

REVISTA

Año 2 - nº 7 - jul./ago./sep. 2010

# RETS

Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

Impresso  
Especial

9912213586 DR/RJ

Fundação  
Oswaldo Cruz

CORREIOS



# HAITÍ

DESPUÉS DEL DESASTRE,  
la atención a la salud



# editorial

A principios de 2010, dos terremotos de gran magnitud azotaron a los países de la Región. El 12 de enero, un temblor de poco más de 7,0 grados en la escala de Richter prácticamente destruyó la capital de Haití – Puerto Príncipe – y las ciudades de los alrededores, matando a más de 220 personas, desplazando a cerca de 1,5 millones de residentes y arrasando el problemático sistema de salud. Cuarenta y cinco días después, el 27 de febrero, fue el turno de Chile. Golpeado por un temblor de 8,8 grados, el país contabilizó poco más de 500 muertos. La proximidad temporal de los dos eventos, cuyas consecuencias fueron totalmente diferentes, fue el punto de partida para una gran reflexión internacional sobre la importancia de la creación de sistemas nacionales de salud bien estructurados y físicamente seguros.

“Cooperación internacional en la reconstrucción del sistema de salud en Haití y la importancia que la formación de trabajadores técnicos de la salud está teniendo en el proceso” – ese es tema central de la edición N° 7 de la Revista RETS, cuya portada también aborda la cuestión de los Hospitales seguros y la cuestión de la información oportuna y confiable en tiempos de crisis, además mostrar la importancia del trabajo que Vía Campesina está realizando en Haití.

En el “Glosario”, la discusión trata de la “Vigilancia en salud” y cómo este concepto se está consolidándose en muchos países. ¿Qué cambios aporta a los sistemas de salud y en qué medida define nuevos perfiles profesionales? ¿Cómo se debe considerar la formación de trabajadores para el área?

La revista también presenta el primero de una serie de textos que tratan de poner al alcance de la RETS los temas abordados en el Foro en línea sobre Técnicos en Salud

– “Mid-level Health Workers” – llevada a cabo por la Alianza Global de la Fuerza Laboral de Salud (GHWA, en Inglés) en mayo de este año.

La novedad es la creación del Twitter de la RETS (@rets\_epsjv) – anunciada en la sección “Noticias de la Red”- y el lanzamiento, en la propia revista, de la sección “Estimado Editor...”, en la que se publicará algunos de los mensajes que recibimos. El objetivo de ambas iniciativas es aumentar los canales de interactividad con nuestros lectores con el fin de mejorar nuestra actuación y proporcionar un servicio más ajustado a la misión y los objetivos de la RETS.

¡Les deseamos una buena lectura!

**Secretaría Ejecutiva de la RETS**

expediente

## Año 2 - n° 07 – jul/ago/sep 2010

La Revista RETS es publicación trimestral editada por la Secretaría Ejecutiva de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud  
E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

### Conselho Editorial

Ana Maria Almeida (ESTeSL – Portugal)  
Carlos Einisman (AATMN – Argentina)  
Isabel Duré (MS-Argentina)  
Julio Portal (Fatesa/ISCM-H – Cuba)  
Olinda Yaringaño Quispe (MS – Peru)

### Periodismo

Editora: Ana Beatriz de Noronha - MTB25014/RJ  
Aprendices: Samantha Chuva

### Producción gráfica

Diseñador: Zé Luiz Fonseca  
Diagramador: Marcelo Paixão

### Traducción:

‘Espaço sem fronteiras’ (Jean-Pierre Barakat)

### Tirada

2 mil ejemplares

## SECRETARÍA EJECUTIVA DE LA RETS

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

### Directora

Isabel Brasil

### Coordinadora de Cooperación Internacional

Anamaria D’Andrea Corbo

### Equipo de la Coordinación de Cooperación Internacional

Anakeila Stauffer  
Kelly Robert

### Dirección

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 303  
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - 21040-360.  
Telephone: 55(21)3865-9730 - E-mail: cci@epsjv.fiocruz.br

### Apoyo

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



# Cooperación internacional: de la asistencia humanitaria a los proyectos de infraestructura

El 12 de enero de este año, se tomó 35 segundos para que un terremoto de magnitud 7,0 devastase la región más densamente poblada de Haití. Para la población de la capital, Puerto Príncipe y en las ciudades circundantes, el resultado fue espectacular: más de 1,5 millones de personas sin hogar, alrededor de 200 mil muertes, 300.000 lesiones y 4 mil amputaciones. Alrededor del 80% de la ciudad de Leogane fue destruida. En materia de salud, de acuerdo con el gobierno haitiano, el 60% de los hospitales colapsaron por completo o fueron severamente dañados, así como las instalaciones del Ministerio. La mitad de los estudiantes, varios profesores y directores de la Escuela Nacional de Enfermería perdieron la vida cuando el edificio se derrumbó.

