La formación de personal auxiliar de salud y agentes comunitarios en las Américas, con diversas denominaciones, tiene una gran trayectoria. Su mayor impulso se dio en los años 70 con el Plan Decenal de Salud de las Américas. En la III reunión de Ministros de Salud de las Américas, en 1972, se llegó a la conclusión de que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a la mayoría de la población. Esto generó la política de extensión de cobertura para resolver lo que en aquella época se denominaba la crisis de accesibilidad. Especial énfasis se dio en este plan a la formación del recurso humano, recomendándose la formación de un mayor número de enfermeras profesionales e instándose al mismo tiempo a la formación de personal auxiliar

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

sanitario a fin de hacer una realidad la accesibilidad de los servicios de salud a la población.

Cada país de acuerdo a sus necesidades promovió la formación de personal auxiliar sanitario y de enfermería, dándole diferentes denominaciones (auxiliares sanitarios, agentes comunitarios, promotores de salud etc.). Varias reuniones se llevaron a cabo para definir especialmente las funciones y perfil de este personal así como lineamientos del currículum que permitió sentar las bases para un plan de estudio básico posibilitando incluir las diferencias de acuerdo a las necesidades de cada país. El tiempo de formación del auxiliar variaba desde seis meses hasta dos años contándose un año de práctica supervisada. Varias de esas experiencias exitosas fueron desarrolladas y publicadas en las revistas de la OPS.

En una reunión celebrada en San José de Costa Rica en 1995 sobre utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud rural se definió el término “personal auxiliar rural” como “Aquel funcionario del servicio de salud que ha recibido adiestramiento, trabaja en servicios mínimos de salud para poblaciones que viven en zonas rurales y realiza tareas específicas en atención materno infantil, incluyendo nutrición y planificación familiar, vigilancia epidemiológica e inmunizaciones, atención primaria de enfermedades prevalentes en el área de primeros auxilios, saneamiento ambiental, estadísticas vitales y fomento de la comunidad”.<sup>7</sup>

En esta misma época, en el contexto pos-independencia de los Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP), la estrategia de cuidados primarios de salud fue la meta prioritaria, que representó un esfuerzo importante en el sentido de ampliar la cobertura de los servicios de salud, contando con la movilización de la población para la indicación de agentes de salud comunitarios, la mayoría voluntarios y sin vínculo formal de trabajo con las instituciones estatales.

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

Con el advenimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud, promulgada en Alma Ata en 1978, se planteó la necesidad de alcanzar la meta de “Salud para Todos” en el año 2000. Esta meta pedía movilizar voluntades políticas y desencadenar procesos de transformación de los sistemas de salud ofreciendo servicios de salud a toda la población en forma escalonada y de calidad planteando de nuevo el problema de la accesibilidad y cobertura universal, utilizando tecnologías apropiadas de acuerdo a los recursos existentes. Esta estrategia instó nuevamente a los países a formar trabajadores profesionales, técnicos, auxiliares y comunitarios, acorde con los principios de la estrategia de atención primaria. Se promovió entonces la formación de personal en el ámbito local extraído de la misma comunidad, definiéndose como un personal voluntario que ejercía funciones de promoción de la salud, de educación y de referencia.

La estrategia de Atención Primaria de Salud siguió promoviéndose, a finales de los 80 y 90 a través de nuevas formas de organización de los sistemas de salud acorde con los cambios contextuales en los países y en el ámbito global; se diversificó el concepto y la acción de dicha estrategia y las intervenciones más directas se enfocaron en la atención materno-infantil y el saneamiento ambiental principalmente.

Durante la década de 90, comienza a tomar forma, como en el caso brasileño, la concepción del modelo de Atención Primaria a la Salud como la estrategia de organización de un sistema integrado y articulado de servicios de salud, en contraposición a una concepción de programa selectivo y enfocado en determinados grupos poblacionales o entendido como el nivel primario del sistema, de baja complejidad y menor costo, desarticulado de los otros niveles de atención. Esta concepción jerarquizada del sistema de salud reproduce la lógica mecanicista y flexineriana de reificación de las especialidades médicas,

---

<sup>7</sup> OPS/OMS. (1975) Utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

sin reconocer la complejidad del proceso de trabajo y de las acciones de salud en la atención primaria. Por tanto, la función y la formación de trabajadores comunitarios de salud deben reflexionar la especificidad y los desafíos de la organización del trabajo para la consolidación de los sistemas de salud actuales, que pretendan la universalización del acceso y la participación popular.

