

# editorial

El desarrollo de mecanismos que faciliten la producción y la diseminación de información entre los integrantes de la RETS, favoreciendo la posibilidad de compartir conocimientos y estudios, es una de las principales estrategias para fortalecer el área de formación de técnicos en salud.

Desde su creación, uno de los objetivos de la RETS es contribuir para la consolidación de sus instituciones miembros, por medio de la promoción de la articulación entre las mismas y de la consecuente ampliación del intercambio de experiencias en las áreas de enseñanza, investigación y cooperación técnica. En ese sentido, la página electrónica de la RETS, que será inaugurada próximamente, así como la publicación de esta revista, asumen un papel fundamental.

Con el propósito de mejorar cada vez más esos productos, potencializando sus usos, en esta edición de la revista hemos introducido algunas novedades. La primera es la divulgación, siempre que sea posible, del "Lea más", que incluye una lista de las fuentes utilizadas para la redacción de las notas o artículos, de tal manera que nuestros lectores puedan profundizar aún más sus conocimientos sobre los temas abordados. La segunda, más incipiente aún, es el trabajo de colaboración con profesionales de comunicación de las instituciones asociadas, ya sea mediante el envío de noticias, la sugerencia de las pautas que reflejen necesidades e intereses relativos a la educación de técnicos, o mediante el apoyo para la investigación periodística en sus lugares de actuación.

Finalmente, en este segundo número de la revista de la RETS, cabe resaltar nuestro esfuerzo para recuperar viejas experiencias, como la de las Escuelas Politécnicas de Salud en Cuba, o más actuales, como las de los cursos de tecnologías de la salud, implementados en Costa Rica, en Uruguay y en Portugal, ya que

consideramos que tales trayectorias pueden ser de utilidad para los esfuerzos desarrollados por otros países. También merece ser destacada la entrevista con la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Mirta Roses Periago, en la cual ella aborda cuestiones importantes vinculadas con la formación y con el trabajo de los técnicos en salud en las Américas y en otras regiones.

Esperamos que esta iniciativa contribuya para aproximar aún más a los integrantes de la RETS, incentivando una participación cada vez más activa en la elaboración de las próximas ediciones de la revista, incluso en forma de críticas y sugerencias que puedan enriquecer nuestro trabajo.

¡Les deseamos una buena lectura!

**Secretaría Ejecutiva da RETS**

## expediente

### **Año 1 - nº 2 - feb/mar/abr 2009**

La Revista RETS es una publicación trimestral editada por la Secretaría Ejecutiva de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud.

#### **Editora**

Ana Beatriz de Noronha - MTB25014/RJ

#### **Pasante de periodismo**

Carolina Massote

#### **Diseñador**

Zé Luiz Fonseca

#### **Diagramador**

Marcelo Paixão

#### **Pasante de diseño**

Pedro Henrique Quadros

#### **Tirada**

2 mil ejemplares

### **SECRETARÍA EJECUTIVA DE LA RETS**

Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio

#### **Director**

André Malhão

#### **Coordinadora de Cooperación Internacional**

Anamaria D'Andrea Corbo

#### **Equipo de la Coordinación de Cooperación Internacional**

Anakeila Stauffer

Christiane Rocha

Ana Beatriz de Noronha

#### **Dirección**

Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, sala 303

Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - 21040-360

Telephone: 55(21)3865-9730 - E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

#### **Apoyo**

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





## “No habrá cambios en los sistemas de salud sin que haya recursos humanos suficientes, bien preparados y motivados”

**E**n 2002, a sus 56 años, la argentina Mirta Roses Periago fue elegida como directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), cargo que asumió en febrero del año siguiente. Médica cirujana, con un diploma en Salud Pública y especializaciones en epidemiología y en medicina tropical, es la primera mujer que dirige la OPS, institución conformada por 46 países, y que, con sus 106 años es la organización internacional de salud más antigua del mundo. En una entrevista a la RETS, Roses habla sobre los principales problemas que rodean al área de técnicos en salud de la Región de las Américas y destaca la importancia que tiene la cooperación entre países e instituciones para la solución de esos problemas.

Casi tres años después de la Reunión de Toronto y del llamado para ‘una Década de Recursos Humanos en Salud’, ¿Cuál es el nivel de compromiso asumido por los gobiernos de América Latina y del Caribe con respecto a esa cuestión?

Desde el llamado a la acción, en octubre de 2005, los países de las Américas reconocen que no habrá cambios en los sistemas de salud a menos que haya recursos humanos suficientes, bien preparados y motivados. Para que eso ocurra, es necesario desarrollar nuevas metodologías y mantener los esfuerzos, pues el mismo concepto de una Década de Recursos Humanos en Salud reconoce que ese es un proceso de largo plazo. En ese sentido, los países se comprometieron a alcanzar 20 metas regionales para el 2015, lo que permitirá medir y organizar esos esfuerzos.

¿Qué nuevos mecanismos e iniciativas para la formulación de políticas y planes nacionales eficaces de formación y utilización de recursos humanos, especialmente en el segmento de técnicos de salud, están siendo o pretenden ser adoptados por los países miembros de la OPS que presentan mayores déficits en esa área?

El principal aspecto es conectar los programas de formación y gestión de recursos humanos para la salud con el crecimiento de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS). Gradualmente, se han ido creando sistemas, por medio de herramientas como el Campus Virtual de Salud Pública, para ampliar el acceso a modernas técnicas de gestión y educación permanentes para los equipos y líderes que están implementando programas de APS. Eso también implica una vinculación cada vez mayor entre todas las iniciativas de desarrollo de redes de atención primaria, de tal manera que la infraestructura, los sistemas de información y abastecimiento, y los recursos humanos puedan desarrollarse en sintonía con las metas nacionales de universalización del acceso a los servicios de salud. Eso es un gran desafío para las universidades y líderes formados a partir de conceptos de gerenciamiento tradicional.

¿Cuál es el abordaje de la OPS para el área de Técnicos en Salud?

Hay dos marcos muy importantes en la tradición que la OPS tiene en la cooperación técnica para el desarrollo de esos profesionales. El primero es la

experiencia de la década de los 90, cuando, bajo coordinación de Costa Rica, un conjunto de países, que fue aumentando con el tiempo, creó la Red de Educación Técnica en Salud (RETS), que tenía núcleos en cada país, responsables por proyectos específicos de interés para toda la Red. Esa experiencia se debilitó durante un período, pero fue reactivada en 2005, a partir de la transferencia de la Secretaría Ejecutiva de la Red a la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), la cual fue designada, en 2004, como Centro Colaborador de la OPS/OMS en educación técnica en salud, y ha estado trabajando intensamente en el desarrollo de estudios de recursos humanos técnicos, disseminación de información, producción de conocimientos y cooperación horizontal con países como Bolivia y Paraguay para fortalecer la educación. Con la EPSJV, entre otras iniciativas, estamos promoviendo cooperación para el desarrollo de ese personal de salud. El segundo es el programa que se ha estado desarrollando desde hace más de una década, con el apoyo de la OPS, en 15 países de América Latina, en los cuales, en el área de enfermería, hay un alto índice de auxiliares y un bajo porcentaje de profesionales de nivel superior. Ese programa de profesionalización busca cualificar al personal auxiliar, en su propio lugar y horario de trabajo, por medio de pedagogías innovadoras que integran los procesos de estudio-trabajo y docencia-servicio, y permite la mejora directa e inmediata de la calidad de la atención a la salud.

Uno de los Desafíos Críticos propuestos en la Reunión de Toronto de 2005 fue la necesidad de desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones formadoras y las de servicios que permitan adecuar la formación de profesionales a un modelo de cuidado universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población. Si se considera que varios sistemas de salud de América Latina no son universales, ¿Cómo deben tener lugar los cambios en la formación de los trabajadores de la salud?

Los elementos fundamentales para poder alcanzar la necesaria interacción y contar con suficientes recursos humanos en salud y con formación apropiada son: la promoción de la acción conjunta de los Ministerios de Salud y de Educación para la adecuación de la educación profesional; la adopción de políticas que fomenten la atracción de estudiantes hacia la estrategia de APS, incentiven la permanencia, en lugares estratégicos, de profesionales bien formados y garanticen los recursos financieros necesarios para la sustentabilidad de los recursos humanos en la APS; la creación y utilización de mecanismos que permitan asegurar los niveles de conocimientos exigidos por la APS; y, finalmente, la definición de acuerdos y el seguimiento de los Ministerios de Salud de los procesos de formación que tengan en vista la APS.

**¿De qué manera las propuestas incorporadas pueden tener influencia sobre el compromiso por la renovación de la APS, con respecto a la formación de trabajadores técnicos en salud?**

La renovación de la APS fue declarada una prioridad por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y, anteriormente, por la OPS. Ello presupone un compromiso político que ya comienza a tener impacto sobre las mismas decisiones nacionales de adopción de la propuesta de desarrollo de sistemas de salud basados en la APS. La transformación de puestos de trabajo, la sustitución de personas en centros comunitarios y las orientaciones para la enseñanza, entre otros, ejercen influencia en las competencias, responsabilidades y educación de los técnicos y promueven su integración en los equipos de salud. Es importante destacar que el conjunto de técnicos en salud vinculados predominantemente a las tecnologías médicas necesita adecuar sus perfiles a las demandas de calidad, proximidad a las poblaciones y prioridades de salud, lo que implica incorporar conceptos de salud pública, epidemiología y ética de la salud. Por otro lado, los trabajadores técnicos de salud pública, salud comunitaria y de los servicios básicos de salud tienen que intensificar su integración en los equipos

de salud, fortalecer su visión y estrategia poblacionales y aprender y contribuir para la creación de las redes de servicios de APS.

