

editorial

En esta tercera edición de la Revista RETS, celebramos con nuestros lectores el lanzamiento del sitio de la Red (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>), un paso importante más para la consolidación de los procesos de intercambio de experiencias en las áreas de enseñanza, investigación y cooperación técnica, con vistas al mejoramiento del área de educación de técnicos en salud. Realizamos, además, una invitación especial (página 5) a las instituciones miembros para asistir a la 2a Reunión General de la RETS, la cual será realizada a principios de diciembre, en Rio de Janeiro, Brasil, recordando que la participación de todos es fundamental para el éxito de la iniciativa y para la continuidad de nuestro trabajo.

La migración de trabajadores de la salud y la Pedagogía de las Competencias son los temas destacados de la revista. ¿Cuáles son las causas y consecuencias de la migración, interna o hacia otros países, de la fuerza de trabajo en salud? ¿Qué se ha estado haciendo para reducir los efectos negativos que acarrea la migración, especialmente con respecto a las poblaciones más vulnerables? Estos son algunos de los temas señalados, en nuestra nota de tapa, por el coordinador del Departamento de Recursos Humanos en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y editor en jefe del periódico Human Resources for Health, Mário Roberto Dal Poz, y por la asesora de Desarrollo en Recursos Humanos para la Salud de la Afro/OMS, Magda Awases.

En la entrevista, el lector, por su parte, sabrá cuál es la opinión de la educadora brasileña Marise Ramos, una de las mayores estudiosas del asunto, con relación a las competencias, que desde hace cerca de 20 años vienen orientando la formación técnica en todo el mundo, y cuáles son los posibles resultados de la adopción acrítica de esa propuesta para la salud, para la educación y para la sociedad.

Además de eso, la revista presenta el trabajo realizado por la Escuela de Salud del Chaco Boliviano 'Tekove Katu' en la formación de profesionales indígenas de salud,

los cuales, al unir las visiones clásicas y tradicional de la medicina, respetando usos y costumbres locales, y conociendo la realidad, las vivencias y la lengua materna, sean capaces de atender, de forma más efectiva, las necesidades inmediatas de la población nativa.

Finalmente, la revista aporta una visión general sobre el Plan Estratégico de Cooperación en Salud (Pecs 2009-2012), aprobado el día 15 de mayo, con el objetivo de fortalecer los sistemas de salud de los Estados miembros de la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP); vuelve a reflexionar sobre algunos aspectos del último Informe Mundial de la Salud, relativos a la fuerza de trabajo; e inicia, en la sección 'Glosario', una discusión sobre la polisemia del término 'Educación de técnicos en salud'.

Boa leitura!

Secretaría Ejecutiva de la RETS

expediente

Año 1 - n° 3 - may/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

Igor Mello

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

Directora

Isabel Brasil

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

Telefone: 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



Pedagogía de las competencias: “ideología al servicio de la individualización y de la fragmentación social”



Sandra Pereira

Autora del libro ‘Pedagogía de las competencias: ¿autonomía o adaptación?’ (São Paulo: Editora Cortez, 2001) y una de las mayores especialistas brasileñas sobre el asunto, la educadora Marise Ramos, aporta a las páginas de la Revista RETS una breve, si bien profunda y actual reflexión sobre la pedagogía de las competencias. ¿Qué concepciones de sociedad y de educación se encuentran por detrás del discurso que viene ocupándose de la educación profesional en todo el mundo, inclusive en el área de la salud? ¿Cuáles son las posibles consecuencias de abrazar, de modo acrítico, un modelo de formación que surge para atender los intereses de las empresas y que transforma la competencia, que es inicialmente un aspecto de diferenciación individual, en un factor económico?

¿Qué es la tan hablada ‘pedagogía de las competencias’ y cuáles son las razones de su éxito?

La noción de competencia es bastante polisémica, o sea, posee varios sentidos. En el parecer 16/99, del Consejo Nacional de Educación, que propone directrices para la educación profesional en Brasil, por ejemplo, competencia aparece definida como ‘la capacidad de articular, movilizar y colocar en acción valores, conocimientos y habilidades necesarios para el desempeño eficiente y eficaz de actividades requeridas por la naturaleza del trabajo’. En el ámbito del trabajo, esa noción se torna plural – competencias – y pasa a designar los contenidos particulares de cada función en una organización. La pedagogía de las competencias, a su vez, es aquella que se propone transferir esos contenidos a la formación, con base en las competencias que se quiere desarrollar en los alumnos. Eso significa que es una pedagogía definida por sus objetivos y validada por las competencias que produce, lo que, a mi modo de ver, ya es un problema: ¿De qué manera la escuela puede definir las competencias como objetivo de formación si las mismas sólo se desarrollan frente a la situación de trabajo?

Con relación a las razones de su éxito, existen varias, pero una de ellas es que, al valorizar la experiencia de los alumnos, el discurso de las competencias termina representando un avance con relación al tiempo en el que sólo era reconocido el saber científico, centrado en la figura del profesor.

¿De qué forma y en qué contexto surge esa idea?

A partir de mediados de la década de 1980, los países capitalistas avanzados pasaron por grandes cambios tecnológicos y organizacionales del trabajo, cuyo resultado fue la flexibilización de la

producción y la reestructuración de las ocupaciones; la integración de sectores de la producción; la multifuncionalidad y polivalencia de los trabajadores; la valorización de saberes de los trabajadores no directamente vinculados al trabajo prescripto o al conocimiento formal. Fue en ese contexto que comenzó a tener lugar el fenómeno del cambio conceptual de la cualificación para las competencias, con dos objetivos fundamentales: reordenar la comprensión de la relación trabajo/educación, desviando el foco de los empleos, de las ocupaciones y de las tareas hacia el trabajador, en sus implicancias subjetivas como el trabajo; e institucionalizar nuevas formas de educación/formación y de gestión de los trabajadores en las organizaciones y en el mercado de trabajo en general.

Con ese cambio, la inserción profesional y las relaciones sociales de trabajo dejaron de estar basadas en los títulos y diplomas, o sea, en la formación recibida inicialmente, y en la capacidad de organización colectiva – corporativa y política – de los trabajadores y pasaron a apoyarse en la capacidad real demostrada por los sujetos, individualmente, en las situaciones enfrentadas en el trabajo, esto es, en capacidades propias de cada trabajador y que están en el plano de su subjetividad. Tuvo lugar, por lo tanto, un debilitamiento de la dimensión conceptual, relativa al valor de los diplomas, y de la dimensión social de la cualificación, en contraposición al fortalecimiento de su dimensión experimental. La experiencia, que determinaría las capacidades y diferencias de los sujetos, pasó a ser considerada la dimensión más importante de la cualificación. Las competencias de los trabajadores pasaron a ser la principal referencia para la educación y la gestión de los trabajadores.

El modelo de las competencias, por lo tanto, tiene un origen (neo)pragmático y un contenido ético-político compatible con la cultura posmoderna, que corresponde a la lógica cultural del capitalismo tardío, y termina desempeñando un papel específico en la representación de los procesos de formación y de comportamiento del trabajador en la sociedad. Yo diría que la noción de competencia está situada en el plano de convergencia entre la teoría interaccionista de la formación del

individuo, en la cual la competencia pasa a ser una característica psicossubjetiva de adaptación del trabajador a la vida contemporánea, y la teoría funcionalista de la estructura social, que sitúa a la competencia como factor de consenso necesario para el mantenimiento del equilibrio de la estructura social.

Hoy, después de tantos estudios sobre el tema, ¿Qué tipo de crítica usted le hace a la pedagogía de las competencias, defendida por muchos, en función de su capacidad para aproximar la escuela a la práctica social?

Bien, existen incoherencias internas en ese modelo, desde el momento en el que la única forma de constituir la competencia como referencia pedagógica formal sería objetivándola. Eso, sin embargo, hace que la competencia deje de ser un atributo subjetivo y se transforme en un parámetro de conducta. En otras palabras, la dimensión virtuosa de la teoría de las competencias, que, según Gérard Malgaive, está vinculada a la comprensión y al estímulo del complejo proceso estructural y dinámico de la inteligencia por el cual los saberes formales y prácticos se articulan frente a las actividades, desencadenando nuevos aprendizajes, termina siendo reducida a la prescripción y a la inducción de conductas observables y controlables.

Hay muchos argumentos en favor del modelo de las competencias, entre los cuales, aquel que sustenta que este modelo permite una mayor aproximación entre la escuela y la práctica social e, incluso, un mayor nivel de integración curricular. Yo, sin embargo, pienso que esos argumentos no resisten el proceso de objetivación que mencioné más arriba. En vez de aproximar la escuela a la realidad, ese modelo tiende a transformar a la escuela en un espacio de reproducción artificial de lo cotidiano, empobreciéndola como espacio de conocimiento. Además de eso, en vez de promover un mayor nivel de integración curricular, termina por favorecer su desintegración, con una reducción de los conocimientos a recursos instrumentales. En ese sentido, los conocimientos terminan siendo tomados de forma desvinculada del universo epistemológico e histórico en el que fueron producidos y, con eso, adquieren finalida-

des meramente pragmáticas. El resultado, en mi opinión, es que, en la mejor de las hipótesis, ese modelo logra formar personas que lidian bien con los conocimientos prácticos, pero que son poco capaces de producir nuevos conocimientos, ya que desconocen la ‘dinámica de la ciencia’.