La experiencia regional en el desarrollo de Atención Primaria en Salud, es bastante positiva y se le acreditan progresos en la ampliación de cobertura de los servicios básicos de salud con mayor proyección a la comunidad, mayor movilización de recursos y participación de actores comunitarios, como son los programas de inmunizaciones, atención materno infantil, el acceso a medicamentos esenciales, la educación sanitaria y el abastecimiento de agua y saneamiento básico, entre otros.

Sin embargo persiste la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud y hay un notable grado de exclusión con relación a los mecanismos de protección social. Generalmente las poblaciones que viven en zonas rurales son las que tienen menor acceso a los servicios de salud y son económicamente deprimidas; muchas de estas poblaciones pertenecen a grupos étnicos marginados recientemente. Se han puesto también de manifiesto las dificultades de acceso y atención de salud en zonas periurbanas de las grandes ciudades.

Han emergido problemas de la baja calidad de la atención en los servicios de salud y muchos países de la Región de las Américas enfrentan grandes desafíos en esta área. Sus manifestaciones son múltiples e incluyen, entre otros problemas, la baja resolutivez del nivel primario de atención, la falta de coordinación de los diferentes niveles asistenciales, el uso insuficiente de los recursos y la insatisfacción de los usuarios.

---

área rural. Publicación Científica No 296. Washington, DC.

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

La Región de las Américas ha hecho grandes esfuerzos en la incorporación de una fuerza de trabajo no médica y de agentes comunitarios y en el fortalecimiento de la participación social. Sin embargo, estos progresos son insuficientes. Todavía existen muchas realidades locales donde la participación de la comunidad se reduce solamente a procesos consultivos de carácter esporádico. Muchos de los trabajadores comunitarios que trabajan a estos niveles no reciben apoyo y supervisión adecuada, así como operan sin la infraestructura sanitaria necesaria para sus acciones y sus necesidades de educación permanente.

Es importante entonces que la experiencia de los países se centre a la reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mediante una firme voluntad política para reformular el modelo de atención de salud, ampliando la concepción del modelo asistencial con la incorporación de la lógica territorial/comunitaria que promueva la atención ambulatoria, que facilite la producción de servicios a nivel no clínico como son las escuelas, lugares de trabajo, domicilio y la aplicación de los enfoques familiar y comunitario que posibiliten un conocimiento adecuado de la realidad física, social económica y cultural de la población.

Las tendencias mundiales y regionales observadas en los últimos 25 años, señalan que es posible mejorar la calidad de los servicios de salud mediante: el desarrollo y aplicación de modelos asistenciales centrados en la familia y la comunidad. Esta tendencia se complementa con la búsqueda de modelos de suministro de servicios de salud más integrales, exhaustivos, coordinados y regulares, el fortalecimiento de la capacidad de los equipos locales de salud y la comunidad para evaluar y atender las expectativas y demandas de salud de la población en el marco de los procesos de descentralización.

Esto requiere aún un esfuerzo sostenido tanto para desarrollar y mejorar las capacidades del personal mediante acciones educativas como para la

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

generación y sostenimiento de sistemas de incentivos para mantener y retener al personal en prácticas sanitarias de calidad en los niveles locales de salud<sup>8</sup>. El reconocimiento socio-profesional y el desarrollo de las competencias técnicas, clínicas y de salud pública y administración del personal de salud constituyen estrategias importantes para contribuir a alcanzar la salud para todos y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para ello es necesario ajustar los programas de desarrollo y formación de trabajadores y prácticas gerenciales actuales que movilicen los cambios. En este reordenamiento de los programas de recursos humanos parece importante revisar la formación de personal comunitario como apoyo a la extensión de cobertura y acciones de atención primaria, analizar la calidad de los centros de formación actualmente descentralizados y desregulados. Es importante además conocer la cantidad de este personal existente y en formación, los diferentes programas que se ofrecen, la definición de competencias así como el desarrollo de programas de educación permanente que permitan ofrecer una atención de calidad.