**En muchos países de la Región, la escasez de trabajadores de la salud es un obstáculo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). ¿Qué tipo de relación puede establecerse entre el aumento de la calidad de esos trabajadores, así como su mejor cualificación, y la mejora en las condiciones de salud. ¿Hay datos que demuestren esa relación?**

Muchos estudios, realizados en el ámbito del Programa de Salud de la Familia (PSF), en Brasil, y en varios países, demuestran que la extensión de sistemas de APS con trabajadores organizados y cualificados causa impactos positivos en la reducción de la mortalidad materno-infantil. Otros prueban que una baja dotación de enfermeras aumenta las infecciones hospitalarias y el tiempo medio de internación. Finalmente, estudios de 192 países del mundo muestran que con menos de 25 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 mil habitantes es improbable que puedan ser satisfactorios los servicios esenciales de salud.

**La OMS sólo utiliza las categorías 'médicos' y 'enfermeras' para medir la escasez de recursos humanos en salud. Usted acaba de resaltar que los países con una densidad menor a 25 profesionales por cada 10 mil habitantes no logran ofrecer un nivel mínimo de cobertura. ¿Existe algún cálculo similar para evaluar la escasez de técnicos en salud, tanto en las zonas rurales como en las urbanas?**

En realidad, los estudios que mencioné se basan en correlaciones y no en fórmulas, a pesar de que también existen métodos de planificación que permiten establecer esas medidas. En general, preferimos no promover cálculos universales de dotación de recursos humanos, ya que los contextos, los conceptos y los sistemas de salud varían

mucho, incluso dentro de un mismo país. Como consecuencia de esto, la dotación de personal de salud requiere análisis de necesidades y condiciones específicas. Con respecto a los técnicos en salud, la OMS y la OPS están ampliando los estudios de análisis de otras categorías profesionales, los cuales van a incluir progresivamente a los técnicos, de los cuales surgirán propuestas de dotación mínima. Actualmente, ya han sido incluidos los agentes comunitarios de salud y los auxiliares de enfermería. Con relación a la distribución urbano-rural, la categoría de los técnicos se comporta de la misma manera que los otros profesionales, con una alta densidad en las capitales y en las zonas urbanas y una densidad decreciente en las zonas poco pobladas y rurales.

**En el informe 'Salud en las Américas 2007' se dice que el tema del desarrollo de recursos humanos en salud no ocupó un lugar destacado en la Región durante el período 1980-2001. ¿Qué líneas de desarrollo de recursos humanos están siendo promovidas actualmente por la OPS y sus Estados Miembros?**

La 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó, en septiembre de 2007, las 'Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015'. Ese documento, que obtuvo un amplio apoyo de los ministros de Salud de la Región, está compuesto por un cuerpo conceptual y referencial y una parte de política, en la cual se definen metas para cada uno de los Desafíos Críticos señalados en Toronto. Además de las metas de políticas, de dotación y distribución y de migraciones, se dedica mucha atención a las metas vinculadas al desarrollo de recursos humanos. Esas líneas de desarrollo incluyen orientar competencias de personal hacia la APS, perfeccionar las capacidades de los trabajadores mediante la educación permanente en el servicio, crear mecanismos de articulación y decisión conjunta entre las instituciones de enseñanza y de servicio, asegurar el aprendizaje permanente, disminuir la evasión de los alumnos y mejorar la calidad educativa por medio de títulos habilitantes.

**La migración internacional de trabajadores de la salud ha au-**

**mentado mucho en las últimas décadas, acentuando aún más la gravedad de la crisis de los sistemas de salud, principalmente en los países más pobres. ¿Es éste un problema regional? ¿Cuáles son los países que han perdido más trabajadores y cuáles han recibido más? ¿En qué medida el nuevo código de prácticas sobre contratación de trabajadores que la OMS está preparando contribuirá para mejorar la situación?**

Ese proceso se ha transformado en un factor crítico de provisión de servicios y en un determinante social de la salud. En las Américas, hemos realizado estudios regionales y nacionales que muestran flujos hacia los EUA y Canadá, Reino Unido y España o incluso Italia y Portugal. También hay circulación de profesionales en la Región, principalmente en el Caribe, en América Central y en América del Sur. Los países de habla inglesa en el Caribe son los más afectados por la migración, especialmente de enfermeras, aunque otros países de AL también sufren ese impacto. Sin excepción, la migración de personal de salud representa una situación paradójica para los países, ya que, a pesar de los problemas, las remesas de migrantes son un importante aporte para algunas economías nacionales. Otro aspecto positivo es que la circulación permite la capacitación, el intercambio y el enriquecimiento de la atención a la salud. El código de práctica para la contratación internacional de personal de salud es un instrumento completo que la OMS quiere aprobar y que incluye orientaciones precisas de autosuficiencia, mejora de las condiciones de trabajo, beneficios mutuos y otras aristas del problema. La OPS trabajará para difundir el código en las Américas y para su análisis e incorporación.

**¿Cuáles son las perspectivas de la cooperación técnica entre países (CTP) para el área de Técnicos en Salud en América Latina y en el Caribe?**

Las metas regionales de RH que mencioné anteriormente constituyen la propuesta central. En ese marco, es importante enfatizar: la actualización, el fortalecimiento y la ampliación de la

RETS, la difusión y diseminación de información y conocimiento sobre educación técnica en salud y la reorientación de la educación técnica a la Salud Pública y a la APS, con énfasis en los conceptos de ética, y al alcance de los objetivos del milenio. También está la promoción de mecanismos de titulación y certificación de personal técnico en salud y la introducción de procesos de educación permanente en los servicios.

Hay tres grupos de técnicos que nos preocupan y para los cuales estamos promoviendo programas especiales de cooperación: los agentes comunitarios de salud, que son un personal clave para asegurar procesos de primer nivel en la APS vinculados a la promoción, prevención e identificación precoz de problemas de salud; los auxiliares que, en los países de América Latina, se encargan aproximadamente del 70% de los cuidados de enfermería; y los técnicos de los pueblos indígenas originarios y de lugares remotos, que requieren esfuerzos especiales de capacitación, mejora de condiciones de trabajo y apoyo afectivo.

Finalmente, la cooperación horizontal entre países se ha mostrado como una estrategia importante para el área de la educación de técnicos en salud, no sólo para la Región, sino también para los países africanos de habla portuguesa, por medio de su vinculación con la OMS.

**¿Cómo está siendo incorporado el tema de los determinantes sociales de la salud en las estrategias y proyectos de la OPS relativos al área de Técnicos en Salud?**

Por un lado, la reorientación de la formación básica de profesionales y técnicos de salud hacia la Salud Pública y la APS incorpora, por sí mismo, el análisis de los determinantes sociales y los tiene como base. Esa es una de las metas regionales que estamos desarrollando a favor del cambio de los planes de estudio básicos. Por otro lado, la propuesta de capacitación sobre determinantes sociales por medio del Campus Virtual está orientada a los docentes de posgrado en Salud Pública y comienza en abril de este año. Existe también un módulo de autoaprendizaje que está disponible en la WEB (<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso>) para cualquier trabajador de la salud. 📄

## ESTeSL, Portugal: 'Salud & Tecnología' gana reconocimiento público

El día 12 de enero, en el auditorio de la Escuela Superior de Tecnología de la Salud de Lisboa (ESTeSL), se reunieron estudiantes, docentes, empleados no docentes e invitados para celebrar los 28 años de existencia de la Escuela. En el evento, que contó con la presencia del Presidente del Instituto Politécnico de Lisboa, Manuel Vicente Ferreira, los allí presentes asistieron a una presentación de miembros de la Academia de Música de Santa Cecília y a la conferencia 'La Escuela Superior de Tecnología de la Salud de Lisboa y los 10 años de la EXPO'98', proferida por el arquitecto Carlos Barbosa, del Parque Expo.



Al igual que en años anteriores, también fueron entregadas las medallas de 25 años a los docentes y empleados que cumplieron con 25 años de servicio en la institución: las empleadas Ana Afonso y Zelinda Candeias y los profesores Ilda Poças y Manuel Correia (en la foto, pronunciando un discurso). El diploma de reconocimiento público, innovación y desarrollo del año 2008 fue atribuido al proyecto de la revista científica de la ESTeSL – 'Salud y Tecnología', lanzada en abril. La ceremonia terminó, como ya es tradición, con la Entrega de las Cartas de Curso a los Licenciados en el año Lectivo de 2007/2008.

## EPSJV, Brasil: Seminario debate formación técnica en salud en el Mercosur

Del 24 al 26 de noviembre, fue realizado, en la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Brasil, el Seminario Internacional 'Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en Brasil y en el Mercosur'. Al final del evento, representantes de la Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Paraguay y Uruguay (ver información en la página 12), divulgaron el 'Documento de Manguinhos sobre Formación de Trabajadores Técnicos en el Mercosur', en el que se quedaron registradas las principales cuestiones discutidas.

El documento enfatiza la necesidad de trasladar el énfasis de la integración – “de los acuerdos económicos y comerciales hacia una verdadera integración social que propicie una mejora efectiva de las condiciones de vida de las poblaciones de esos países” – y alerta sobre las cuestiones importantes – regulación de las relaciones de trabajo, políticas nacionales y regionales de educación y de salud – y sobre los desafíos que aún deben ser superados para que pueda establecerse efectivamente la libre circulación de trabajadores entre los países del bloque. Además de eso, constata que, a pesar de que los trabajadores técnicos representan la porción más significativa del personal en los servicios de salud, no existe ni siquiera una definición unívoca en la región del significado de las expresiones 'trabajadores técnicos en salud' y 'profesionales técnicos en salud'. De acuerdo con los participantes del Seminario, es necesario continuar promoviendo las políticas de integración regional, por medio de nuevos debates, proyectos y encuentros.