Utilizar el proceso de trabajo como referencia para la práctica pedagógica es imprescindible para la educación profesional, pero es un error querer reproducir el espacio de trabajo en la Escuela. El papel de las instituciones de enseñanza no puede ser el de mejorar los conocimientos que las personas ya poseen, y sí el de proporcionar el acceso a los conocimientos, articulando trabajo, ciencia y cultura, y buscando desarrollar en sus alumnos una comprensión crítica. El foco individual de las competencias junto con la supervalorización de la experiencia puede resultar en la formación de sujetos bastante capaces de adaptarse a la realidad, pero no de transformarla.

¿Y en el plano ideológico? ¿Cuál ha sido el papel del modelo de las competencias?

En lo que se refiere a la crítica ideológica, yo creo que el uso de ese modelo en el universo del trabajo es revelador. En nuestras investigaciones, nosotros hemos demostrado, entre otras cosas, que el discurso que contrapone, con base en el reconocimiento y en la valorización de la subjetividad de los trabajadores, la idea de competencias a los preceptos del taylorismo-fordismo, fue reelaborado como estrategia de expropiación de esos mismos trabajadores y de apropiación, por parte del capital, de sus conocimientos. Pero eso no es todo. Ese discurso se ha tornado incluso un medio de individualización de las relaciones de trabajo. El modelo de las competencias en ese campo terminó sirviendo para la construcción de un falso consenso que hace responsable a las políticas de protección del trabajo por la crisis del empleo, que deben enfrentar los trabajadores en el plano individual.

En resumen, yo pienso que el modelo de las competencias y su pedagogía pueden ser considerados más como una ideología al servicio de la cultura de la individualización y de la fragmentación social que una elaboración científica capaz de proporcionar la unidad entre el trabajo y la educación y entre la teoría y la práctica, como se anuncia. ❏

Ya está en el aire la página de la RETS

El Sitio pone a disposición de toda la red noticias e información



Conozca la página de la RETS

Home: Una vez que entra en el portal, el visitante tiene acceso a las últimas noticias publicadas. Las mismas aparecen en la página principal con titular, imagen y un pequeño resumen del asunto tratado. Basta hacer click para leer la noticia completa. A la derecha se encuentran los informes: notas cortas que divulgan información interesante. En la página principal también es posible encontrar la herramienta de búsqueda, el hable con nosotros y los links para versiones en otros idiomas.

Miembros: En esta sección es posible encontrar la información básica y los contactos de todas las instituciones que integran la red – Instituciones de Enseñanza, Órganos de Gobierno,

Mayo último marcó una realización importante más para la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud: la página de la RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br) fue inaugurada el día 22. “El sitio, que es una herramienta importante de integración y divulgación de conocimiento e información entre los miembros de la red, también ayudará a compartir materiales didácticos y le dará más visibilidad a la producción científica de las instituciones, así como a otros sitios y eventos esenciales para el área”, 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, que también habla sobre los objetivos futuros: “Nosotros queremos llegar a un nivel en el que podamos divulgar los programas de curso de las escuelas invitadas, una medida que estimulará las discusiones sobre la formación de técnicos en salud, especialmente a nivel regional”.

En el sitio, desarrollado en tres lenguas – portugués, español e inglés –, el usuario también encuentra todo el contenido de la Revista RETS para visualización online o download, incluyendo las ediciones anteriores de la revista. Aquellos que también lo deseen podrán recibir avisos de actualización del contenido de la página por medio de alimentador (feed) **RSS**.

Para la periodista Ana Beatriz de Noronha, editora de la revista y del sitio de la RETS, el lanzamiento es tan sólo el inicio de un largo proceso de trabajo que nequerirá la cooperación de todas las instituciones miembros de la Red para que pueda alcanzar su pleno potencial. “La colaboración de todos es esencial para que el sitio tenga siempre contenido interesante y actualizado”, comenta, y recuerda que también ya está siendo elaborado un boletín electrónico con las noticias y otros contenidos publicados en la página.

Representaciones de la Organización Mundial de la Salud y Otras Instituciones – organizadas por continente y por país.

Cursos: Es un espacio de divulgación de los cursos impartidos por las instituciones de enseñanza integrantes. El visitante tiene dos opciones de búsqueda: puede visualizar los resultados divididos por región o por áreas temáticas.

Publicaciones: Sección en donde es posible encontrar libros, manuales, revistas científicas de interés para los técnicos en salud, entre otras.

Material Didáctico: Aquí se divulgan materiales que contribuyan para la formación de los técnicos en salud que se encuentren disponibles en versión electrónica o puedan ser solicitados por envío postal.

Legislación: Compilación de las leyes que regulan la educación y la salud en cada uno de los países que poseen instituciones integrantes de la red.

Eventos: Área de divulgación de congresos, seminarios, reuniones y demás encuentros relacionados con la salud, la educación y el trabajo, con un énfasis especial en los eventos realizados por miembros de la red.

Links: Lista de páginas interesantes en el ámbito de la salud, la educación, la educación de técnicos y de áreas afines.

RSS es la sigla en inglés de Rich Site Summary ou Really Simple Syndication, una forma simplificada de presentar el contenido de un sitio. Es un recurso que permite que el usuario tenga acceso a las actualizaciones de sitios y blogs, a través de algunos navegadores o de programas específicos. Al utilizar RSS, el lector sabe inmediatamente cuando se publica una información que le interesa, sin tener que navegar hasta el sitio de noticias. Para utilizar la herramienta, el usuario debe hacer click en el ícono RSS del sitio deseado y agregarlo a la lista de su alimentador.

2ª Reunión General de la RETS

el evento quiere fortalecer estrategias de cooperación

Ya ha sido definida la fecha de realización de la 2ª Reunión General de la RETS, que tendrá lugar simultáneamente con la 1ª Reunión de las subredes de Escuelas Técnicas de la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP) y de la Unión de las Naciones Sudamericanas (Unasur), del 9 al 11 de diciembre, en Río de Janeiro, Brasil. La primera reunión general tuvo lugar en el 2006, durante el Foro Internacional de Educación de Técnicos en Salud, que movilizó aproximadamente a 70 representantes de las diversas instituciones vinculadas a la Red. “En aquel momento, se pactaron la regulación y el plan de trabajo de la RETS para el período 2006 - 2008”, recuerda 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.

Con el tema ‘Consolidando la atención primera en la formación de los trabajadores técnicos en salud’, el evento reunirá a representantes de las instituciones que integran la RETS, dirigentes nacionales responsables por las políticas de educación de técnicos en salud y miembros de los Observatorios de Recursos Humanos de las Américas y de África, para discutir nuevas formas de fortalecer las estrategias de cooperación en el ámbito de la Red.

“Esta segunda reunión, además de definir el Plan de Trabajo de la Red para el período 2010 – 2012, tiene como objetivo definir procesos más operativos que contribuyan para la consolidación del área de educación de técnicos en salud en los países miembros, teniendo como eje de discusión la formación



de esos profesionales a la luz de los preceptos del modelo de atención primaria a la salud”, explica Anamaria. La importancia de ese enfoque, según ella, radica en la necesidad que tiene la Red de contribuir para la recuperación de la perspectiva ambiciosa de la atención primaria como principio de reorientación de los sistemas de salud, teniendo como base el principio del derecho a la salud y del acceso universal a cuidados de salud de calidad.

En el encuentro, que será realizado en la EPSJV/Fiocruz, también serán discutidas formas de colaborar con la estructuración del área de técnicos en los Observatorios de Recursos Humanos en Salud y de fortalecer la investigación entre las instituciones de la RETS. Además de eso, los participantes se dividirán en dos grupos: uno que se dedicará a elaborar el plan de trabajo de la subred de la Unasur el otro que debatirá la puesta en operación del plan de trabajo de la subred de la CPLP.

La inscripción es gratuita y los interesados en participar deberán rellenar el formulario disponible en el sitio de la RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>).

2ª Reunión General de la RETS 1ª Reunión de las subredes de Escuelas Técnicas de la CPLP y de la Unasur

Fecha: del 9 al 11 de diciembre de 2009.

Lugar: Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)

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

Teléfono: 55 (21) 3865-9730

E-mail: cci@epsjv.fiocruz.br

Errata

En la página 11, de la edición impresa de la Revista RETS nº 2, en portugués, nos equivocamos al decir que “En Brasil, el técnico es un profesional de nivel medio, con ingreso pos-secundario (12 años de escolaridad formal), y el curso tiene una duración mínima de 1.200 horas. La información correcta es: “En Brasil, el curso técnico, cuya duración mínima es de 1.200 horas, debe estar articulado con la enseñanza fundamental (9 años de enseñanza formal) o ‘subsecuente’, para alumnos que ya hayan concluido la enseñanza media (12 años de enseñanza formal). El técnico es un profesional de nivel medio”.