En el proceso de reconstrucción de un proyecto de formación de personal comunitario será importante analizar las experiencias positivas en algunos países así como las dificultades encontradas, también las formas de inserción y viabilidad dentro de los servicios de atención de salud. En Brasil, la creación de la profesión de agente comunitario de salud, su incorporación al sistema de salud como un trabajador no voluntario y la determinación de su formación como de nivel técnico son ejemplos del reconocimiento dado a este trabajador, que pasa a constituir una categoría profesional esencial en la conformación de un sistema de salud organizado a partir del modelo de Atención Primaria.

---

<sup>8</sup> OPS/OMS (2003) Atención Primaria de la Salud en las Américas: enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y retos para el futuro. 44to Consejo Directivo – 55ta Sesión del Comité Regional. Washington, DC

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS-OMS, desde 1995, ha retomado una línea de cooperación sobre los técnicos de salud, en respuesta a la necesidad expresada por los países en el contexto de las reformas del sector. El punto de partida de esta nueva etapa consistió en la realización de una investigación que se denominó “Estudio sobre la Situación Actual de la Formación de Personal Técnico en Salud.”

Este estudio abarcó 70 centros de formación en 16 países del continente americano. Los resultados permitieron identificar algunas áreas críticas: como deficiencia de los procesos de planificación de recursos humanos y por ende de los técnicos de salud, poca definición del ámbito de acción del personal técnico y auxiliar, inexistencia de información sistematizada sobre educación, trabajo y regulación y desactualización de los planes de estudio en virtud de los nuevos cambios producidos por las reformas del sector. También se identificó carencia de material bibliográfico específico, ausencia de programas de educación permanente, subvaloración del papel del técnico en los procesos de trabajo y ausencia de incentivos y de políticas institucionales para su desarrollo.

Este estudio indicó que en Latinoamérica y el Caribe existen 390 programas de formación “técnica.” Se incluyen distintos niveles de formación, desde auxiliares a profesionales en distintas especialidades técnicas. La mayor parte de este tipo de personal es formado en los ministerios de salud y la seguridad social existiendo muy pocos programas en el ámbito de la universidad. En los últimos tiempos y dado a los mecanismos de flexibilización de la formación han proliferado los centros de formación de este personal en el ámbito privado algunos de ellos de muy baja calidad. Esto aunado a la falta de mecanismos de regulación, hace que la calidad de la prestación de servicios por este personal no sea la adecuada. Se hace necesario plantearse la necesidad de definir los perfiles ocupacionales, la institución de mecanismos de

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

reglamentación de las instituciones de enseñanza y cuando pertinente un sistema de acreditación.

Antes de este, es necesario que lleguemos a una definición sobre el técnico en salud. El estudio realizado por la OPS-OMS en 1995, propuso una definición operacional de técnico en salud:

“El Técnico en Salud realiza acciones específicas en el campo de la salud fundamentalmente sistematizadas y toma decisiones dentro del área de su competencia. Colabora con el personal de nivel superior para facilitar la mejor utilización y rendimiento de los servicios de salud. Ejecuta sus acciones con la supervisión directa o indirecta del personal de nivel superior, así como puede ejercer funciones de supervisión a personal de igual o menor calificación. La complejidad de sus acciones es mayor que la del personal auxiliar y menor que la del personal de nivel profesional o su equivalente. “El técnico se califica mediante cursos legalmente reconocidos que se imparten en centros docentes aprobados de acuerdo a las exigencias jurídicas de cada país”.<sup>9</sup>

Esta definición es coherente con la organización del trabajo en salud, que presenta, aún, un fuerte componente taylorista/fordista – basada en puestos de trabajo separados; tareas simples y rutineras, generalmente prescritas; intensa división técnica del trabajo, con la separación entre concepción y ejecución y un gran contingente de trabajadores con baja autonomía para intervención en el proceso de trabajo. Este tipo de división del trabajo confiere al trabajador técnico las funciones jerárquicamente intermediarias. En el campo de la salud esto se presenta de forma más acentuada debido a la influencia del llamado complejo médico-industrial, donde muchas veces las industrias de equipamientos médicos y farmacéuticas se ocupan de la calificación y entrenamiento de los técnicos.