## Efos-SC, Brasil: 15 años de contribución con el SUS

En el día 16 de diciembre de 2008, la Escuela de Formación en Salud (Efos), de la Secretaría de Estado de Salud de Santa Catarina (SES-SC), Brasil, reunió autoridades del área de la Salud, empleados y funcionarios de la SES; coordinadores regionales y mediadores; alumnos de los cursos; y representantes de instituciones asociadas y de la comunidad en general, para la realización de un cóctel para celebrar sus 15 años. El evento tuvo inicio mediante la exhibición de un video institucional con declaraciones sobre la importancia de la Efos para la cualificación técnica profesional. Luego de ello, se realizaron homenajes y se entregaron medallas y placas conmemorativas.

En su discurso, la gerente de la escuela, Leni Coelho Granzotto (en la foto, siendo homenajeada), destacó el momento de modernización e innovación que se está viviendo la Efos, lo que incluye el lanzamiento de un programa informativo destinado a los Agentes Comunitarios de Salud y la creación de un site, el cual será puesto en el aire en breve. Por su parte, la Secretaria de Estado de Salud, Carmen Zanotto, subrayó el papel de la Efos en la formación de equipos de salud más competentes, humanizados y efectivos. La representante del Ministerio de Salud, Maria Aparecida Brito, resaltó la importancia de las Escuelas Técnicas del SUS para la cualificación y formación técnica de los profesionales del área, a fin de cumplir con las demandas del Sistema.



## 12º Congreso Mundial de Salud Pública - 'Haciendo la diferencia en la salud pública global: educación, investigación y prácticas'

Organizado por la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA), y por la Asociación Turca de Salud Pública (TPHA), el evento abordará los desafíos y oportunidades para las organizaciones de salud pública en todo el mundo, dando oportunidad a profesionales de todo el mundo de compartir las más recientes ideas y experiencias en el área, incluyendo las de educación, de investigación y de las prácticas.

**Período:** del 27 de abril al 1º de mayo

**Lugar:** Estambul, Turquía

**Más información:** [www.worldpublichealth2009.org](http://www.worldpublichealth2009.org)

## 57ª Reunión del Instituto de Estadística Internacional (ISI)

La Dirección de Recursos Humanos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto de Estadística Internacional (ISI) están seleccionando trabajos sobre el tema 'Midiendo las desigualdades de las fuerzas de trabajo en salud: métodos y aplicaciones', que serán presentados durante la 57ª reunión Bienal del ISI. Los resúmenes pueden ser enviados hasta el día 13 de abril. La OMS podrá hacerse cargo de los costos de hasta cuatro autores de los trabajos seleccionados, a fin de que estos autores realicen la exposición de los mismos en el encuentro. El objetivo de la iniciativa es promover discusiones sobre la medida de inequidad en salud y sus implicancias para la planificación y la construcción de políticas de salud.

**Período:** del 16 al 22 de agosto

**Lugar:** Durban, Sudáfrica

**Envío de resúmenes:** hasta el 13 de abril

**Más información:** Site de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) > Programmes and projects > Health workforce > 2009 events

## XXII Congreso Internacional de Diagnóstico por Imágenes y III Conferencia Internacional de Terapia

El XXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociedades de Biología y Medicina Nuclear (Alasbimn) tendrá lugar en Cartagena, Colombia, del 4 al 7 de noviembre, con el tema 'De la controversia a la práctica clínica'. Simultáneamente se realizarán la III Conferencia Internacional de RadioTerapia (ICRT), el IV Congreso Nacional y el I Congreso Internacional de Tecnólogos en Radiología e Imágenes Diagnósticas y el Regional (Ecuador, Venezuela, Colombia) en el área de Medicina Nuclear.

**Período:** del 4 al 7 de noviembre

**Lugar:** Cartagena, Colombia

**Envío de resúmenes:** 8 de junio (III ICRT) y 1º de julio (XXII Congreso de la Alasbimn)

**Más información:** [www.alasbimncolombia2009.com](http://www.alasbimncolombia2009.com) e [www.icrt-09.warmolth.org](http://www.icrt-09.warmolth.org)

## publicaciones

### Recursos Humanos para la Salud



Recursos Humanos para la Salud es una publicación científica electrónica, de acceso libre y universal, que abarca todos los aspectos de planificación, formación y gestión de personal de salud en todo el mundo. Su obje-

tivo es divulgar investigaciones relacionadas con el área de recursos humanos en salud, incentivando el debate sobre cuestiones hasta ahora descuidadas. Publicado por Biomed Central, una editorial independiente, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el editor en jefe de la publicación es Mario Roberto Dal Poz. Su Consejo Editorial está conformado por 40 reconocidos especialistas de varios países.

Los autores interesados en publicar artículos en la revista deben enviar sus artículos de acuerdo a las orientaciones del Manual de Inscripción para Autores. A pesar de estar publicada únicamente en inglés, la revista presta apoyo editorial a los autores que escriban inicialmente en otros idiomas.

Para aquellos usuarios que hayan realizado su registro, la revista envía mensajes electrónicos con resúmenes de los últimos artículos publicados, lo que permite que estos usuarios puedan estar continuamente actualizados.

Más información: <http://www.human-resources-health.com>

### Plan de Desarrollo de Personal de Salud con metas para 2015 - Mozambique

Fue lanzado en Maputo, el día 29 de octubre, el Plan Nacional de Desarrollo de los Recursos Humanos de la Salud 2008-2015 (PNDRHS) de Mozambique. Con el tema 'Trabajadores de la Salud suficientes y competentes para más y mejores servicios de salud para el pueblo mozambiqueño', el PNDRHS ha sido desarrollado con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El documento tiene como base el reconocimiento acerca de la necesidad de abordar cuestiones como la falta de la capacidad de formación, baja remuneración, baja motivación, 'fuga de cerebros' hacia el sector privado, limitada capacidad de gestión y un grave déficit de trabajadores en el sector de la salud.

La propuesta del gobierno es aumentar en aproximadamente un 80% el número total de trabajadores de la salud en el país, que pasaría de los actuales 25.683 (1,26 por cada 1.000 habitantes) a 45.904 (1,87 por cada 1.000 habitantes), en 2015. Tal medida que, según el documento, depende directamente de una mayor integración entre el Ministerio de Salud mozambiqueño y las instituciones formadoras, es considerada fundamental para fortalecer el sistema nacional de salud y posibilitar que se puedan alcanzarse, en esa área, los Objetivos del Milenio (ODM) establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

**PNDRHS (en portugués):** [http://www.who.int/countries/moz/events/hrh\\_booklet\\_summary\\_pt.pdf](http://www.who.int/countries/moz/events/hrh_booklet_summary_pt.pdf)

**PNDRHS (en inglés):** [http://www.who.int/countries/moz/events/hrh\\_booklet\\_summary\\_en.pdf](http://www.who.int/countries/moz/events/hrh_booklet_summary_en.pdf)



## Tecnologías de la salud: una tendencia, diversas realidades

En las últimas décadas, principalmente a partir de la 2ª Guerra Mundial, la humanidad ha vivido un increíble avance tecnológico, que revoluciona todas las áreas de la actividad y todos los sectores de la sociedad, y demanda, cada vez más, profesionales bien preparados y capaces de lidiar de forma satisfactoria con esas nuevas tecnologías.

En el área de la salud, esto no es diferente y varias tecnologías se van incorporando progresivamente a los servicios, lo que altera significativamente las configuraciones de los sistemas de salud y provoca grandes cambios en la asistencia médica, además de obligar a una constante evaluación de los niveles mínimos de conocimiento y de formación necesarios para el desempeño de las actividades profesionales en el sector.

En ese proceso, y con grandes particularidades, algunos países, como Cuba, Portugal y Costa Rica, optaron por juntar cursos de

formación técnica en salud bajo la denominación común de ‘tecnologías de la salud’ o, en el caso de Uruguay, ‘tecnologías médicas’.

“Esas profesiones emergen de la evolución científica y tecnológica aplicadas a la salud, sobre todo a la medicina, con una fuerte matriz de base científica, en la secuencia de los grandes descubrimientos en el ámbito de la biología, de la física y de la química del siglo XIX”, explica el profesor-coordinador del curso de Cardioneumonología y vicepresidente del Consejo Directivo de la Escuela Superior de Tecnologías de la Salud de Lisboa, (ESTeSL), João Lobato.

### Tecnologías en salud

En el campo de la salud, el término tecnología todavía se utiliza mucho, de forma reductora, para hacer referencia a equipos o medicamentos. El término, sin embargo, debe comprenderse como conjunto de herramientas, entre ellas, las acciones de trabajo, que ponen en movimiento una acción transformadora de la naturaleza. Por lo tanto, en el concepto deben incluirse los conocimientos y las acciones necesarias para operarlos: el saber y sus procedimientos. El sentido contemporáneo de tecnología, por lo tanto, hace referencia a los recursos materiales e inmateriales de los actos técnicos y de los procesos de trabajo, sin, no obstante, fundir esas dos dimensiones. Además de eso, dado el gran desarrollo del saber técnico-científico de los días actuales, ese componente saber de la tecnología adquiere calidad y estatuto social adicionales. En sus estudios, la médica sanitaria Lília Schraiber se refiere a la tecnología como un saber que, si bien ya posee la gran cualidad de propiciar actos técnicos (transformaciones de las cosas por su intervención manual), es construido, valorizado y visto, sobre todo, por lo que posee de conocimiento complejo: “un conocimiento de tipo teoría. Una teoría sobre prácticas o modo de practicar”. La ciencia de la técnica, como dicen algunos autores.