La migración de la fuerza de trabajo entra definitivamente en la agenda de la salud global

La fuerza de trabajo es fundamental para el fortalecimiento de los sistemas de salud y para el éxito de las iniciativas nacionales que se llevan a cabo para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Por ello, muchos países se han estado esforzando bastante para formar profesionales en cantidad y con las cualidades necesarias para suplir las necesidades de salud de su población. El esfuerzo, sin embargo, no siempre da resultado, entre otras cosas, debido a la migración de trabajadores del sector hacia otros países que ofrecen condiciones de trabajo y de vida más atractivas.

En otros países, el tema de la migración de los trabajadores de la salud tiene lugar en el ámbito interno y la gran dificultad es mantener a esos profesionales en zonas remotas y áreas rurales, en donde son generalmente más necesarios.

Los casos son tan sólo aspectos complementarios de un mismo desafío, complejo y multidimensional, que debe ser enfrentado por autoridades y gestores locales, nacionales, regionales y globales de la salud. La tarea, sin embargo, no es simple: el número de trabajadores migrantes de la salud viene creciendo exponencialmente en las últimas décadas y los modelos migratorios se vuelven cada vez más complejos e involucran a cada vez más países.

En los países africanos, por ejemplo, el fenómeno ha alcanzado un nivel de crisis, según la médica y asesora de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud de la Afro/OMS Magda Awases, en el artículo 'Migration of skilled health professionals in the African Region: An overview'*. El mayor problema, de acuerdo con el texto, es que en algunos países del África Subsahariana,

el déficit de la fuerza de trabajo en salud se acentúa con el elevado número de casos de HIV/Sida, tuberculosis y malaria entre la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que serían necesarios más de 800 trabajadores – más del 130% del contingente actual – para establecer una fuerza de trabajo con capacidad de dar respuesta a las necesidades básicas de los habitantes de la región.

Para el coordinador del Departamento de Recursos Humanos en Salud de la OMS y editor en jefe del periódico Human Resources for Health, Mário Roberto Dal Poz, no es posible, sin embargo, tratar simplemente al tema de la migración de los trabajadores de la salud como un problema que debe ser combatido.

“En primer lugar, no se puede parar la migración, que es un derecho humano. Todos deben tener el derecho de buscar mejores condiciones de vida, de desplazarse libremente de una región hacia otra. Ningún gobierno puede obligar a alguien a permanecer en un determinado lugar contra su voluntad. Es posible, sin embargo, intentar administrarla, adoptando políticas con capacidad de maximizar los beneficios y reducir los efectos negativos que esos movimientos migratorios pueden provocar”, explica Dal Poz.

La escasa información agrava el desconocimiento del tema

Según el Informe Mundial de la Salud 2006*, a pesar de que el asunto de la migración de trabajadores de la salud ha sido incorporado en la agenda de la salud global durante los últimos años, todavía hay pocas estadísticas confiables sobre el tema. En los escasos países que realizan un seguimiento de los movimientos migratorios, la información disponible se encuentra por lo general restringida, como afirma el documento, a médicos y al personal de enfermería, siendo prácticamente inexistente la información sobre los desplazamientos de otras categorías profesionales. “El desconocimiento acerca de cuántos trabajadores de la salud están desplazándose, de dónde vienen y hacia dónde se dirigen, torna difícil comprender la magnitud del problema”, dice el informe.

En algunos países de la OCDE, como Australia, Canadá, Nueva Zelandia, Reino Unido y los EUA, más del 20% de los médicos que ejercen la profesión se han formado en otros países. Por otro lado, los médicos formados en África Subsahariana que trabajan en países de la OCDE representan, en promedio, un 23% de la actual fuerza de trabajo de médicos en sus países de origen. Esto significa, por ejemplo, que existen más de 12 mil médicos sudafricanos trabajando en el exterior para poco más de 32 mil que trabajan en Sudáfrica. La situación no cambia mucho cuando se trata del personal de enfermería y de las parteras, cuyo contingente que trabaja en países de la OCDE representa cerca del 5% de la fuerza de trabajo actual de sus países.

El informe, sin embargo, llama la atención sobre el hecho de que los datos de la OCDE no son capaces de explicar los patrones complejos y las razones que llevan al desplazamiento de los trabajadores de la salud. “Es necesario ampliar el conocimiento en el campo de la migración, con datos e información sobre flujos y tendencias, que

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), creada en 1961, es una organización internacional e intergubernamental que agrupa a los 30 países más industrializados del mundo. Su objetivo es promover políticas que aseguren el crecimiento económico sustentable y el desarrollo de los países miembros.

incluyan las características demográficas de los migrantes así como el impacto de la migración en los servicios de salud”, justifica Dal Poz.

¿Qué es lo que expulsa y qué es lo que atrae a los trabajadores?

Para el especialista, la primera pregunta de debemos hacernos a la hora de pensar sobre este tema es: ¿Por qué los profesionales de la salud migran? “Migran por las mismas razones que otros trabajadores: un mejor empleo y mejores condiciones de vida. Nadie migra por el placer de migrar. Algunas veces, la migración es una política de gobierno. A veces, las personas migran porque no tienen empleo en sus países de origen, como consecuencia de guerras, persecuciones políticas y hasta incluso por problemas climáticos”, afirma Dal Poz, que completa: “Las personas migran en busca de la seguridad que no encuentran en sus propios países”.

Según él, el cuadro es más o menos semejante cuando se trata de migraciones internas, del campo hacia las ciudades. “Si una persona no tiene casa y no tiene escuela para sus hijos, va hacia donde haya más oportunidades, o sea, hacia las áreas más desarrolladas”.

Entre los factores que fomentan la migración de trabajadores, Dal Poz destaca los acuerdos de comercio y servicios – en inglés: General Agreement on Tariffs and Trade, GATT – que contribuyen para la remoción o la reducción de barreras al flujo de la fuerza de trabajo entre los países. “En el área de la salud, la enfermería ha ocupado una posición destacada en la agenda internacional, dada la reducción de los efectivos en países centrales, particularmente en Canadá, Reino Unido y Estados Unidos. Las deficiencias de esos países, causadas, en parte, por el rápido envejecimiento de sus poblaciones, vienen siendo suplidas, cada vez más, con profesionales del mundo en desarrollo”, sustenta, resaltando que ya existe un mercado global para algunas categorías profesionales, verificado por estándares de educación uniformes. “Los currículos de las escuelas de enfermería de Filipinas y de Sudáfrica, por ejemplo, están basados en el currículo de las escuelas de enfermería del Rei-

no Unido, lo que permite terminar con la necesidad de examen de cualificación profesional para las enfermeras que vienen de esos países”, enfatiza.

Otro reflejo de este escenario es la proliferación de agencias de reclutamiento médico que terminan estimulando la migración de trabajadores de la salud de países de bajos

ingresos. De acuerdo con la OMS, un estudio realizado en 2004 descubrió que esas agencias han estimulado la mayor parte del reclutamiento de Camerún y una investigación con casi 400 enfermeras migrantes en Londres constató que cerca de dos tercios de las mismas habían sido reclutadas por agencias para trabajar en Gran Bretaña.

El 2º Encuentro Regional de Migraciones de los Recursos Humanos de Salud discute panorama en las Américas

Reunir a representantes de los países Iberoamericanos para profundizar el diálogo sobre el fenómeno migratorio, estableciendo medidas necesarias para un abordaje sistémico e integrado entre los actores involucrados en el proceso. Ese fue el objetivo del 2º Encuentro Regional de Migraciones de los Recursos Humanos de Salud, realizado durante los días 1 y 2 de junio de este año, en Uruguay. El evento dio continuidad a las discusiones realizadas en otras innumerables iniciativas, entre ellas, la de la Reunión Andina – Migración de Profesionales de la Salud, que tuvo lugar en marzo, en Perú, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (Ops/OMS).