No obstante, se verifican, desde la década del 80, las influencias de la planificación estratégica y de la administración participativa en las políticas de



# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

salud. De esto adviene la preocupación con un tipo de formación del trabajador en salud que lo habilite a mayores niveles de comprometimiento, involucrimiento y participación, teniendo en vista la mejoría de la calidad de la asistencia en salud. Esas tendencias han sido acompañadas por la inserción de innovaciones tecnológicas en los procesos de trabajo en países más desarrollados, de tal forma que, a pesar de ocupar funciones intermediarias, el trabajo de los técnicos tiende a adquirir mayor complejidad. En otros países, sin embargo, es exactamente la escasez de recursos tecnológicos que exige de los técnicos una actuación polivalente, con algún nivel de iniciativa y creatividad. Bajo una u otra condición, la capacidad de estos trabajadores de enfrentar, con autonomía y responsabilidad, las situaciones imprevistas, es enfatizada.

Además de eso, la necesaria superación de la dicotomía entre los modelos curativo y preventivo, desafía los sistemas de salud a la construcción de políticas y acciones pautadas en la integralidad de la atención a la salud, que pasa a ser un atributo de las prácticas profesionales y de las organizaciones de los servicios y del sistema. Bajo ese principio, es necesario que el técnico conozca y comprenda los determinantes sociales de la salud y se apropie de las directrices que orientan las políticas de salud, bien como sus principales problemas y desafíos.

De esta forma, es preciso que, además de competencia técnica, el trabajador técnico disponga de una visión global del proceso de trabajo y de las políticas de salud, para que puedan anticiparse a problemas, proponer soluciones y perfeccionamientos, y actuar con responsabilidad y autonomía delante de situaciones imprevistas. Para esto es necesario que el técnico comprenda los fundamentos científico-tecnológicos que están en la base del

---

<sup>9</sup> OPS/OMS (1996) Relatoría de la reunión de Formación y utilización de técnicos medios en salud en la Región de las Américas. Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 1. Washington.

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

proceso de trabajo en salud y los determinantes sociopolíticos del cuadro epidemiológico de su país, además de disponer de conocimientos que permitan interpretar la realidad en que vive, contribuyendo para transformaciones necesarias a la mejoría de la calidad de vida de la población. Convendría, entonces, ampliar la definición sobre quien es el técnico, más allá de la dimensión operacional, incorporando la esfera de los saberes, conocimientos y valores que estructuran el proceso de trabajo en sus dimensiones prescrita y no prescrita, así como las relaciones sociales en general. La ampliación que proponemos se resume, objetivamente, en los siguientes términos:

La formación del técnico se asienta sobre una sólida base de conocimientos generales proporcionados tanto por la educación básica cuanto por la formación técnica, a la cual se integran conocimientos científico-tecnológicos y sociopolíticos necesarios al ejercicio técnico-profesional y social con responsabilidad, autonomía, compromiso y ética.

Ampliándose esta definición, creemos que en el contexto de las transformaciones actuales de la prestación de atención en salud, el diseño del currículum debe repensarse para la formación técnica por sus características cualitativamente diferentes en la actualidad. Para un replanteamiento de los enfoques de la formación del técnico de salud y auxiliar es importante tener en cuenta las transformaciones sociales de salud y de educación en los países. Entre los que se encuentran los cambios operados en los procesos de trabajo, las reformas de los sistemas de salud y educación, la necesidad de reconversión y desarrollo profesional, la preparación de trabajadores para el enfrentamiento de los procesos de reestructuración productiva, así como la participación en distintos equipos de trabajo, la calidad del producto final en función de personas competentes, la internacionalización y los nuevos roles ocupacionales, la integración de la escuela con el trabajo.

Se hace necesaria entonces la formación ética del personal con especial énfasis en principios tales como la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas. También se requiere enfatizar en los procesos de regulación y

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

acreditación de los programas así como en la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.<sup>10</sup>

Por todo lo anteriormente mencionado es necesario seguir trabajando en fortalecer la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud en el ámbito de Latinoamérica, Caribe, Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa y Portugal, dentro de un contexto cambiante siguiendo los postulados de las nuevas reformas en salud pública y la renovación de la estrategia de Atención Primaria.