Fuente: Dicionário da educação profissional em Saúde (Rio de Janeiro: EPSJV, 2006)

## En Portugal, influencias del Proceso de Bolonia

Iniciada hace más de un siglo, en el contexto exclusivo del trabajo, la formación de técnicos en salud en Portugal ha pasado por muchos cambios, tanto en lo que se refiere al nivel de ingreso como al grado otorgado por los cursos.

Más recientemente, la historia de la enseñanza formal de las tecnologías de la salud puede dividirse, según el sociólogo David Tavares, profesor-coordinador del Área Científica de Sociología y presidente del Consejo Científico de la ESTeSL, en dos fases. “La primera comenzó a principios de la década de 1960, durante la dictadura, con la creación de los Centros de Preparación de Técnicos y Auxiliares de los Servicios Clínicos (CPTASC) que funcionaban en los hospitales centrales de Lisboa, Porto y Coímbra, con diferentes niveles de formación de grado no superior, bajo la tutela del Ministerio de Salud y Asistencia”, cuenta Tavares.

“Con el fin de la dictadura, en 1974, esos cursos se extinguieron y hasta 1980 no se registró ningún tipo de formación en esa área, o sea, hubo un interregno absoluto en la formación en todas las áreas de las tecnologías de la salud, que duró seis años (1974/80). La segunda fase comenzó a principios de la década de 1980, a partir de la creación de las Escuelas Técnicas de los Servicios de Salud y prosiguió con su integración al nivel de enseñanza superior politécnica, en 1993, cuando recibieron la designación de Escuelas Superiores de Tecnologías de la Salud (ESTeS) y pasaron a otorgar el título de *bacharel*, agrega el profesor.

En 1999, los cursos portugueses pasaron a estar organizados en dos ciclos. Los alumnos recibían el título de *bacharel* al finalizar el primer ciclo, que tenía una duración de seis semestres, y luego el título de *licenciado* al concluir el segundo, que comprendía dos semestres de estudios.

El grado de *bacharel* les permite a los diplomados integrarse a los equipos de salud, y les compete a esos profesionales “el desarrollo de actividades a nivel de la patología clínica, inmunología, hematología clínica, genética y salud pública, a través del estudio, aplicación y evaluación de las técnicas y métodos analíticos propios con fines de diagnóstico y de rastreo”. (Decreto-ley n° 564/99 - Portugal).

El grado de licenciado consolida y refuerza los saberes y competencias de concepción, planificación, organización, aplicación y evaluación del proceso de trabajo, ya sea a nivel de la prestación de cuidados de salud, o a nivel de la gestación/coordinación.

A fines de ese año, se estableció el estatuto legal de la carrera pública de Técnico de Diagnóstico y Terapéutica, el cual abarcaba un conjunto de categorías profesionales de formación especializada de nivel superior. Actualmente, la carrera congrega 18 profesiones reconocidas y reguladas.

De acuerdo con el profesor João Lobato, actualmente existen en Portugal 22 instituciones públicas y privadas de enseñanza superior en el ámbito de las tecnologías de la salud, las cuales ofrecen 3.700 vacantes por año. “En los últimos diez años, se ha verificado un aumento de la oferta de cursos de licenciatura en esa área, como consecuencia de la creciente afirmación de la identidad y autonomía de esos profesionales en los equipos de salud”, justifica.

En el país, a partir de 2008, los cursos de licenciatura en tecnologías de la salud fueron adecuados al Proceso de Bolonia, y ya comenzaron a surgir propuestas de cursos de 2° y 3° ciclo – maestría y doctorado – en esa área.

Firmado en 1999, por los Ministros de Educación de 15 países europeos, el polémico Tratado de Bolonia prevé la creación de un Espacio Europeo de Enseñanza Superior, en el cual se les facilita a los estudiantes la movilidad y sus créditos tienen una validación múltiple.

La idea principal del Proceso de Bolonia consiste en la ecualización de los sistemas nacionales de Enseñanza Superior, mediante sistemas ‘3+2+3’ – tres años de graduación, dos de maestría y otros tres de doctorado – o, en algunos casos 4+1 – cuatro años de graduación y uno de maestría –, lo que reduce sensiblemente el tiempo total de la formación, que hoy es de más de diez años. El proceso ha generado protestas en varios países, ya que aumenta, según los críticos, la mercantilización de la enseñanza, esto es, la adecuación de los programas educativos a las necesidades de las empresas.

Análisis Clínicos y Salud Pública, Anatomía Patológica, Citología y Tanatológica, Audiología, Cardio-neumonología, Dietética, Farmacia, Fisioterapia, Higiene Oral, Medicina Nuclear, Neurofisiología, Ortóptica, Ortoprotésia, Prótesis Dental, Radiología, Radioterapia, Terapéutica del Habla, Terapéutica Ocupacional y Salud Ambiental.

Con relación a las futuras tendencias, David Tavares cree que las mismas dependen de factores contingentes y, como tales, difíciles de prever, pero arriesga: “Los grupos socio-profesionales que integran la carrera técnica de diagnóstico y terapéutica tienden a manifestar sentimientos colectivos de pertenencia relativamente fuertes con relación al grupo habitualmente designado como tecnologías de la salud, lo que puede ser un factor importante en la redefinición de las carreras públicas en Portugal. Por otro lado, la tendencia es que un porcentaje creciente de profesionales de esas áreas empiecen a desarrollar su actividad en el sector privado, en el cual generalmente el ejercicio profesional no está regulado por una carrera”.

Para Tavares, la otra tendencia muy probable está relacionada con la inclusión en los perfiles de formación de otras especialidades, como la de los técnicos de podología y de emergencia médica, para los cuales todavía no existe en Portugal formación reconocida a nivel de enseñanza superior.

## En Cuba, ‘Batalla de las Ideas’ y universalización de la enseñanza superior

Hasta fines de los años 80, la gran mayoría de los trabajadores técnicos del sistema de salud cubano era de nivel medio. Con la ‘Batalla de las Ideas’, se implementaron varios proyectos revolucionarios, entre ellos, el desarrollo de un nuevo perfil pedagógico: el tecnólogo de la salud, cuya historia comenzó en 1989. En esa época, fue

Conjunto de estrategias y programas utilizados por el gobierno cubano para enfrentar el ‘período especial’, o sea, la crisis económica, política y social provocada por el fin de la Unión Soviética.

implementado, de forma experimental, en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, un curso de Licenciatura en Tecnología de la Salud para trabajadores técnicos, con seis perfiles de salida – Citohistopatología, Laboratorio, Imagenología, Optometría, Rehabilitación, e Higiene y Epidemiología.

En 2002/2003 se implementó una nueva variante de esa formación – los cursos emergentes, abiertos para jóvenes con 12º grado completo y sin experiencia de trabajo –, caracterizada por estudios intensivos de corta duración, con continuidad de estudios universitarios garantizados (ver información en la página 11). A fines del año siguiente, a partir de la creación de la Facultad de Tecnología de la Salud (Fatesa), el curso pasó a integrar, junto con las carretas de Medicina, Estomatología y Licenciatura en Enfermería, el conjunto de formaciones académicas de nivel superior en el campo de la salud.

Con una duración de cinco años, el curso está estructurado en tres niveles, con dos salidas intermedias: el primero, con un año de duración, forma técnicos básicos con inserción profesional inmediata en el sistema de salud; el segundo nivel, para trabajadores, con duración mínima de dos años y salida como técnico superior; y un tercer nivel, también de dos años, con salida como licenciado en Tecnología de la Salud, o sea, como profesional de nivel universitario.

De acuerdo con lo expresado por las investigadoras Marta Pernas Gómez y Carmen Garrido Riquenes, en el artículo 'Antecedentes y nuevos retos en la formación de técnicos de la salud en Cuba', las salidas intermedias constituyen un paso muy importante para el aprovechamiento óptimo de las potencialidades individuales de cada estudiante. La idea, según ellas, es que el sistema estimule la continuidad de los estudios, de tal manera de que todos puedan llegar, dentro de su propio ritmo, al último nivel de formación.

Actualmente, en Cuba, la Licenciatura en Tecnología de la Salud, consta de 21 perfiles, con cursos ofrecidos en la mayoría de las provincias del país y cerca de 80 mil alumnos.

Terapia Física y Rehabilitación; Laboratorio Clínico; Imagenología; Medicina Transfusional; Optometría y Óptica; Atención Estomatológica; Higiene y Epidemiología; Podología; Farmacia Dispensarial; Citohistopatología; Nutrición y Dietética; Logopedia, Foniatría y Audiología; Rehabilitación Social y Ocupacional; Prótesis Estomatológicas; Radiofísica Médica; Registros, Información e Informática de la Salud; Microbiología, Electromedicina; Administración y Economía; y Traumatología.

### Costa Rica y Uruguay: en busca de la formación integral

En Costa Rica, le cabe a la Escuela de Tecnologías en Salud, que hasta el 2005 era un sector de la Facultad de Medicina en la Universidad de Costa Rica, promover la formación de profesionales en áreas específicas de las tecnologías en salud.