“El alcance de la destrucción física causada por un terremoto depende de muchos factores. Además de la magnitud del terremoto, hay la ubicación del epicentro, la geología de las zonas afectadas y especialmente la existencia y aplicación de normas antisísmicas de construcción. Países como Chile, que enfrentó fuertes terremotos en 1960 y 1985, tienden a mejorar los edificios a través del tiempo. En Haití, donde el terremoto ocurrió por última vez en 1750, la población no tenía la memoria histórica de un terremoto y no había mucho cuidado con las normas y métodos de construcción”, dijo Philippe Montagut, consultor para el desarrollo de Recursos Humanos para la Salud OPS/OMS en Haití.

## En el primer momento, salvar vidas

Inmediatamente después del terremoto, la comunidad internacional se unió en una “respuesta humanitaria sin precedentes”, como se indica en el informe de la OPS/OMS “Situación de Salud: nueve meses después del terremoto en Haití”. De acuerdo con el documento, a finales de enero, 396 agencias de salud internacionales habían llegado al país para ofrecer una amplia variedad de servicios.

En aquel momento, una de las acciones más importantes fue aquella de las Brigadas Médicas Cubanas, cuyo trabajo fue descrito por la Directora de la OPS/OMS, Mirta Roses, como “excelente y maravilloso”. Según ella, alrededor de 400 voluntarios de las brigadas cubanas fueron los responsables de la atención en salud más importante para el pueblo haitiano durante las primeras 72 horas después del terremoto.

A través de un Plan Integral de Salud, el gobierno cubano lleva a cabo acciones de cooperación en Haití desde 1998. Además, casi un millar de profesionales haitianos, entre los cuales más de 500 médicos, se han graduado en Cuba. Todo esto, según Mirta Roses ha sido fundamental para la respuesta rápida de las brigadas después de la catástrofe.

## ReliefWeb: información oportuna y fiable en situaciones de crisis



Recopilar, organizar y difundir estadísticas actualizadas y fiables que apoyen la acción humanitaria en casos de desastres naturales, situaciones de conflictos y accidentes graves, entre otros. Este es el objetivo de ReliefWeb, un sitio web creado en octubre de 1996 y administrado por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA, del Inglés Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) de las Naciones Unidas (ONU).

En el sitio (<http://www.reliefweb.int>), las partes interesadas tienen acceso a informes, mapas y otros documentos generados por los gobiernos y organizaciones involucradas con la ayuda humanitaria. También es posible registrarse para recibir información sobre nuevos contenidos a través de correo electrónico, RSS, Twitter, Facebook o teléfono móvil.

Horas después del terremoto, Cuba envió a Puerto Príncipe más de 60 expertos en desastres, los miembros del Contingente “Henry Reeve” con medicamentos, suero, plasma y alimentos. Gracias a los médicos cubanos y la ayuda humanitaria proporcionada por varios países, miles de vidas fueron salvadas y se salvan en Haití, pero eso no es suficiente.

Las actividades de cooperación en desastres varían con el tiempo. En un primer momento, la prioridad es salvar vidas y tratar de reducir, por ejemplo, el número de amputaciones, así como realizar acciones de vacunación y control de epidemias. En un segundo paso, queda esencial la prestación de atención en salud que satisfaga las necesidades fundamentales cotidianas de la población. “Debemos hacer frente a la falta de servicios no proporcionados por el sistema local de salud debido a la pérdida de la capacidad instalada – edificios destruidos y reducción del número de trabajadores de la salud debido a la muerte o discapacidad”, explica Montagut.

“Por último, debemos establecer una transición coordinada de las operaciones de emergencia para aquellas de reorganización y reestructuración del sistema de salud local, que en el caso de Haití consiste en la construcción de un sistema de prestación de atención que tiene en cuenta la accesibilidad de la población, las cuestiones de financiación y gobernanza, la descentralización de los servicios y la formación de recursos humanos, entre otras cosas”, añade.

### La cooperación a largo plazo

El impacto del terremoto fue enorme. Cerca de 300 mil casas fueron totalmente o parcialmente perdidas, más de 1.300 escuelas quedaron inutilizables. Las dificultades de acceso a los alimentos y servicios básicos se han incrementado debido a la pérdida de las capacidades humanas e institucionales de los sectores público y privado, dejando al pueblo haitiano aún más vulnerable. Según las estimaciones del gobierno haitiano, el valor total de los daños causados por el terremoto excedió el valor de 7 billones de dólares, equivalente al 120% del PIB en 2009.

Debido a la magnitud de los problemas que enfrenta Haití, se celebró el 31 de marzo,

en la sede de las Naciones Unidas (ONU) la “Conferencia Internacional de Donantes Hacia un Nuevo Futuro para Haití”, con la participación de representantes de 140 países. Durante el evento se ha establecido una donación de 5 billones de dólares en los próximos 18 meses y se estableció la Comisión Provisional para la Reconstrucción de Haití (CIRH), presidido por el ex presidente de EE.UU. Bill Clinton.