Conozca algunos datos generales presentados durante el evento:

- **América Latina y el Caribe:** los principales países receptores de trabajadores de la región son Chile, EUA, Canadá, España y Portugal; los más importantes flujos migratorios temporarios programados son: de Cuba hacia Venezuela y Uruguay, y de Uruguay hacia Taití; hay reclutamiento masivo de personal de enfermería, aunque en algunos países también ocurre migración de médicos.
- **Argentina:** casi el 90% de las enfermeras que migran hacia el país provienen de América Latina, lo que coincide con las corrientes migratorias de la población en general; el 41% de las enfermeras provienen de países fronterizos y el 21% de Perú; casi el 40% de las enfermeras que migran hacia Argentina envían dinero hacia su país de origen.
- **Brasil:** este país presenta un superávit de recursos humanos cualificados y, paradójicamente, déficits de profesionales en algunas regiones; limitaciones del sistema productivo para emplear a los recursos cualificados y baja capacidad de ofrecer estímulos profesionales; a pesar de las barreras del idioma que limitan la movilidad de los profesionales, Brasil es un potencial exportador de profesionales en el área de la salud.
- **Paraguay:** la migración es fundamentalmente (cerca de 400 personas, en un período de dos años) de personal de enfermería, en dirección a España, Italia y los EUA.
- **Chile:** más del 30% de los 10 mil médicos que actúan en la Atención Primaria provienen de otros países; de los aproximadamente 1.300 médicos extranjeros que actúan en la APS, más de 950 son ecuatorianos, 135 provienen de Colombia y 60 de Cuba.
- **Perú:** el déficit en la fuerza de trabajo en salud en este país – más de 6 mil médicos, 7 mil enfermeras, 4 mil obstetras y 2 mil odontólogos – es similar al que se encuentra en el África Subsahariana; sólo en el período 2006-2007, 541 médicos peruanos migraron hacia España, lo que representó una pérdida de casi US\$ 300 mil en inversiones realizadas para su formación.
- **Uruguay:** cerca del 15% de la población reside en el exterior; la emigración representa una estrategia económica de sobrevivencia entre los jóvenes, especialmente aquellos con un nivel educativo más alto; en muchos casos, existen planes para regresar al país después de un período en el exterior; España y Chile son los principales destinos de los migrantes.

Las consecuencias de la migración de los trabajadores de la salud

De cierta forma, como defiende la OMS en su informe, el desplazamiento de los trabajadores de la salud hacia el exterior puede salvar a la economía de algunos países. Cada año, según el documento, los migrantes envían miles de millones de dólares hacia sus países de origen. Por esto último, la migración puede asociarse con el declive de la pobreza en países de bajos ingresos. “Hay países en que un tercio de los ingresos se origina en remesas de los migrantes”, agrega Dal Poz, recordando que esa es una de las razones por las cuales Filipinas decidió formar enfermeros para el mercado internacional. Otro de los as-

inversiones realizadas para su formación, que, principalmente en los países en desarrollo, depende de recursos públicos. De cierto modo, es como si los países más pobres subsidiaran la formación de profesionales que actúan en los países más ricos. “Se calcula que, mientras Ghana ha perdido cerca de £ 35 millones de su inversión en la formación de los profesionales de la salud, el Reino Unido ha ahorrado, desde 1998, más de £ 65 millones en costos de formación, gracias al reclutamiento de trabajadores de Ghana”, relata Awases.

La pérdida financiera, sin embargo, no es, de acuerdo con la OMS, el resultado que más daño causa. “Cuando un país posee un sistema de salud frágil, la pérdida de su fuerza de trabajo puede hacer que el sistema como un todo llegue a estar cerca del colapso, y las consecuencias pueden medirse en las vidas perdidas. En esas circunstancias, el cálculo de la migración internacional se traslada del envío o de la adquisición de cerebros hacia los ‘flujos fatales’, resalta el texto del informe.

“Los países más vulnerables son aquellos que tienen más para perder cuando los trabajadores migran. Para algunos países, como Etiopía, que forman cerca de 300 médicos por año, la migración de 150 causa un impacto enorme. Si formase 3 mil, sin embargo, las consecuencias no serían tan grandes. La cuestión es que esos países pierden justamente a sus mejores profesionales, a aquellos con más condiciones para conseguir un empleo fuera del país. Con ello, se reducen las posibilidades de atender las necesidades de salud de su población”, agrega Dal Poz.



pectos que puede ser considerado ‘positivo’ es que si los trabajadores de la salud vuelven a casa, traen consigo habilidades y pericia de gran importancia para su país de origen.

Más allá de que pueda presentar algunos aspectos positivos, existe también un costo bastante grave de la migración de trabajadores de la salud. En el continente africano, algunas de las peores consecuencias son: el empeoramiento del acceso y de la distribución equitativa de cuidados de salud en áreas rurales, el aumento de la carga de trabajo para los trabajadores que permanecen en el país, lo que provoca estrés y ausentismo, y la realización de servicios por personal cada vez menos cualificado. “El efecto es más devastador en países pequeños, en donde la pérdida de un cardiólogo puede resultar en el cierre de una enfermería o de la cardiología clínica”, enfatiza Magda Awases.

Además de eso, cuando un gran número de profesionales deja un país, se produce una pérdida significativa de las

Gerenciamiento de la migración: ampliando beneficios y reduciendo daños

Según la OMS, la compleja combinación de trabajador, lugar de trabajo y fuerzas de mercado que generan flujos de trabajadores de la salud desafía cualquier acción sencilla o única relacionada con la migración. La idea es desarrollar varias iniciativas de gerenciamiento de la migración que, simultáneamente, protejan a los trabajadores de la salud y minimicen las desigualdades, así como el impacto negativo que provocan los movimientos migratorios sobre los países más vulnerables.

El gerenciamiento de la migración de los trabajadores de la salud involucra, como reitera Dal Poz, el “equilibrio entre las libertades individuales, de los que van en busca de mejores condiciones de trabajo y de vida, y la necesidad de impedir pérdidas excesivas para los países, tanto en lo que se refiere a la migración interna – concentración urbana y abandono rural – como de los flujos internacionales de los países más pobres hacia los más ricos”.

La OMS señala varias estrategias de gerenciamiento de la migración, y las clasifica en: estrategias del país de origen; estrategias del país receptor; y estrategias internacionales.

En el caso de los países de origen, el gerenciamiento de la migración incluye la formación volcada a las condiciones y necesidades locales; la mejora de las condiciones de trabajo; y medidas de estímulo al retorno de los migrantes después de un período de trabajo en otro país.

Debería ser una responsabilidad de los países receptores el preocuparse por los derechos y el bienestar de los trabajadores de la salud migrantes y asumir su responsabilidad sobre las consecuencias negativas del reclutamiento de esos profesionales en los países de origen, principalmente cuando se trata de países que ya han presentado déficits severos en la fuerza de trabajo. Además de eso, las autoridades globales recomiendan que los países receptores brinden más apoyo a los países con carencia de profesionales de la salud, mediante el envío de trabajadores que puedan actuar en las áreas más afectadas.

Finalmente, les cabe a las autoridades nacionales, asociaciones profesionales y órganos internacionales discutir la elaboración de políticas éticas de reclutamiento internacional, códigos de práctica y directrices que, a pesar de no tener valor jurídico, puedan establecer acuerdos bilaterales o globales importantes para el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud. La duda que resta es si esas normas podrían llegar a tener influencia suficiente como para cambiar el escenario actual.

La idea de crear un código de prácticas para el reclutamiento internacional de personal de la salud viene siendo ampliamente discutida por la OMS, en un proceso que comenzó en el 2004 (ver box), y que encuentra, según Dal Poz, innumerables dificultades: “El caso es que no hay un consenso. Algunos países se oponen, pues dependen de la importación de mano de obra. Los EUA, por ejemplo, tienen una cuota de enfermeras, Canadá importa enfermeras y médicos y hay países en el Medio Oriente que no forman profesionales en número suficiente. La idea del código es establecer principios éticos de reclutamiento, tales como: ‘no buscar activamente trabajadores de países en donde el déficit de la fuerza de trabajo ya es un problema’, que podrán ser o no acatados.

Con relación a la eficacia del código que está siendo elaborado, el investigador es enfático: “El código no resuelve los problemas, tan sólo coloca algunos principios éticos que los diferentes agentes de reclutamiento deben seguir. No es una cosa mágica. El hecho de tener un código no va a resolver los problemas, es necesario que los principios establecidos sean seguidos”.



Las estrategias propuestas por la OMS ya vienen siendo aplicadas por varios países, que se esfuerzan por reducir la migración de sus trabajadores de la salud. Según la opinión de Magda Awases, sin embargo, el futuro no es promisorio, ya que los países desarrollados continúan necesitando trabajadores que pertenecen a los países en desarrollo. “El desafío para los países africanos es superar los aspectos macroeconómicos, sociales y políticos que pueden perjudicar las estrategias e iniciativas implementadas para reducir la migración y mitigar sus efectos negativos. Estos países, sin embargo, no pueden actuar solos, en la medida en que están insertados en una economía global, fuertemente determinada por los países que también son los principales reclutadores. Son esos países los que deben actuar para que la cadena global de cuidados en salud se torne menos desigual”, concluye Awases. ✉

*Lea más:

- Informe Mundial de la Salud (OMS, 2006). Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/en>
- ‘Migration of skilled health professionals in the African Region: An overview’, de Magda Awases (African Health Monitor, enero-junio 2007). Disponible en: <http://www.afro.who.int/press/periodicals/healthmonitor/jan-jun2007.pdf>
- ‘Does a code make a difference – assessing the English code of practice on international recruitment’, de Buchan and all. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/33>
- ‘The Kampala Declaration and Agenda for Global Action: Health Workers for All and All for Health
- ‘Workers’ (1º Fórum Global sobre Recursos Humanos en Salud, Kampala, marzo de 2008). Disponible en: http://www.who.int/workforcealliance/forum/2_declaration_final.pdf
- Código de prácticas para el reclutamiento internacional de personal de salud (OMS, 2009). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_13-en.pdf

El Código de Prácticas para el Reclutamiento Internacional de Personal de la Salud

La necesidad de aumentar el control sobre el tema de la migración de profesionales de la salud, que afecta principalmente a los países más pobres, llevó a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) a publicar, en el 2004, una resolución solicitando la elaboración de un código que regulase el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.