La institución ofrece cursos en ocho especialidades: Emergencias Médicas; Urología; Ortopedia; Oftalmología; Gastroenterología; Disección; Electroencefalografía; y Electrocardiografía. Los planes de estudio están aprobados por el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (Sinaes) y buscan promover el compromiso de los futuros profesionales con la producción social de la salud, el trabajo en equipo, la calidad de atención y la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con el profesor César Alfaro Redondo, de la Escuela de Tecnologías en Salud, durante el seminario internacional realizado, en noviembre, en Brasil, en la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), la revisión curricular es siempre un tema muy discutido, aunque hay otros desafíos que deben ser superados. "Nosotros buscamos pensar qué cursos pueden pasar a ser de nivel superior, como ocurrió con el de Salud Ambiental y el de Terapia Física, cuál sería el tronco común entre ellos y cuáles podrían ser posteriormente transformados en especialidades, pero, sobre todo, debatimos cuál es el componente ético que debe permear la formación de esos técnicos".

Según él, las experiencias realizadas por otros países han sido importantes en las discusiones que buscan mejorar el sistema costarricense de formación técnica en salud.

En Uruguay, la institución responsable por la formación técnica en salud es la Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas (EUTM), creada en 1950, en el ámbito de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, como 'Sección de Auxiliares Médicos'. En 1994, la Escuela asumió su carácter universitario.

Hoy, de casi 100 cursos de grado de la Universidad de la República, 27 son del área de salud. De esos 27, 21 se dictan en la Facultad de Medicina, 18 de los cuales son ofrecidos por la EUTM (17 en Montevideo y 10 en Paysandú).

De los 18 cursos, 11 forman licenciados – Fisioterapia; Fonoaudiología; Imagenología; Instrumentación Quirúrgica; Laboratorio Clínico; Neumocardiología; Neurofisiología Clínica; Oftalmología; Psicomotricidad; Registros Médicos, con salida intermedia como Tecnólogo en Registros Médicos; y Terapia Ocupacional –, tres forman exclusivamente tecnólogos – Cosmetología Médica; Radioterapia y Salud Ocupacional – y cuatro forman técnicos – Hemoterapia; Podología Médica, Anatomía Patológica y Radiosíntopos.

Siendo que, como afirmó el director de la EUTM, Juan Mila, durante el Seminario Mercosur (ver información en la página 5), el perfil del técnico incluye exclusivamente el 'hacer', la dimensión técnica del trabajo; y el del tecnólogo, cuyo proceso formativo, agrega, además de una sólida formación técnica, materias como didáctica y pedagogía, psicología, metodología científica, ética y derecho del trabajo y administración hospitalaria, incorpora una praxis social integradora.

Los cursos de licenciatura, con cuatro años o más de duración, ofrecen una importante formación básica y una fuerte relación entre la formación teórica y práctica, siendo que la primera representa por lo menos el 40% de la carga horaria total. Los alumnos presentan una monografía al finalizar el curso y en varios casos se incluye una pasantía obligatoria.

Actualmente, ya son más de 10 mil los egresados y cerca de 3 mil los alumnos, en cursos cuyo currículo agrega conocimientos, aptitudes y actitudes propias de cada profesión y otras comunes a todas las formaciones. La idea es formar profesionales en una perspectiva integral que reúna las bases científica, humanística, social y ética de la práctica de las tecnologías de la salud. ❏

Colaboró: Ana Luisa Raposo (ESTeSL)

## Técnico en Salud

La importancia del trabajador técnico en salud en las acciones curativas y preventivas, así como su creciente responsabilidad en el ámbito de los sistemas de salud son citadas frecuentemente en documentos que tratan del asunto. La cuestión es saber exactamente a quién hacen referencia los textos, teniendo en cuenta que la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) llama la atención, en su informe 2003 (pág. 112), sobre los diferentes niveles de formación y sobre la diversidad de títulos utilizados para designar a esos profesionales, los cuales constituyen un contingente expresivo de la fuerza de trabajo del sector.

A pesar de que la palabra ‘técnico’ tiene cierta especificidad, su sentido real varía de acuerdo con los contextos social, político, económico y cultural que definen los diferentes sistemas educativos nacionales, así como con las características que el trabajo en salud asume en cada caso. A lo largo del tiempo, cada país promovió la formación de auxiliares y técnicos de acuerdo con sus necesidades específicas, nombrándolos también de forma peculiar. El resultado es que, si consideramos el conjunto de países, encontramos títulos diferentes para profesionales con formación similar o incluso una misma denominación aplicada a profesionales con distintas formaciones y atribuciones.

El término ‘técnico en salud’ se emplea muchas veces indiscriminadamente para representar un amplio conjunto de trabajadores que ejercen algún tipo de actividad técnico-científica en el área, considerando tanto aquellos que presentan únicamente un nivel elemental de escolaridad – los agentes de salud reclutados en las comunidades, por ejemplo – como los auxiliares técnicos, que ya han completado la escuela primaria, así como los técnicos de nivel medio o superior de diversas especialidades.

### En las Américas, las discusiones comenzaron en 1975

En la región de las Américas, desde 1975, año en que fue realizada en Venezuela, la ‘1ª Reunión del Grupo de Estudio de Recursos Humanos de Nivel Intermedio en Salud’, se han organizado varios eventos para discutir la cuestión.

Frente a la dificultad de establecer un concepto relativamente homogéneo del término “técnico en salud”, en función de la gran fragmentación de criterios y conceptos referentes a la formación y utilización de esos trabajadores, la opción fue sugerir que, además del término utilizado para nombrar a esos profesionales, su definición incluya los siguientes aspectos: diferencia entre el técnico y otras categorías profesionales de mayor o menor cualificación; inclusión de la obligatoriedad de la formación mediante cursos legalmente establecidos; instituciones aptas para realizar la formación de ese personal; requisito mínimo de escolaridad para iniciar los estudios en cualquier especialidad de esta categoría; y duración de los cursos de formación.

En 1996, con base en esa propuesta, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) estableció, de acuerdo con el informe de la ‘Reunión de formación y utilización de técnicos medios en salud’, la siguiente definición general: “El ‘técnico en salud’ es aquel profesional que realiza acciones específicas y fundamentalmente sistematizadas en el campo de la salud 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 bajo supervisión directa o indirecta del personal de nivel superior, pudiendo asimismo supervisar trabajadores de

Puestos de trabajo separados; tareas simples y rutinarias, generalmente prescriptas; intensa división técnica del trabajo, que incluye una separación entre concepción y ejecución y un gran contingente de trabajadores con baja autonomía para intervenir en el proceso de trabajo.

igual o menor calificación. La complejidad de sus acciones es mayor que la de profesionales auxiliares y menor que del personal de nivel profesional o equivalente. El técnico se cualifica mediante cursos legalmente reconocidos, en centros de enseñanza aprobados de acuerdo con las exigencias jurídicas de cada país”.

### En la RETS, la definición adquirió nuevos contornos

En el ámbito de la RETS, el asunto ha sido ampliamente debatido desde su creación, en 1996, sin que se haya podido establecer una lógica común de clasificación. En ese sentido, la propuesta es construir una estructura de clasificación basada en parámetros que posibiliten una primera aproximación entre las diversas realidades existentes en los países que componen la Red.

Si bien se reconoce que la definición propuesta por la OPS es coherente con una organización del trabajo en salud que, fuertemente influenciada por el complejo médico-industrial, aún presenta fuertes componentes tayloristas/fordistas, la RETS propone complementar la definición, buscando incorporar, más allá de la dimensión operativa, la esfera de los saberes, conocimientos y valores que estructuran tanto los procesos de trabajo como las relaciones sociales: “La formación del técnico se asienta sobre una sólida base de conocimientos generales proporcionados tanto por la educación básica como por la formación técnica, a la cual se integran conocimientos científico-tecnológicos y sociopolíticos, necesarios para el ejercicio técnico-profesional y social con responsabilidad, autonomía, compromiso y ética”. (‘Bases para un plan de desarrollo de técnicos en salud’, 2005)

“La formación técnica debe ser pensada, pues además del saber técnico, ese trabajador debe poseer una visión más amplia del proceso de trabajo en el

cual está insertado, además de los determinantes sociales que condicionan la salud de las personas, para de esta manera disponer de los conocimientos necesarios para contribuir con las transformaciones orientadas a la mejora de la salud de las poblaciones, explica la coordinadora de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) y de La Secretaría Ejecutiva de la RETS, Anamaria Corbo. “También es imprescindible una formación ética, con énfasis en los principios de igualdad y del respeto a la dignidad de las personas”, agrega.

En mayo de 2005, representantes de 14 instituciones de siete países de la Red – Angola, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, México y Uruguay – reunidos en Cuba, durante el ‘I Congreso de Tecnologías de la Salud’, retomaron la discusión. En el encuentro, ellos expusieron la definición de trabajador técnico, según la configuración de las áreas nacionales de educación y salud, y señalaron las carreras de formación de técnicos, según los requisitos de ingreso, duración, certificación y perfil de egreso, con la finalidad de establecer un posible proceso de categorización de los diversos niveles de formación de técnicos. “Las presentaciones mostraron 13 denominaciones diferentes para esos niveles, además de tornar evidente que las atribuciones y las situaciones que viven los trabajadores en su proceso de trabajo difieren bastante de país en país, incluso en los casos en los que los

Biodiagnóstico, Enfermería, Estática, Farmacia, Hemoterapia, Nutrición y Dietética, Radiología y Diagnóstico por Imágenes en Salud, Rehabilitación, Salud Bucal, Salud Visual, Salud y Seguridad en el Trabajo, Vigilancia Sanitaria, Educación Física, Equipos Médico-Hospitalarios, Gestión en Salud, Salud Comunitaria, Terapias Alternativas y Veterinaria.

## Los trabajadores de la salud, según la OMS

Para la OMS, el sistema de salud es el conjunto de todas aquellas actividades cuyo principal objetivo sea promover la mejora de la salud de las personas. En ese sentido, consideramos ‘trabajadores de la salud’ a todos aquellos que están comprometidos con acciones relacionadas principalmente con la promoción y recuperación de la salud, lo que incluye cuidadores familiares, trabajadores a tiempo parcial (especialmente mujeres), voluntarios de salud, parteras y trabajadores comunitarios.