En la última reunión de evaluación de los proyectos de la RETS realizada en el 2001 en Puerto Rico, se afirmó la necesidad de dar continuidad a la RETS y al mismo tiempo se recomendó fortalecer su estructura, dándole un apoyo a Secretaria y a la formación de Nudes en cada país así como para aumentar su visibilidad, el reforzamiento de los sistemas de información y comunicación, la actualización del estudio sobre fuerza de trabajo incluyendo las categorías de personal no trabajadas en el primer estudio (que puede ser necesario para los procesos de renovación de la estrategia de atención primaria), la recopilación de las experiencias desarrolladas sobre perfiles ocupacionales, la regularización de los procesos curriculares de formación y el establecimiento de lineamientos de acreditación así como al resurgimiento de nuevos proyectos.

La designación como Centro Colaborador de la OMS, de la Escuela Politécnica de Salud Joaquín Venancio de la Fundación Oswaldo Cruz en Brasil en el año 2004, constituye un hito de trascendencia para renovar y enriquecer la cooperación técnica en el área de técnicos en salud.

---

<sup>10</sup> Davini, C., Borrel, R. y Castillo, A. (2000) La formación de personal técnico en salud: el diseño de instituciones abiertas. Cap 1.: El desarrollo de técnicos en salud, un desafío para la calidad.

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

### 3 - RETS: ESTRATEGIA PARA UNA ACCIÓN COORDINADA Y DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El “Estudio sobre la Situación Actual de la Formación de Personal Técnico en Salud” realizado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS-OMS a que nos referimos anteriormente, llevó a un delineamiento de un nuevo tipo de cooperación entre los países: la construcción de una red latinoamericana de técnicos en salud denominada RETS con el propósito de facilitar la retroalimentación y la comunicación efectiva, ágil, rápida, y continua del conocimiento actual y potencial en el área de formación de personal técnico y auxiliar en salud. Esta red fue constituida como una estructura ágil y dinámica que permitió coordinar actividades y estimular el trabajo a realizar. Esta estructura se constituyó a través de: un grupo dinamizador compuesto por los países que la fundaron (Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, México), una secretaría técnica cuya sede recayó en Costa Rica, núcleos de desarrollo (NUDES) en cada uno de los países, un boletín como mecanismo de difusión e intercambio, y una base de datos en referencia a las instituciones educativas en esta área.

Del trabajo de los grupos dinamizadores y de los NUDES se desarrollaron varios proyectos cuya ejecución varió debido al apoyo que tuvieron de las respectivas instituciones en los países. Colombia y Brasil realizaron estudios sobre mecanismos regulatorios en el campo de formación de técnicos de salud. La metodología utilizada en este estudio permitió elaborar una encuesta para realizar un diagnóstico sobre la regulación en los países de la región que fue presentado en una reunión sobre este tema en Puerto Rico (1999). El NUDES de México realizó un proyecto sobre planificación de recursos humanos técnicos en salud coordinado por la Dirección de Enseñanza Profesional y Técnica de la Secretaría de Salud Pública de México, del cual participó el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), la Dirección de

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

Desarrollo Curricular del Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica (CONALEP) y la Jefatura de Enseñanza del Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSTE). Uno de los logros importantes de este grupo fue la creación de un espacio de diálogo para la coordinación de acciones entre instituciones en el marco de la Reforma.

Los NUDES de Argentina, Costa Rica, y Cuba, se propusieron organizar un colectivo de autores y editar una publicación con las experiencias de formación de técnicos en América Latina. Fruto de este trabajo fue la edición del libro “El Desarrollo de Técnicos en Salud: un Desafío para la Calidad.” Este esfuerzo de compilación y trabajo editorial representó la oportunidad para algunos actores de la RETS, de sistematizar experiencias, de experimentar la elaboración de un escrito, y de tener un espacio para publicar su conocimiento en la materia. Los NUDES de Argentina y Brasil desarrollaron un proyecto de formación de formadores de técnicos en salud en conjunto con el Programa Regional que fue presentado por Brasil para su financiación a la fundación W.K. Kellogg. Los NUDES de Perú y Paraguay desarrollaron un proyecto sobre perfiles ocupacionales con base en las competencias de los diferentes trayectos de formación de técnicos en salud. En Paraguay se logró el diseño de perfiles ocupacionales y educativos de los planes de estudio de técnicos en salud correspondientes a dicho país. Perú logró definir el perfil del técnico en enfermería. Los países de Centroamérica y República Dominicana formularon un proyecto de definición de competencias en áreas prioritarias: radiología, fisioterapia, laboratorio clínico, salud ambiental, ortesis y prótesis. La primera etapa referida a la definición de estas competencias y una primera validación fue finalizada. Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, y Costa Rica, formularon el proyecto de Detección de Necesidades de Formación de Personal Técnico, proyecto que luego se convirtió en el de Desarrollo de la Gestión de Técnicos en Salud, que aunque

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

fue aprobado no consiguió prosperar dadas las limitaciones para obtener financiamiento.