El 1º de septiembre de 2008, el Secretariado de la OMS publicó el primer esbozo del código, para que fuera evaluado y recibiera comentarios de los Estados-Miembros y otras partes interesadas. Se realizó entonces una consulta pública, mediante la WEB, cuyos resultados dieron origen a una segunda versión del documento, que fue presentada en la 124ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, en enero de este año, antes de que fuera llevada a la 62ª AMS, celebrada en mayo.

El documento está compuesto por 11 Artículos y tiene por objetivos: establecer y promover principios voluntarios, modelos y prácticas para el reclutamiento internacional de personal de la salud; servir como instrumento de referencia para el establecimiento o mejoramiento, por parte de los Estados-Miembros, de legislaciones nacionales, acuerdos bilaterales y otros instrumentos legales; estimular la discusión internacional y la cooperación avanzada en cuestiones relacionadas con el reclutamiento de personal de la salud.

Entre sus principios (Artículo 3), el código afirma que el reclutamiento internacional debe ser conducido con transparencia, equidad y mediante la búsqueda de beneficios mutuos. Además de eso, insta a los Estados Miembros a promover la igualdad de derechos para los trabajadores migrantes, y desarrollar programas de formación que se ocupen de sus necesidades de personal para el área de salud, reduciendo la necesidad de importar trabajadores.

Educación de Técnicos en Salud · parte 1

E objeto de la constitución de la RETS es la ‘educación de técnicos en salud’. Pero ¿qué quiere decir eso exactamente? ¿Quiénes son los técnicos en salud y a qué nos referimos cuando usamos la palabra educación?

Como vimos en la edición anterior, si bien la expresión ‘técnico en salud’ tiene varios sentidos, en la medida en la que se utiliza para designar una gama de profesionales con niveles de escolaridad, formación y funciones bastante diversificados, es posible, de todas maneras, mediante un poco de esfuerzo, identificarlos en las diferentes realidades.

La otra dificultad tiene que ver con la polisemia de la palabra ‘educación’, que puede asumir tantos sentidos como cuantos sean los proyectos de sociedad y, por lo tanto, las concepciones de educación y de trabajo y las relaciones establecidas entre esos dos campos.

Educación y trabajo en estrecha relación

En Brasil la ‘educación de técnicos en salud’ integra la ‘educación profesional’, definida en la Ley n° 9.394, de 1996 – Ley de Directrices y Bases de la Educación -, como proceso educativo, desarrollado en las escuelas o en los lugares de trabajo, que le permite al individuo adquirir y desarrollar conocimientos teóricos, técnicos y operativos relacionados con la producción de bienes y servicios. En ese sentido, la educación profesional en salud comprende tanto la formación inicial o continua, realizada en los servicios de salud o en instituciones de enseñanza, como la formación técnica media y la formación tecnológica superior, que se realizan exclusivamente en instituciones de enseñanza. De forma más específica, la ‘educación de técnicos en salud’ se refiere a la formación de profesionales de nivel medio, en cursos técnicos, de al menos 1.200 horas, concomitantes o integrados a la enseñanza media, para aquellos que hayan concluido la enseñanza fundamental (9 años de enseñanza formal), o subsecuentes, para aquellos que hayan concluido la enseñanza media (12 años de enseñanza formal).

En otros contextos, sin embargo, la idea de educación profesional es utilizada tan sólo para referirse a la formación de nivel superior universitaria, tal como resaltan Giovanni Escalante Guzmán y Manuel Nuñez Vergara, en su artículo ‘Situación de la oferta de formación de Técnicos Asistenciales en Salud de Perú*’. Según ellos, en entrevistas realizadas con actores ligados a los Institutos Superiores Tecnológicos (ISTs), responsables por la formación de técnicos en ese país, es perceptible la “confusión de términos”: muchos de los entrevistados afirman que sólo pueden ser llamados profesionales de la salud aquellos que se graduaron en las universidades. En Perú, así como en otros países de América Latina, los cursos técnicos son de nivel superior no universitario.

Para los autores, sin embargo, algunas definiciones utilizadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) tornan perfectamente viable el uso del término ‘educación profesional’ para referirse a la educación de técnicos en salud. “Según la OIT, el término profesión significa dedicación a un oficio, arte o disciplina científica”, explican, y agregan: “Cabe mencionar que la OIT definió el concepto de ‘competencia profesional’ como la capacidad para realizar una tarea o desempeñar eficazmente un puesto de trabajo por poseer cualificaciones requeridas para el mismo”.

Más o menos integrado a la educación regular, en concepciones que atenúan o acentúan la supuesta dicotomía entre el pensar y el actuar, la enseñanza técnica-profesional sufre innumerables cambios y presenta diferentes matices, que muchas veces son bastante sutiles, de acuerdo con el contexto histórico en el cual se encuentra insertado.

En el caso de la salud, como afirman Isabel Brasil, actual directora de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), y Julio César França Lima, en la 2ª edición del Diccionario de la Educación Profesional en Salud*, todavía prevalecen

ideas y prácticas que buscan adaptar y adecuar a los trabajadores a la realidad existente, al mercado de trabajo y a las necesidades del capital, si bien existen iniciativas contrahegemónicas que tienen por objetivo formar profesionales capaces de colaborar en la construcción de una sociedad más justa y solidaria. “Esas experiencias se realizan en el escenario histórico y social del capitalismo tardío, un escenario contradictorio y complejo, en el que se enfrentan las posiciones progresistas, que defienden y reafirman a la salud como un derecho universal, y la realidad de la formación reciente del capitalismo en nuestro país [Brasil], que tiende a convertir a la salud en una mercancía”, afirman los autores.

La formación para el trabajo en la historia

En la antigua Grecia, las funciones intelectuales eran consideradas incompatibles con cualquier especie de trabajo relacionado con el cuerpo. La labor, definida por Hanna Arendt (‘La Condición Humana’, 1983) como el esfuerzo del cuerpo para proveer el sustento, era desarrollado básicamente por los esclavos, y el desgaste físico provocado por el trabajo era visto como un limitante de la capacidad de pensar. En el mundo feudal, la formación de los artesanos y de los campesinos continuó produciéndose durante el ejercicio profesional, y las escuelas se restringían a la formación intelectual del clero y de la nobleza. En ambos casos, la formación profesional se daba en el propio proceso de trabajo y el trabajador no tenía acceso al conocimiento científico producido socialmente.

A partir del surgimiento de la burguesía, el advenimiento del capitalismo y la Revolución Industrial, tuvieron lugar grandes modificaciones en ese escenario: surgió el tema del empleo; se introdujeron nuevas divisiones y funciones en la jerarquía social del trabajo; se

fortaleció la fábrica como lugar de producción, y la escuela comenzó a afirmarse como lugar de transmisión de los conocimientos necesarios para el ejercicio de esas funciones, reflejando las relaciones de poder existentes en la sociedad que se expresaban, por ejemplo, en la definición de los contenidos a ser transmitidos y los conocimientos exigidos por los trabajadores. El discurso sobre la valorización del trabajo, como medio de acumulación de riquezas, no se traducía en un reconocimiento del valor del trabajador, cuya producción era expropiada por la burguesía. En las escuelas destinadas a las clases populares dos dimensiones asumieron la misma importancia: la instrucción y la disciplina del tiempo y del uso del cuerpo para el trabajo de fábrica. A la burguesía, a su vez, le eran destinados los modelos de escuela volcados a una formación más sólida en la cual existía la socialización del conocimiento científico socialmente producido.

La instauración de la idea de 'infancia', como tiempo y estatutos propios, unió a la burguesía a la clase trabajadora en torno de la idea de separación entre la escuela y el trabajo, si bien esto fue por razones y con objetivos diferentes, según Marx: la burguesía porque quería que sus hijos se cualificasen para la gestión de los negocios, y los trabajadores porque querían que sus hijos pudieran llegar a ser algo más que simples obreros. "Proyectos antagónicos y, por consiguiente, en conflicto, sustentaban la relación contradictoria entre trabajo y formación, por un lado concretizada en modelos de escuela propuestos por la sociedad liberal, y por el otro, colocada en la perspectiva de la construcción de una sociedad socialista por los movimientos revolucionarios", afirma Marlene Ribeiro, en el texto "Trabajo como base de la formación: elementos de un currículo para la educación de jóvenes y adultos".*

La relación entre trabajo y formación/educación está fuertemente definida por el paradigma de sociedad que sustenta esa relación. Por eso, para Marlene, está claro que, en una sociedad capitalista – centrada en el individuo, y en la cual el trabajo es **heterónimo** y el mercado, extremadamente competitivo–, sólo es posible establecer un proceso de formación basado en la solidaridad, en la autonomía y en la cooperación, si se explotan las contradicciones sobre las cuales, entre otras cosas, se asientan el modelo capitalista y las relaciones que atraviesan las instituciones sociales, como la escuela.