Para fines estadísticos, la OMS divide a esos trabajadores en nueve categorías, las cuales incluyen profesionales de varios niveles de formación (asistentes, técnicos y auxiliares). Estas categorías pueden desagregarse en 18: (1) médicos; (2) personal de enfermería y obstetricia, incluyendo parteras profesionales; (3) personal de odontología; (4) personal farmacéutico; (5) laboratorio de salud; (6) trabajadores de salud ambiental y de salud pública; (7) trabajadores comunitarios y tradicionales; (8) otros profesionales de salud, incluyendo nutricionistas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y fonoaudiólogos, entre otros; y (9) personal de gestión y apoyo, como estadísticos, profesionales y técnicos de registros médicos y de información en salud, conductores de ambulancia y personal de servicios de mantenimiento y apoyo, entre otros.

La OMS calcula que existen en el mundo cerca de 60 millones de trabajadores de la salud asalariados, trabajando a tiempo completo, en empresas e instituciones de salud o en funciones de salud en organizaciones que no pertenecen al área de salud. De ese total, cerca de dos tercios están constituidos por prestadores de servicios de salud mientras el tercio restante está compuesto por trabajadores de gestión y apoyo.

mismos reciben la misma denominación de nivel de formación técnica”, recuerda Anamaria, quien también destaca que la definición de las **áreas de formación** fue un gran avance conquistado en esa reunión.

### Algunos ejemplos muestran la complejidad del problema

En Brasil, el curso técnico, cuya duración mínima es de 1200 horas, debe estar articulado con la enseñanza media, pudiendo realizarse de dos formas ‘concomitante’ o ‘integrada’, para alumnos que hayan concluido la enseñanza fundamental (9 años de enseñanza formal) o ‘subsecuente’, para alumnos que hayan concluido la enseñanza media (12 años de enseñanza formal). El técnico es un profesional de nivel medio.

En Paraguay, Uruguay y Argentina, los técnicos tienen el mismo nivel de ingreso que en Brasil (pos-secundario), pero son considerados profesionales de

nivel superior, con una formación que puede, dependiendo del área, variar entre las 1.000 y las 3.800 horas. En algunos casos, el técnico puede proseguir sus estudios hasta licenciarse en alguna carrera.

En Bolivia, la carrera técnica está dividida en tres niveles distintos, todos con ingreso pos-secundario: el auxiliar, con 1.800 horas de formación; el técnico medio, con 2.400 horas y el técnico superior, con 3.600 horas.

En Mozambique, la actual legislación prevé la formación técnica en dos niveles, con ingreso pos-secundario, 10 años de escolaridad, en este caso: el técnico medio, con una formación de 24 a 30 meses, y el técnico especializado, con 1-2-18 más de estudio.

En los países africanos, de un modo general, a pesar de que actualmente ya están siendo implementadas varias estrategias de cualificación de esos profesionales, todavía es frecuente la existencia de técnicos formados únicamente en los servicios. 📌

# La red de Escuelas Politécnicas en Cuba

**I**niciada en 1889, a partir de la creación de la primera escuela de enfermería, la historia de la formación de técnicos en salud de Cuba llegó a 1958 sin grandes perspectivas. Ese año, además de los médicos, trabajaban en los servicios públicos de salud poco más de 1.500 técnicos, la mayoría de los cuales tenían un bajo nivel de escolaridad y conocimientos adquiridos en la práctica. Después de la revolución, las exigencias de la nueva sociedad, tanto en el ámbito educativo como en la de los servicios integrados de salud, imprimieron grandes transformaciones en la política de formación profesional para el área de la salud. Entre las diversas etapas del proceso, es posible destacar el establecimiento, a partir de 1976, de una red de Escuelas Politécnicas de Salud, responsable por la formación de miles de profesionales.

“Un elemento importante en la organización de la enseñanza media en salud en Cuba fue la red de Politécnicos, liderada, a partir de 1983, por el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico (Cenapet), el cual se encargó de elaborar nuevos planes curriculares para las Especialidades Técnicas de la Salud, con un nivel de ingreso de los estudiantes de 12º grado y tres años de duración. En aquella época, entre muchas otras actividades de carácter académico y educativo, se establecieron estrategias para la formación de docentes, fue fundado el Destacamento de Técnicos de la Salud Che Guevara y se crearon los cursos posbásicos, como vía de superación para los egresados, prestigiando, en gran medida, la formación técnica en todo el país”, recuerda el decano de la Facultad de Tecnología de la Salud del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (Fatesa/FSCM-H), Julio Portal Pineda.

## Acceso universal a la salud impone la formación acelerada de técnicos

Antes de la revolución de 1959, Cuba presentaba una situación típica de una economía atrasada y dependiente. En el campo, en donde prevalecían los grandes latifundios azucareros, el 75% de las tierras estaban en manos del 8% de los propietarios. Casi la mitad de la población de entre 6 a 14 años no acudía a la escuela y, entre la población de más de 15 años, el promedio era de tan sólo tres años de estudio formal. La Habana, capital del país, con cerca del 22% de la población, concentraba más del 60% de los médicos y camas de los hospitales disponibles. Gran parte de la población, especialmente en las áreas rurales, no tenía acceso a los servicios de salud, los cuales eran insuficientes y de baja calidad.

Con la revolución, se estableció, bajo responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y de acuerdo con directrices definidas por el Ministerio de Educación, una política de formación acelerada de técnicos medios y auxiliares, la cual estaba basada en los siguientes principios: centralización de normas; descentralización de los cursos (formación próxima al futuro lugar de trabajo); formación, a corto plazo, de auxiliares técnicos, capaces de permitir una cobertura mínima a la población; vinculación del estudio con el trabajo y de los servicios con la docencia; y elevación de la capacidad de los auxiliares formados, después de un determinado período de tiempo de trabajo.

De 1959 a 1964, fueron creados cursos descentralizados de auxiliar de enfermería y de otras especialidades con seis meses de duración, para alumnos egresados del 6º grado escolar. También fueron establecidos cursos técnicos de 18 meses de duración y nivel de ingreso de 9º grado, además de cursos posbásicos para la formación de enfermeras instructoras. En esa etapa, según lo señalado por Roberto Hernández Elías y Miguel Marques en el artículo ‘Docencia médica media en Cuba’, se formaron más de 8 mil técnicos y auxiliares.

De 1965 a 1969, se consolidó la formación técnica en Cuba. Creció la oferta de cursos descentralizados para técnicos y auxiliares de varias especialidades. Se graduaron más de 15 mil profesionales.

## Educación politécnica

Para muchos, el concepto ‘educación politécnica’ – o ‘educación tecnológica’ –, propuesto por Karl Marx, a mediados del siglo XIX, expresa la concepción marxista de la educación, la cual engloba tres dimensiones complementarias: la intelectual; la corporal, referente a la práctica de deportes y actividades físicas; y la tecnológica propiamente dicha, ligada a la comprensión de los principios generales y científicos y al dominio del manejo de herramientas indispensables al proceso productivo.

De una manera general, puede comprenderse a la politécnica como el principio pedagógico que une, en el proceso educativo, la teoría y la práctica, la escuela y el trabajo productivo, lo que permite que los alumnos comprendan la realidad, asimilen el conocimiento científico y transformen radicalmente la sociedad.

La enseñanza pública, gratuita, obligatoria y única para todos los niños y adolescentes; la combinación de las tres dimensiones de la educación con la producción, a fin de permitir la superación de la histórica distinción entre trabajo manual (ejecución, técnica) y el trabajo intelectual (concepción, ciencia); una formación omnilateral (multilateral, integral) que torne el ser humano capaz de producir y aprovechar ciencia, arte y técnica; y la integración entre escuela y sociedad, a fin de mezclar las prácticas educativas con las demás prácticas sociales, son considerados aspectos fundamentales de la concepción marxista de la educación.

Fuente: Diccionario de la educación profesional en salud (Rio de Janeiro: EPSJV, 2006)

Durante la tercera etapa (1970 a 1975), tuvo lugar una profunda revisión de los aspectos cualitativos del trabajo docente y comenzaron a establecerse las bases para la creación de la red de Politécnicos. Entre las conquistas logradas, se destacaban: la articulación de los planes de estudio de los técnicos con la formación general; el asesoramiento técnico pedagógico para todas las escuelas del país; aporte de docentes cualificados; y acreditación de los nuevos niveles de escolaridad adquiridos por los técnicos medios.

Tales medidas produjeron el aumento del número de escuelas de enfermería, que llegó a 36; la creación de 16 unidades docentes para la formación de técnicos medios en 28 especialidades distintas, descentralizados en todas las provincias; la extinción de casi todos los cursos de auxiliares, con excepción de los de enfermería y de los de asistentes dentales; la creación de nuevas especialidades técnicas para responder a las demandas del sistema de salud; la prolongación de los planes de estudio – que pasaron a tener tres años más de duración – en casi todos los cursos técnicos; y el establecimiento de 500 instituciones y unidades de salud como áreas de experiencia práctica de los alumnos. En esa etapa, concluyeron sus cursos más de 20 mil nuevos profesionales.

### **Politécnicos: formación integral para mejorar la calidad del sistema**

Con dinamismo, el sistema de formación de técnicos de nivel medio en Cuba fue modificándose a fin de satisfacer las demandas del sistema de salud, así como la imposición de un sistema educativo que fue universalizando gradualmente el acceso de la población a niveles de enseñanza cada vez más elevados.