En estos años de cooperación se realizaron varias reuniones como parte del plan de trabajo de la RETS. Los resultados de dichas reuniones han sido publicados en la Serie de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS. En la primera reunión se hizo un análisis de la situación de este personal según el estudio y se plantearon los lineamientos para la constitución de la RETS. En una segunda reunión se definió lo que se concebía como RETS y la metodología del trabajo. En la tercera reunión se definieron los proyectos en cuatro áreas: acreditación de programas educativos, definición de perfiles ocupacionales, desarrollo docente y red informática y bibliográfica especializada.

Con el reconocimiento de la EPSJV/FIOCRUZ como Centro Colaborador de la OMS para la Educación Técnica en Salud, estableciendo como marco de actuación la prioridad de cooperación con países de América Latina, Caribe, Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa y Portugal, y considerando la necesidad de rearticular la RETS, la Dirección del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS-OMS evaluó ser pertinente la transferencia de la Secretaría Ejecutiva de la RETS, hasta entonces localizada en la Escuela de Salud Pública de Costa Rica, para la EPSJV/FIOCRUZ. Esta transferencia fue formalizada en el 2005, en una reunión realizada en Brasil, envolviendo estas instituciones, en la cual se firmó el compromiso de reunir a las Escuelas Técnicas de Salud de América Latina, Caribe, Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa y Portugal en el 2006, con el objetivo de discutir las bases para la adopción de lineamientos de desarrollo de técnicos de salud, bien como el Plan de Trabajo de la RETS. Objetivo este que logramos ahora.

### BIBLIOGRAFÍA

1. 44<sup>º</sup> Consejo Directivo 55<sup>a</sup>. Sesión del Comité Regional, Estrategia de Gestión para el Trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007. Washington, DC, Septiembre, 2003.
2. COHRED. Principles of Good Partnerships for Strengthening Public Health Education Capacity in Africa. Report of a Consultative Meeting. COHRED/SARA: Washington, 2004.
3. Davini, C., Borrel, R. M., Castillo, A. La Formación de Personal Técnico de Salud: El Diseño de Instituciones Abiertas, Capítulo 1: El Desarrollo de Técnicos de Salud: Un desafío para la Calidad. 2001
4. OMS. Trabalhando Juntos pela Saúde. Relatório Mundial da Saúde. 2006. (Versão Preliminar em Português).
5. OPS/OMS. Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. Chamado à ação de Toronto: 2006 – 2015, Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Organização Pan-americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. OPS/OMS. Atención Primaria de Salud en las Américas: La Enseñanza Extraídas a lo largo de 25 años y los Retos Futuros. 44<sup>º</sup> Consejo Directivo 55<sup>a</sup>. Sesión del Comité Regional, Washington, DC – Septiembre 2003.
7. OPS/OMS. Relatoría de la Reunión de la Red de Técnicos en Salud (RETS). Puerto Rico 26 y 27 de marzo de 2001.
8. OPS/OMS. Utilización de Auxiliares y Líderes Comunitarios en Programas de Salud en el Área Rural. Publicación Científica No. 296. 1975.

# RETS

## Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

---

9. Organización de Naciones Unidas: Metas de Desarrollo del Milenio. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Octubre de 2002.
10. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos (1) Relatoría de la Reunión sobre Formación y utilización de Técnicos Medios de Salud en la Región de las Américas. No.1, 1996.
11. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos (3) Informe – Taller Regional Intercambio de Experiencias en la Formación de Trabajadores de Atención Primaria de la Salud, 1977.
12. UNDP. Human Development Report, 2005. United Nations Development Programme. New York: New York, 2005.
13. WHO. Addressing the HRH Crisis in Africa. An Avenue for Action. Draft for Discussion, 2004.