La educación y sus innumerables sentidos

La finalidad de la educación, el significado del conocimiento, las teorías y las prácticas utilizadas en el proceso educativo varían en la medida en que varían las concepciones de mundo en las cuales se insertan. Históricamente, se produjo una disputa sobre la naturaleza de la educación: humanística para algunos, por ser la principal puerta de acceso a los valores y a la cultura de una época, y económica para otros, por hacer posible la reproducción de la fuerza de trabajo necesaria para el mantenimiento del sistema productivo.

En el medio de esa disputa, surgieron innumerables corrientes pedagógicas, clasificadas por el educa-

Sujeto a una ley exterior o a la voluntad de otra persona.

dor brasileño Demerval Saviani como críticas y no críticas.

Como explica Marise Ramos en el informe de la investigación 'La educación Profesional en Salud en Brasil: concepciones y prácticas en las Escuelas Técnicas del Sistema Único de Salud', las críticas son aquellas que entienden a la educación como 'una mediación ético-política de la formación humana que hace posible la comprensión de la realidad y potencializa la acción de los sujetos para superar la explotación y la alienación de los trabajadores, transformándola en beneficio de la emancipación humana'. Las no críticas, a su vez, serían aquellas que "consideran a la realidad como un dato natural y estable, en relación al cual el ser humano elabora una representación que lo ayuda a adaptarse a ella".

De acuerdo con el informe, y como será visto más detalladamente en la próxima edición de esta revista, la pedagogía de Paul Freire es un ejemplo de esta corriente crítica, mientras que las teorías de la pedagogía tradicional, el tecnicismo, el pragmatismo y la misma pedagogía de las competencias (ver página 2) sirven para ilustrar la corriente no crítica. 📌

*Lea más:

- 'Educação Profissional em Saúde', de Isabel Brasil y Júlio César França Lima, en la 2ª edición del 'Dicionário da Educação Profissional em Saúde' (Rio de Janeiro. EPSJV, 2009). Disponible en: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>
- 'Situación de la oferta de formación de Técnicos Asistenciales en Salud en el Perú, de Giovanni Escalante Guzmán y Manuel Nuñez Vergara. Disponible en: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/home.php?Area=Noticia&Num=48>
- 'A Educação Profissional em Saúde no Brasil: concepções e práticas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde' – Informe de Investigación, de Marise Ramos, Aline Buy, Ana Paula Blengini y Jonas Emanuel, que estará disponible, dentro de poco, en el sitio de la RETS.
- 'Trabalho como base da formação: elementos de um currículo para educação de jovens e adultos', de Marlene Ribeiro (Anped, 25ª Reunión Anual, 2002, GT 09), disponible en: <http://www.anped.org.br/reunioes/25/excedentes25/marleneribeiro09.rtf>



Escuela de Salud del Chaco 'Tekove Katu'

El último 1º de mayo, la Organización Panamericana de la Salud (Ops/Oms), por medio de su representación en Bolivia, concedió el diploma de Escuela Modelo a la Escuela de Salud del Chaco 'Tekove Katu'. Al rendirle homenaje a la dedicación de la Escuela boliviana a la formación del personal de salud de las comunidades indígenas y a la pertenencia social de su orientación sanitaria y pedagógica, la Ops legitimó el resultado de un trabajo que comenzó en 1985 y tiene una larga historia, que se confunde con la lucha del pueblo guaraní por sus derechos.

En guaraní: vida plena; completo desarrollo físico, mental, social y espiritual.

“Lo mínimo para todos”

En los años 70, los movimientos populares de base, que inspiraron, entre otras cosas, la declaración de Alma Ata, en 1978, también ayudaron en la organización del pueblo guaraní. Durante ese período, para mapear detalladamente la realidad en que vivía la población nativa, comenzó a realizarse el Diagnóstico de la Provincia Cordillera, una de las cinco que componen el Chaco Boliviano.

Varios de los encuentros comunitarios realizados para debatir los resultados del diagnóstico fortalecieron la idea de juntar a todo el pueblo guaraní en busca de soluciones para los principales problemas identificados en cinco sectores considerados fundamentales – Producción, Infraestructura, Educación y Tierra-Territorio, unidos mediante la sigla H – y que resultaron en la creación de la Asamblea del Pueblo Guaraní (APG) de Bolivia, en febrero de 1987.

Según el profesor Aurelio Méndez Candapurri, responsable por la Escuela Tekove Katu, en aquella época, una de las prioridades señaladas fue la de formar trabajadores para los diferentes sectores del Piset, tarea que fue asumida por varias instituciones. “La Escuela de Salud del Chaco 'Tekove Katu' nace para apoyar la formación del personal de las comunidades indígenas, en especial de los habitantes del Oriente boliviano y de los Chacos Argentino y Paraguayo, en el campo de la salud. El objetivo era formar profesionales adecuados a las exigencias de las comunidades, que unieran la visión clásica de la medicina a la tradicional, respetando usos y costumbres, y que, con conocimiento de la realidad, de las vivencias y de la lengua materna, se tornasen actores de los cambios necesarios”, cuenta Aurelio.

Iglesia y Estado: una asociación para enfrentar dificultades

En el área de la salud, la realización de los ideales de Alma Ata se topó con innumerables obstáculos. En la lucha por sus derechos, las comunidades guaraníes de la región recibieron el apoyo de la Iglesia, que, según Aurelio, decidió optar por el pueblo guaraní y por otros pueblos indígenas del territorio. “No se trataba de una ‘interferencia’, incluso porque la Iglesia buscaba colaborar para que el pueblo guaraní pudiera recuperar y desarrollar su propia espiritualidad y religiosidad”, garantiza Aurelio. “La preocupación fundamental

La APG, creada el 7 de febrero de 1987, entró definitivamente en el escenario boliviano el día 27 de enero de 1992, al organizar un evento nacional para recordar los 500 años de la invasión de América y rendir homenaje a los cerca de tres mil nativos que murieron 100 años antes, en la batalla de Kuruyuki. Actualmente, la APG representa a más de 80 mil miembros de más de 300 comunidades guaraníes bolivianas.

Fuente: <http://www.cidob-bo.org/regionales/apg.htm>

de la Iglesia es la promoción humana. El camino de la Iglesia y del pueblo coincide en la búsqueda de los mismos objetivos”, justifica.

En 1989, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) adoptó el Convenio 169 sobre poblaciones indígenas y tribales, el cual afirma la obligación de los gobiernos de “poner a disposición de los pueblos indígenas los medios necesarios que les permitan organizar y prestar servicio de salud bajo su propia responsabilidad y control”. En respuesta a las dificultades enfrentadas por el Estado boliviano para cumplir la determinación, ratificada en 1991, por el Art. 25 de la Ley 1257, fue firmado un convenio entre el Ministerio de Salud y el Vicariato de Cuevo, coordinado por el P. Tarcisio Dino Ciabatti.

De acuerdo con Aurelio, el convenio,

Producción: alimentos básicos para todos y desarrollo que utilice, de forma racional, los recursos existentes en la comunidad.

Infraestructura: servicios básicos, escuelas, puestos de salud, viviendas, y carreteras que permitan el desplazamiento entre las comunidades y los centros urbanos.

Salud: implementación de los programas de salud en las comunidades guaraníes y hacer compatible la medicina tradicional con la medicina occidental, para mejorar los servicios.

Educación: modelo intercultural y bilingüe (lengua nativa y español), con incorporación de elementos que permitan el análisis de la historia regional, la protección del medioambiente y la interculturalidad.

Tierra-Territorio: demarcación y titulación de los territorios, condición básica para la sobrevivencia y desarrollo del pueblo guaraní.

Fuente: <http://www.cidob-bo.org/regionales/apg.htm>

cuya meta era responder a las necesidades de salud de los pueblos nativos, por medio de la formación y capacitación de personal adecuado, implementar y fortalecer servicios de salud conforme su cultura e incentivar la investigación científica, fue firmado para suplir una deficiencia del Estado, pero, por otro lado, también exigía que el Estado atendiese las demandas del pueblo.

Formando un Ipaye moderno

“La forma de enseñar puede destruir o elevar la autoconfianza y la fuerza de la comunidad”, afirma el biólogo y educador norteamericano David Werner, en una frase que sirve de inspiración para los que trabajan en la Escuela Tekove Katu.

La Escuela Tekove Katu tiene por objetivo formar un Ipaye moderno, ca-

Vocablo guaraní para designar al chamán, el curandero; aquel que utiliza elementos de la medicina tradicional para curar, para recuperar la salud de los miembros de la comunidad.

paz de señalarles a las personas el punto de partida hacia una salud integral y que trabaje para que los nativos tengan acceso a servicios de salud con interculturalidad, conociendo el respeto a la medicina tradicional.