A partir de 1975, tuvo inicio la implementación de un programa de

construcción de nuevas escuelas físicamente preparadas para satisfacer las necesidades de una formación técnica y profesional integral, con tres años de duración para estudiantes egresados del 9º grado (secundario básico): las escuelas politécnicas de salud. Como describen Roberto Hernández Elías y Miguel Marques, esas escuelas tenían una capacidad para mil alumnos, en su mayoría internos, que contaban con recursos de enseñanza modernos, así como con áreas deportivas, recreativas y laboratorios, elementos que permitían profundizar la formación integral de los estudiantes.

En esa etapa, con el objetivo de racionalizar el número de cursos sin afectar la diversidad de los perfiles de salida, fueron revaluados todos los currículos y programas de estudio, ajustándolos simultáneamente a la filosofía marxista-leninista, a las necesidades de la sociedad, a la política nacional de salud y a otros fines, propósitos y objetivos educativos.

La elaboración de materiales de apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje; el perfeccionamiento del personal docente; la eliminación gradual de los cursos de formación de auxiliares, a fin de establecer únicamente tres niveles de educación técnica – la media, la de especialización y la universitaria –; y la articulación de la enseñanza media con carreras de nivel superior que respondieran a los mismos perfiles básicos de los técnicos medios fueron algunos de los aspectos que marcaron esa fase. En 2001, ya había en Cuba 55 institutos politécnicos de salud.

### **El acceso universal a la enseñanza universitaria produjo cambios en los politécnicos**

Los avances en la Salud y en la Educación que tuvieron lugar en Cuba,

incluso durante el período de dificultades impuesto por el fin del bloque socialista del este europeo, exigían un perfeccionamiento constante de los programas de formación de los técnicos en salud y aumentaron la necesidad de promover la continuidad de estudios superiores para los egresados provenientes de la enseñanza técnica. En ese sentido, en 1989, fue creada, en el subsistema de Enseñanza Médica del País, la carrera de Licenciatura en Tecnologías de la Salud.

En 2002, se instituyó una nueva variante de esa formación: los cursos emergentes para Técnicos Básicos de la Salud, los cuales se caracterizan por estudios intensivos de corta duración, con estudios universitarios garantizados. El Instituto Politécnico de Salud Dr. Salvador Allende de la Habana fue transformado en la Escuela Emergente de Técnicos de Salud y, simultáneamente, fue iniciada una reformulación de la carrera de Tecnología de la Salud, la cual también pasó a acoger a los jóvenes egresados del 12º de la enseñanza regular y sin experiencia profesional como técnico. En 2003, la Escuela Emergente de la Habana fue transformada en la Facultad de Tecnología de la Salud (Fatesa), la cual funciona en el ámbito del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (ISCM-H).

En 2004, a fin de proporcionar la misma oportunidad a los miles de técnicos formados por la red de escuelas politécnicas, se implementó el 'Nuevo modelo pedagógico', cuyo plan curricular se caracteriza por la formación en ciclos – básico, técnico y profesional –, al final de los cuales los alumnos concluyen con un título de nivel superior. Tuvo inicio, en todo el país, un fuerte proceso de integración de la enseñanza técnica a la universidad, y, gradualmente, los antiguos institutos politécnicos fueron convertidos en facultades, repartidas a lo largo de los 169 municipios de Cuba. 📄

#### **Lea más:**

- 'Docencia médica media en Cuba', de Roberto Hernández Elías y Miguel Marques. (<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4445.pdf>)
- 'Antecedentes y nuevos retos en la formación de técnicos de la salud en Cuba', de Marta Perna Gómez y Carmem Garrido Riquenes ([http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18\\_4\\_04/ems02404.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_4_04/ems02404.htm))
- 'Salud para todos sí es posible' (Sociedad Cubana de Salud Pública, 2005)
- 'V Aniversario del Programa de Formación de Tecnólogos de la Salud', de Julio Portal Pineda ([http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhem\\_vol\\_7num\\_1/rhem01108.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhem_vol_7num_1/rhem01108.htm))

# Proyecto evalúa educación profesional en el Mercosur

Desde 1991, año en que fue creado, mediante el Tratado de Asunción, el **Mercado Común del Sur (Mercosur)** viene generando un creciente proceso de integración económica entre los países miembros del bloque. El cambio del énfasis actual de la integración, centrada en acuerdos comerciales, hacia una verdadera integración social, capaz de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones de esos países, sin embargo, todavía representa un gran desafío para los gobiernos nacionales.

La reglamentación de la libre circulación de la fuerza de trabajo, por ejemplo, depende, entre otras cosas, de la reciprocidad del reconocimiento curricular y de la existencia de mecanismos especiales de habilitación profesional.

Con respecto a las cuestiones relacionadas con la educación profesional en salud, la necesidad de reducir el actual desconocimiento mutuo entre los socios del Mercosur llevó a un grupo de investigadores, coordinado por Marcela Pronko, de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Brasil, a presentar en el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), agencia de fomento vinculada al Ministerio de Ciencia y Tecnología, el proyecto 'La educación profesional en salud en Brasil y en los países del Mercosur: perspectivas y límites para la formación integral de trabajadores frente a los desafíos de las políticas de salud' (Proyecto Mercosur), aprobado a fines de 2006.

## Subsidios a las políticas nacionales y de cooperación internacional

Teniendo como objetivo general la identificación y análisis de la oferta cuantitativa y cualitativa de educación técnica en salud en los países del Mercosur, a fin de apoyar políticas de organización y fortalecimiento de la salud y de cooperación internacional, el proyecto preveía dos etapas: una en Brasil y otra internacional. A pesar de encontrarse aún en proceso de adhesión y no ser miembros del Mercosur, Venezuela y Bolivia también fueron incluidas en la investigación. Venezuela, en función de su creciente participación en las discusiones relativas a la educación técnica en el ámbito del bloque, y Bolivia, por su historia de cooperación con la EPSJV, por medio de un Proyecto de Cooperación entre países (TCC – Bolivia, Brasil y Paraguay).

De acuerdo con los autores, la dimensión cuantitativa de la investigación, realizada por medio de consultas a base de datos existentes, definiría: el número de establecimientos de enseñanza, su distribución geográfica, naturaleza jurídica y dependencia administrativa; los tipos de cursos; los cursos ofrecidos según subáreas; los modelos y orientación curricular; y la modalidad de enseñanza. La dimensión cualitativa, por su parte, incluiría cinco ejes – Proyecto Político Pedagógico; Política de Educación Profesional en Salud; Organización y Desarrollo curricular; Competencias; y cualificación del cuerpo docente – y se llevaría a cabo mediante la realización de cuestionarios y por medio de la recolección de documentación.

Además de la investigación en sí, el proyecto establecía la realización de un seminario internacional, en el cual los dirigentes nacionales responsables por las políticas relativas a la educación de técnicos en salud de los países del Bloque, de Bolivia, además de representantes de los países miembros del Mercosur en el subgrupo de trabajo de salud – el SGT-11 –, así como otras instancias de negociación, profesionales, investigadores y estudiantes de los seis países pudieran evaluar y debatir los resultados preliminares

## El Mercosur

El Mercado Común del Sur (Mercosur), proyecto de integración concebido por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, y establecido el 26 de marzo de 1991, por medio del Tratado de Asunción, involucra dimensiones económicas, políticas y sociales.

Además de los cuatro países originales, el Mercosur está conformado por Venezuela, como Estado Parte en Proceso de Adhesión, y Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú, como Estados Asociados. Los Estados Asociados pueden participar de las reuniones de los órganos de la estructura institucional del Mercosur para tratar temas de interés común, pero no poseen derecho a voto. Recientemente, Bolivia firmó un acuerdo con el Mercosur, con vistas a una futura adhesión al bloque.

Fuente: Página Brasileña del Mercosur (<http://mercosul.gov.br>)

del estudio. El Seminario Internacional 'Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en Brasil y en el Mercosur' fue realizado del 24 al 26 de noviembre de 2008, en la EPSJV/Fiocruz (ver información en la página 5).

## En Brasil, la formación aún la define el mercado

En la etapa nacional, el punto de partida fue el envío, por correo, de un cuestionario dirigido a 1.636 instituciones públicas y privadas que ofrecían cursos técnicos en salud y que se encontraban incluidas en el Registro Nacional de Cursos de Técnicos (CNCT), del Ministerio de Educación (MEC). Entre aquellas que respondieron, fueron seleccionadas 36 para la fase de entrevistas cualitativas. En esa fase, cuyo objetivo era identificar las directrices teórico-metodológicas y las bases materiales de la organización y desarrollo curricular de la educación profesional en salud en Brasil, el equipo de la EPSJV contó con el apoyo de profesionales de seis Escuelas Técnicas del Sistema Único de Salud (ET-SUS). "Debido a la extensión del país, era imposible que el equipo, que se encuentra en Rio de Ja-

neiro, se desplazara para realizar las entrevistas. Nosotros optamos por trabajar con investigadores de las llamadas **Escuelas-Polos**, ubicadas en las cinco regiones del país y escogidas con la ayuda de la Comisión de Coordinación de la RET-SUS”, explica Marcela.

La ETSUS Tocantis, el Centro de Formación Personal para los Servicios de Salud Dr. Manuel da Costa Souza (Cefope/RN), la Escuela Técnica de Salud del Centro de Enseñanza Media y Fundamental de la Unimontes (MG), la ETSUS Blumenau, la Escuela de Salud Pública de Mato Grosso (ESP-MT) y la Escuela de Formación Técnica en Salud Enfermera Izabel dos Santos (ETIS/RJ).

En la etapa cuantitativa, la investigación mostró que, de 2001 a 2005, el número de establecimientos, públicos y privados, de formación técnica en salud pasó de 814 a 1535, mientras que el número de cursos ofrecidos aumentó de 1.262 a 2.554. Casi el 60% de los cursos son de habilitación, siendo que los cursos de enfermería, área de mayor inversión en la formación, representan cerca del 40% del total. La mayoría de los cursos (el 58%) pertenece a la modalidad ‘subsecuente’, o sea, el alumno hace el curso después de la enseñanza media, y está organizado en módulos.

En las entrevistas de la etapa cualitativa, a su vez, la referencia recurrente al ‘mercado’ o al ‘mercado de trabajo’, que aparecen en diversas preguntas, parece señalar una fuerte determinación, tanto en el perfil institucional como en las elecciones pedagógicas realizadas por las escuelas. Según los investigadores, esa determinación parece ser más fuerte que la propia política de educación profesional y de educación en salud que orienta la actuación de esas instituciones. “A pesar de que es posible verificar un esfuerzo institucional de adecuación legal, la adecuación a las demandas del mercado constituye una cuestión de supervivencia para muchas de ellas”, afirma Marcela.

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (Argentina); Escuela Técnica de Salud Boliviana Japonesa de Cooperación Andina y Escuela Nacional de Salud Pública (Bolivia); Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (Brasil); Instituto Nacional de Salud (Paraguay), Escuela de Tecnologías Médicas de la Universidad de la República (Uruguay).

Con relación a las concepciones pedagógicas que orientan la práctica de las escuelas, la investigación mostró que las mismas son fruto de diversas referencias, con un predominio de concepciones curriculares y metodologías de enseñanza tradicionales, combinados con otros modelos más o menos formalizados. “En conjunto, nosotros podemos notar elementos característicos de una formación de los técnicos en salud predominantemente instrumental, que son formados sin mucha consideración con respecto a los fundamentos científicos-sociales de su accionar”, constata la coordinadora del proyecto.

### **Dificultades determinan cambios en la parte internacional del proyecto**

La idea original del Proyecto Mercosur era replicar el trabajo desarrollado en Brasil en los demás países. Esto, sin embargo, no fue posible. “En primer lugar no existe, en los otros países, una base de datos consistente que pudiera ser utilizada como base del estudio”, justifica Marcela.

Las dificultades, según la investigadora, llevaron a que se realizara un cambio metodológico. “Nosotros decidimos hacer un relevamiento de las normas nacionales que rigen el funcionamiento de esas escuelas, lo que implicó hacer un relevamiento del sistema educativo, del sistema de salud y de las formas de regulación del trabajo en salud en cada país”, explica. “En Uruguay, por ejemplo, existe prácticamente una única institución responsable por la formación y por la regulación – la Universidad de la República -, una realidad bastante distinta de aquella vigente en Brasil”, aclara.

El nivel de formación fue otra de las diferencias que notó el equipo. Mientras que en Brasil, la llamada formación técnica es de nivel medio, en los demás países que participan del estudio, la misma es legalmente de nivel superior. “Antes de la investigación, lo que comprueba el enorme desconocimiento que existe en esa área, nosotros no teníamos idea de

esto”. De acuerdo con Marcela, algunas observaciones, no obstante, llevan al equipo a creer que un estudio más profundo de la cuestión mostraría que la formación, independientemente de si es de nivel medio o superior, es equivalente.

Para los investigadores, el gran mérito del proyecto, en su fase internacional, fue mostrar la diversidad de situaciones, así como la necesidad de que se piensen nuevos estudios capaces de comprobar si de hecho la formación es tan diferente en la realidad como en los papeles. Además de las contradicciones entre los países, el estudio identificó varias discusiones a nivel nacional que pueden tornarse un problema cuando se piensa en la armonización de la formación técnica en salud en el ámbito del Mercosur.

“La libre circulación de los trabajadores de los países del bloque torna imprescindible la armonización, tanto con relación a la certificación/acreditación profesional como con respecto a la regulación del trabajo, cuestiones que, si bien confluyen, están casi siempre vinculadas a diferentes áreas de gobierno. La regulación del trabajo tiene lugar en el ámbito del Ministerio de Trabajo y, en el caso de la investigación, también en el ámbito del Ministerio de Salud. La certificación profesional, por su parte, se encuentra generalmente bajo responsabilidad del Ministerio de Educación”.

Otra gran realización del proyecto, según la opinión de su coordinadora, fue el Seminario Internacional, en el cual las personas que se ocupan de esos temas en cada país pudieron conocerse e intercambiar ideas. “No sólo los representantes de los países en el GT-11 del Mercosur, que se reúnen de tiempo en tiempo, sino los responsables nacionales por las políticas de formación que no tenían idea sobre cómo ocurrían las cosas en los otros países. Hay una falta de sintonía entre las instancias de cooperación internacional y las de formación de políticas nacionales, y eso torna muy difícil cualquier tentativa de articular o armonizar las políticas de formación de trabajadores”, comenta, y recuerda que la idea es que el proyecto tenga continuidad, mediante estudios desarrollados en conjunto con instituciones que integran la RETS en los diversos países involucrados. ❏

## El papel de la fuerza de trabajo en el fortalecimiento de la APS

En su primer número, la Revista RETS trazó un panorama general sobre el Informe Mundial de la Salud 2008 –‘Atención Primaria: ahora más que nunca’. En el documento, que marca los 30 años de la Declaración de Alma Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la importancia de la Atención Primaria en Salud (APS) para la construcción de sistemas nacionales más fuertes y equitativos.

Para intentar mejorar la respuesta de los países en relación a la atención primaria, para permitir cambios reales en la salud mundial, el documento propone cuatro reformas: la primera, en pos de la cobertura universal, para garantizar sistemas que contribuyan para la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión; la segunda, de reorganización de los servicios para la atención primaria, para crear sistemas centrados en las necesidades y expectativas de las personas; la tercera, de las políticas públicas, para proteger y promover la salud de las comunidades; la última, de los líderes, a fin de crear modelos de gestión más participativos y capaces, por medio del diálogo, de enfrentar la complejidad de los problemas de salud.

Según el informe, tres factores son fundamentales para impulsar las reformas propuestas: la movilización de la producción de conocimiento, de la participación de la población y del compromiso de los profesionales de la salud.

### La importancia de las Redes colaborativas y el papel de la sociedad

Sobre el primer factor, el documento afirma la necesidad de revisar la política de salud de los países, de tal manera que se promueva la imaginación, la inteligencia y la ingeniosidad de las organizaciones, y resalta: “Los conocimientos prácticos necesarios para llevar a cabo esas revisiones de política

ya existen, pero deben articularse de forma más explícita y volver a centrarse en la continuidad de los progresos en cada uno de los cuatro conjuntos entrelazados de reformas de la atención primaria, en la identificación de los obstáculos técnicos y políticos que se opongan a su avance, y en la aplicación de los elementos requeridos para corregir el curso cuando sea necesario”.

La OMS también enfatiza la relevancia de las redes colaborativas entre países y dentro de los países para alcanzar la masa crítica necesaria para la conducción e implementación de las reformas, y de las iniciativas de cooperación internacional, capaces de superar las lagunas en términos de capacidad de cada uno de los países por separado.

En el caso de la participación popular, la OMS asegura que la implementación de la atención primaria por parte del sector sanitario y de los círculos políticos muchas veces es una respuesta al aumento de la demanda y de la presión por parte de la comunidad: “En la sociedad civil, hay poderosos aliados a favor de la reforma de la atención primaria, los cuales pueden marcar la diferencia entre un esfuerzo bien intencionado, pero con escasas posibilidades de futuro, y una reforma que se ha alcanzado y es estable”, resalta el texto.

### Inversiones y cambios en la formación de los profesionales de salud

En cada una de las reformas sugeridas, la OMS resalta la importancia atribuida a los recursos humanos y sustenta la necesidad de reevaluar y repensar los enfoques pedagógicos vigentes. “La ciencia de la equidad en salud y la atención primaria todavía no ocupan el lugar central que deberían ocupar en las escuelas de salud pública. La formación de los profesionales de salud está comenzando a incorporar, en sus progra-

mas de estudio, materias comunes que destacan la resolución de problemas en el marco de equipos multidisciplinarios, pero deben ir más allá en la preparación para las competencias y actitudes que la APS requiere, creando oportunidades para el aprendizaje práctico en todos los sectores mediante tutoriales, instrucción individualizada y educación continua”, explica el documento, y destaca que tales cambios dependen de un gran esfuerzo de movilización de los agentes responsables por la formación, tanto en los países, como dentro de ellos.

Considerando que el profesional de la salud es indispensable para las reformas de la APS, el informe reconoce que para que esos trabajadores puedan tener condiciones de aprender, adaptarse y trabajar en equipo, dentro de un enfoque centrado en el paciente, que combine perspectivas biomédicas y sociales, además de la sensibilización con respecto a la igualdad, se necesitan inversiones considerables. “En el caso de que no se produzcan inversiones en esa área, el trabajador de la salud puede representar una enorme fuerza de resistencia a los cambios, al apegarse a antiguos modelos, más cómodos, tranquilizadores, provechosos e intelectualmente poco exigentes.”.

Finalmente, el documento alerta sobre la importancia de la concientización de los profesionales – “Si los profesionales se dan cuenta de que el trabajo en la AP puede ser estimulante y gratificante, además de social y económicamente valioso, pueden no sólo adherir a la causa, sino también convertirse en una vanguardia militante” – y para el valor del intercambio de experiencias entre los países: “También, en ese caso, aprovechar las oportunidades que el intercambio y las experiencias comunes que ofrece un mundo globalizado pueden servir para acelerar las transformaciones necesarias”. 