Para ingresar a cualquiera de los cursos de la Tekve Katu – formación de enfermeros, nutricionistas, técnico de laboratorio clínico y técnico en salud ambiental, nutrición e higiene, todos con complementación de educación en salud –, los candidatos deben, entre otras cosas, tener entre 18 y 25 años; haber cursado al menos los ocho años de enseñanza obligatoria; ser elegido en la Asamblea Comunal; tener buena conducta y disciplina en su comunidad, ser voluntario y tener consciencia de lo que es respetar a los profesores y compañeros; conocer y hablar su lengua nativa; identificarse con su gente, su cultura y su Organización indígena; estar dispuesto a trabajar en su comunidad o en donde la organización lo necesite.

Los cursos son modulares, con una duración de cuatro años, intercalando períodos presenciales y prácticas comunitarias de servicio. Todo el proceso se desarrolla en la modalidad de internado, con actividades académicas durante el día y en parte de la noche. El

La interculturalidad está considerada por la constitución boliviana como instrumento de cohesión y de convivencia armónica y equilibrada entre todos los pueblos que constituyen Bolivia, definida como un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario.

plan de cada módulo es de responsabilidad del profesor y debe estar basado en tres directrices básicas: la enseñanza debe utilizar procesos de la Educación Popular; las actividades de clase deben estar íntimamente relacionadas con la realidad de las propias comunidades indígenas; y el espíritu de la convivencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje debe ser indígena, según el modo de ser guaraní (‘Nandereko’).

Tekove Katu: política, educación y salud

Habiendo formado más de 600 profesionales para actuar en el área de la salud, además de colaborar en otras actividades establecidas en el Convenio entre el Ministerio de Salud y el Vicariato, la Escuela de Salud del Chaco ‘Tekove Katu’ desempeña un importante papel político, educativo y social, en la constitución de una Atención Primaria a la Salud ‘indígena’, que le permita al Sistema Nacional de Salud una mayor adecuación cultural.

“Desde el punto de vista político, es una escuela del Estado que busca fortalecer la visión de salud integral en la cual los equipos de salud incluyen no sólo a los médicos y paramédicos, y que no sirve únicamente para curar a los enfermos. Nosotros buscamos respuestas a las necesidades básicas que afectan directamente a la salud y, por eso, defendemos que el equipo debe incluir a téc-

nicos en salud, nutrición, facilitadores de servicios, entre otros, priorizando la prevención según los objetivos establecidos así como los principios de Alma Ata”, destaca Aurelio.

En el área de la educación, el profesor recuerda que todos los profesionales egresados de la Escuela son educadores populares en salud bilingües e identificados con su propia cultura, algo fundamental para una población carente de educación en salud y que tiene dificultades en cambiar hábitos de higiene, por ejemplo. Pero eso no es todo. “Hace muchos años, la Escuela promueve el uso del Carnet de Salud Escolar, institucionalizado por el ministerio en 2005. El uso del documento, que da continuidad al Carnet de Salud Infantil y acompaña al niño durante los ocho años de escuela obligatoria, involucra a autoridades, padres, profesores y personal de salud, siendo mucho más importante para controlar la evasión escolar”, agrega.

Finalmente, Aurelio resalta la incorporación de nuevos profesionales por parte de los servicios de salud, colaborando para que el sistema nacional alcance su objetivo de fortalecer la Atención Primaria a la Salud y de ampliar la extensión de la cobertura. ☒

Lea más:

- Yasarekomo: Una experiencia de comunicación indígena en Bolivia (FAO, 2004): <http://www.fao.org/docrep/006/y5311s/y5311s00.HTM>



La Red de Escuelas Técnicas de Salud es prioridad en el Pecs

Fortalecer los sistemas de salud de los Estados miembros de la **Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (CPLP)**, de forma a garantizar el acceso universal a cuidados de salud de calidad. Ese es el objetivo central del Plan Estratégico de Cooperación en Salud (Pecs 2009-2012), aprobado el día 15 de mayo, en Estoril, Portugal, durante la II Reunión de Ministros de Salud de la CPLP.

CPLP: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guinea-Bissau, Mozambique, Portugal, Santo Tomé y Príncipe y Timor Leste.

En el encuentro también fue creado un fondo sectorial que dará apoyo financiero a las actividades de cooperación, a partir de aportes de los Estados miembros y de organismos internacionales, públicos y privados.

La aprobación del Pecs representa un compromiso colectivo de cooperación estratégica en el sector de la salud y un marco en un proceso iniciado oficialmente en abril de 2008, durante la I Reunión de Ministros de Salud de la CPLP, realizada en Ciudad de Praia, capital de Cabo Verde.

“De hecho, la idea surgió en una reunión entre el entonces presidente de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Buss, el director del Instituto de Higiene y Medicina Tropical de Portugal (IHMT), Jorge Torgalo y el embajador de Cabo Verde, Luís Matos Fonseca, quien en aquel momento era Secretario Ejecutivo de la CPLP. Paulo Buss, entonces, le solicitó a la Dirección de Planeamiento Estratégico (Dirplan) de la Fiocruz la elaboración de una primera propuesta para el plan, a ser presentada a los ministros en la reunión en Cabo Verde”, cuenta el director de la Dirplan/Fiocruz, Félix Julio Rosenberg.

El Proceso incluye voluntad política y empeño técnico

En Ciudad de Praia fueron definidas las directrices orientadoras de los proyectos que integran el Pecs y que incluyen, entre otras cosas: la adopción de los Objetivos del Milenio (ODM); el respeto y la defensa de los **principios de apropiación, armonización, alineamiento, gestión por resultados y prestación de cuentas**; la utilización de los Planes Nacionales de Salud para la definición de prioridades de cooperación; y la reducción de los déficits cuantitativo y cualitativo de recursos humanos en salud (RHS) en los Estados miembros de la CPLP.

Sobre esos principios, la Declaración de Accra, firmada en julio de 2007, durante la 9ª Sesión Ordinaria de la Asamblea de la Unión Africana afirma:

- Los países asociados deben ejercer un liderazgo efectivo sobre sus políticas y estrategias de desarrollo (apropiación).
- Los donantes deben basar su cooperación en las estrategias de desarrollo de los socios y en sus sistemas locales (alineamiento).
- Los donantes deben coordinar sus actividades y minimizar los costos relacionados con la ayuda (armonización).
- Los países socios y los donantes deben orientar sus actividades a fin de alcanzar los resultados deseados (gestión para los resultados).
- Los donantes y los países socios deben prestarse cuentas mutuamente sobre los resultados de una mejor gestión de la cooperación (prestación de cuentas mutua).

Fuente: Pecs/CPLP, mayo/2009

“Fueron creadas comisiones de los **puntos focales** para la elaboración del Plan. La Fiocruz, representada por mí, y el IHMT, representada por Paulo Ferrinho, fueron las instituciones encargadas de asesorar técnicamente el proceso, dando forma al Pecs”, explica Félix Rosenberg.

Peritos del área de la salud designados por los Ministerios de Salud de los Estados miembros da CPLP.

En julio de 2008, después de que fuera establecida una propuesta de Estructura para la Elaboración del Plan, se definió la estrategia de identificación de prioridades para la cooperación. En esa etapa, realizada durante los meses de agosto y septiembre, le tocó al IHMT realizar misiones a Angola, Cabo Verde, Guinea-Bissau, mientras que la Fiocruz quedó responsable por la realización de consultas a Mozambique y Santo Tomé y Príncipe, además de Timor Este.

En septiembre de 2008, en Rio de Janeiro, Brasil, el Grupo Técnico, con apoyo de la Consejería Técnica, discutió las prioridades identificadas, aprobando el Documento Base del Pecs. En marzo de este año, se realizó un nuevo encuentro para discutir los proyectos incluidos en el Documento Base, a ser examinado y aprobado formalmente por los ministros en la reunión de Estoril.

Formación de la fuerza de trabajo en salud: un eje estratégico

Con base en las directrices orientadoras y en la información prestada por los países, fueron establecidos siete ejes de acción estratégicos, en el ámbito de los cuales fueron definidos cerca de 20 proyectos, nueve de los cuales fueron considerados prioritarios.

En el Eje 1 (ver box), uno de los cuatro proyectos de alta prioridad es el

de estructuración de la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la CPLP, que serán coordinado por la Fiocruz, por medio de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e incluye, además de la formación docente, asesoramiento para la formulación de proyectos político-pedagógicos, organización curricular en áreas prioritarias y fortalecimiento de la estructura organizacional.

“Le cabe a la Fiocruz coordinar cuatro de los nueve proyectos: el de la red de escuelas técnicas; el de la red de escuelas de salud pública, con un énfasis especial en las escuelas de gobierno; el de los centros de investigación en salud pública y el de las comunidades saludables. El IHMT será responsable a nivel técnico de tres proyectos. El Observatorio de Recursos Humanos y el Portal CPLP/Salud estarán a cargo, respectivamente, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Secretaría Ejecutiva de la CPLP”, recordó Félix Rosenberg, que también destacó el desempeño de la Fiocruz como movilizador político del proceso, así como la importancia del Pecs para todos los involucrados.

Según Rosenberg, el Pecs es completamente congruente con la política del gobierno brasileño, que considera vital la Cooperación Técnica Internacional de tipo Sur-Sur, principalmente con África, en especial con los países de lengua portuguesa, y con América Latina, con prioridad en los países del Mercosur.

“La Cooperación Sur-Sur es una forma diferente de cooperar, basada, no en las ideas de donante-receptor o de apoyo y asesoramiento, sino en la idea de intercambio, en el cual todos tienen algo importante para aprender”, aclara Rosenberg.

El Contexto refuerza el protagonismo de la Red de Escuelas Técnicas

En los países africanos de lengua portuguesa y en Timor Este, la fuerza de trabajo en el área de la salud está compuesta principalmente por trabajadores técnicos y auxiliares, que se forman, muchas veces, en el propio servicio. Las condiciones de vida, el perfil epidemiológico y la estructura de los sistemas de salud nacionales requieren, sin embargo, una oferta cada vez más diversificada de conocimientos profesionales.

Pecs: ejes y proyectos prioritarios

Eje 1. Formación y desarrollo de la fuerza de trabajo en salud

- Proyecto 1.1 - Creación de la Red Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la CPLP
- Proyecto 1.5 - Estructuración de la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la CPLP
- Proyecto 1.6 - Estructuración de la Red de Escuelas Nacionales de Salud Pública de la CPLP
- Proyecto 1.7 - Formación Médica Especializada en los Países de Lengua Portuguesa

Eje 2. Información y comunicación en salud

- Proyecto 2.1 - Creación del Portal CPLP/Salud

Eje 3. Investigación en salud

- Proyecto 3.1 - Fortalecimiento de la investigación científica en salud pública en la CPLP

Eje 4. Desarrollo del complejo productivo de la salud

- Proyecto 4.2 - Centros Técnicos de Instalación y Mantenimiento de Equipos (CTIME)

Eje 5. Vigilancia epidemiológica y monitoreo de la situación de salud

- Proyecto 5.1 - Monitoreo y evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la CPLP

Eje 6. Emergencias y desastres naturales

Eje 7. Promoción y protección de la salud

- Proyecto 7.1 - Comunidades Saludables: implementación de proyectos-piloto en los países de la CPLP

El cambio del actual cuadro sanitario de esos países pasa necesariamente por la expansión y mejora de la atención primaria y por el fortalecimiento de la vigilancia en salud, lo que, a su vez, depende de la formación y cualificación permanente de los trabajadores del área.

Todos los países, sin embargo, todavía tienen problemas para elaborar políticas y planes estratégicos de recursos humanos de salud y para formar profesionales para el sector. De una forma general, los cinco países africanos y Timor Este presentan, entre muchas otras cosas, inadecuación cuantitativa y cualitativa de la fuerza de trabajo en salud; gestión deficiente de personal; y graves problemas de migración y de retención de los trabajadores del área.

Si bien existen Escuelas Técnicas de Salud (ETS) en todos los países de la CPLP, la realidad de cada una de ellas es bastante diversa. En Brasil y en Portugal, esas instituciones forman una amplia gama de profesionales. También en Cabo Verde, Angola y Mozambique ya se ofrecen cursos en diferentes especialidades, muchos de los cuales funcionan mediante cooperación técnica con Portugal. En Guinea-Bissau, Santo Tomé y Príncipe y Timor Este, sin embargo, la formación es bastante más

restringida, englobando básicamente las áreas de enfermería y de laboratorios.

Baja capacidad de elaboración de proyectos político-pedagógicos y de currículos adecuados para las necesidades de los sistemas de salud, insuficiencia de profesores habilitados y problemas de infraestructura, como falta de laboratorios, redes de informática deficientes y acceso a internet restringido, son algunos de los factores que afectan a la formación técnica en salud en los países africanos de lengua portuguesa y en Timor Este, lo que ocasiona escasez de profesionales. Además de eso, la inexistencia de un sistema de formación técnica coordinado, la realización de cursos para satisfacer demandas puntuales, fuertemente influenciadas por la disponibilidad de recursos de cooperación internacional, y la falta de estandarización de los cursos existentes son problemas que también afectan negativamente la calidad de la formación técnica en esos países.

Frente a ese cuadro y como resultado del carácter estructurante que las escuelas formadoras de trabajadores técnicos de salud desempeñan en el ámbito de los sistemas de salud nacionales, el proyecto de formación de la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la CPLP se tornó prioritario en el ámbito del Pecs. 

Cobertura universal: la cualificación de los trabajadores es indispensable

En sus dos números anteriores, la Revista RETS abordó el tema de la relevancia que el Informe Mundial de la Salud 2008 – ‘Atención Primaria: ahora más que nunca’ le ha atribuido a los trabajadores del sector en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) y en la consecuente construcción de sistemas nacionales más fuertes y equitativos.

A partir de esta edición, el objetivo es destacar lo que dice el Informe respecto a la fuerza de trabajo en salud en las reformas que el documento considera fundamentales para la mejora de la respuesta de los países en relación a la atención primaria.

Equidad en salud: el acceso universal es básico

En el informe, la Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta que las principales causas de las iniquidades en salud derivan de condiciones sociales que están por fuera del control directo de la Salud y que, por lo tanto, deben ser enfrentadas de forma intersectorial. Para la OMS, sin embargo, le cabe al sector salud caminar en dirección a la cobertura universal, adoptando, en su propio ámbito, medidas que promuevan la equidad en salud. “Aun si la cobertura universal no garantiza la equidad sanitaria, la misma es uno de sus fundamentos básicos”, reitera el documento.

“Las diferencias de vulnerabilidad y de exposición a riesgos sanitarios, sumadas a las desigualdades en salud acarrearán resultados sanitarios desiguales, que, a su vez, contribuyen para reforzar la estratificación social, raíz de todas las desigualdades”, afirma el informe, y recuerda que las decisiones normativas en el área definen sistemas de salud capaces de agravar o minimizar las desigualdades, así como de movilizar al gobierno y a la sociedad en torno de la agenda pro equidad.

Avanzar en dirección a la cobertura universal significa trabajar en tres ejes, aumentando gradualmente su amplitud – proporción de la población con acceso a la

salud – profundidad – número de servicios esenciales necesarios para responder con eficacia a las necesidades de salud de las personas – y nivel – aumento de la fracción de los costos de cuidados de salud cubiertos por fondos comunes y pre pago, con reducción de los pagos directos que realizan los usuarios. La forma en que los países realicen ese avance y los desafíos a ser enfrentados dependen mucho de los contextos nacionales específicos.

Aquellas áreas en las cuales no existen servicios de salud para la población y en donde la infraestructura de cuidados básicos de salud necesita ser construida prácticamente desde cero, por ejemplo, representan un dilema. ¿Qué

es mejor? ¿Apostar al desarrollo de un acceso universal más o menos inmediato a un conjunto de intervenciones limitadas o introducir paulatinamente sistemas geográficamente más restringidos de cuidados primarios más integrales?



¿Qué hacer cuando no hay profesionales cualificados?

Según la OMS, en los últimos 30 años, un número razonable de países escogió, con base en la discutible concepción de atención primaria selectiva, la opción de tornar disponible para todos un número restringido de programas supuestamente prioritarios, realizados por un gran número de trabajadores con bajo nivel de formación técnica. Etiopía, por ejemplo, ha estado empleando cerca de 30 mil agentes en esa tarea, destacándose positivamente el hecho de que actualmente una gran parte de esos agentes ya se está beneficiando por un año de enseñanza pos secundaria.

La existencia de personal poco cualificado, sin embargo, restringe las posibilidades de intervención a un número limitado de medidas simples y que, la mayor parte de las veces, no atienden las necesidades de la población. Una de las innumerables desventajas de esa opción es que favore el surgimiento de un amplio mercado de salud paralelo para suplir las deficiencias del sistema oficial. Además de eso, la falta de oferta de cuidados primarios más abarcativos tiende a resultar en el agravamiento de situaciones fácilmente prevenibles, sobrecargando los niveles de mayor complejidad y, consecuentemente, aumentando excesivamente los costos totales del sistema.

Estabilidad y buena formación: sistemas más integrales

La opción de desarrollar gradualmente los cuidados primarios, área por área, por medio de una red de centros de salud con el apoyo hospitalario necesario incluye las intervenciones prioritarias en el ámbito de un paquete más integral de cuidados de salud y tiene como punto central el centro de cuidados primarios: infraestructura profesionalizada, con capacidad de resolución de problemas y posibilidad de expansión modular del abanico de actividades.

Para la OMS, el factor limitante de esa opción es la falta de cuadros estables de personal de nivel medio con capacidad de organizar distritos de salud y de mantener, a lo largo de los años, el esfuerzo necesario para conseguir resultados sustentables para toda la población.

“En lugares en los cuales ese tipo de expansión se llevó a cabo apenas como un ejercicio administrativo, los resultados fueron decepcionantes”, alerta el informe. El éxito ocurre, a pesar de que haya limitación de recursos, cuando la respuesta equilibra la oferta y la demanda y existe participación de la población y de socios relevantes en la construcción de redes robustas de cuidados primarios. 🏠