En la ocasión, se presentó el Memorandum de Entendimiento de Brasil, Cuba y Haití para apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud y vigilancia epidemiológica de Haití, en el que los tres países asumen la responsabilidad conjunta para la reconstrucción del sistema de salud de Haití. Según el memorandum, corresponde a Brasil rehabilitar los hospitales y los centros de salud, enviar equipos y ambulancias, estructurar los programas de atención básica en salud, con capacitación del personal, crear un centro de vigilancia epidemiológica y ayudar a ampliar la cobertura de vacunación. Cuba, a su vez, enviará personal especializado en el campo de la medicina y ofrecerá apoyo operacional. Lo que queda bajo la responsabilidad de Haití son la opción de unidades a ser reformadas y el lugar donde se construirán nuevos centros de salud, la infraestructura para llevar a cabo las obras y el pago de los técnicos que trabajarán en el campo de la salud.

Hay también planes para entrenar a los médicos haitianos formados por la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en Cuba para trabajar en las Unidades de Cuidados de Emergencia (UCEs) que se construirán. Se estima que Brasil ofrezca 200 becas para este proceso.

### La salud en Haití

Incluso antes del terremoto de enero, según el “Plan Interino del Sector Salud para el período 1 Abril 2010 al 30 de septiembre 2011” elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Población (MSSP) en Haití, ya había en el país un **sistema de salud** muy débil y caracterizado entre otras cosas por:

- Una cobertura baja – 47% de la población no tenía acceso a los servicios, principalmente por razones geográficas o financieras (¾ de la población vive con menos de \$ 2.00 por día-PNUD-2005) y desigualdades significativas;
- Un bajo nivel de financiación – 5,7% del PIB dedicado a la salud (2005-06) y 32 dólares de gasto anual per cápita (MSSP 2009) –, alto grado de centralización – de los seis hospitales universitarios que operaban en el país, cinco se encontraban en la capital – y disfunción organizacional;
- Una escasez de recursos humanos para el sector – en promedio 5.9 médicos y enfermeras o 6.5 trabajadores de salud por cada diez mil personas, muy por debajo del mínimo establecido por la OMS de 25 profesionales/10 mil habitantes.

Por todo ello, el país tenía la tasa más alta de mortalidad infantil en las Américas (57/1000 nacidos vivos) y la más alta tasa de mortalidad materna (630/100 mil) en el mundo. El VIH/SIDA, con una prevalencia del 2.2%, y la tuberculosis, con una tasa de detección del 70%, representan graves problemas de salud pública.

En el marco del Plan, puesto en marcha para tratar de revertir la situación de deterioro en la salud después del terremoto, el gobierno debe:

- Asegurar el acceso universal a servicios de salud, especialmente para los grupos vulnerables;

Estructurado en tres niveles, el sistema de salud en Haití se componía de 600 establecimientos de salud con y sin camas y 45 hospitales comunitarios de referencia (primer nivel), muchos de los cuales están vinculados a las ONG y las instituciones religiosas; diez hospitales distritales (segundo nivel) y seis hospitales universitarios (tercer nivel).

Sin embargo, en el plano formal, el sistema fue organizado en 54 unidades de salud municipales, cada una atendiendo a una población de 80 mil-140 mil habitantes. A nivel nacional, hay todavía tres laboratorios privados de producción de medicamentos que cubren sólo una pequeña parte del mercado.

- Fortalecer el papel de liderazgo y coordinación del MSSP, así como su papel como facilitador de la gestión descentralizada del sector de la salud;
- Restaurar y fortalecer los recursos humanos en el sector;
- Fortalecer la gobernabilidad a nivel central y en los otros niveles, asegurando el establecimiento de un sistema de financiamiento solidario basado en los resultados, y
- Garantizar una gestión eficaz y eficiente de los suministros y medicamentos esenciales, estableciendo mecanismos que permitan su gratuidad.

## La importancia de la fuerza laboral en salud

A pesar de que ha traído consecuencias desastrosas para un sistema de salud que siempre ha enfrentado graves problemas estructurales, el terremoto de enero también trajo consigo un enorme potencial para la reestructuración del sistema. Definir la

mejor manera de aprovechar el flujo de asistencia internacional humanitaria y de atención mundial para construir una infraestructura de salud más resistente y más resiliente fue fundamental y fue en este contexto que el tema de recursos humanos en salud ha tenido su importancia.

Durante la 37ª Conferencia del Consejo Mundial de la Salud, celebrada en Washington, DC, del 14 al 18 de junio, el ministro haitiano de Salud Pública, Alex Larsen, hizo hincapié en que el foco

## Chimen Peyizan\* - “Ayudar a los agricultores significa atacar el problema en su raíz”

“Con el terremoto, los problemas históricos de Haití – la falta de soberanía alimentaria y la falta de acceso de las personas a la educación y la salud, entre muchos otros – se han deteriorado rápidamente, lo que lleva a la “comunidad internacional” a mirar más en serio en el país, castigado severamente por las fuerzas de la naturaleza y los poderes internacionales”. Con estas palabras, el coordinador de la Brigada de Vía Campesina – Brasil, José Luis Patrola, describe la situación en Haití.

Según él, quien se encuentra en Haití desde 2009, después de la ayuda de emergencia, es necesario ayudar en el proceso de reconstrucción del país y en la activación de la producción de alimentos, aprovechando la posibilidad que el país tiene de reconstruirse de una manera sólida y sostenible.

“Haití necesita con urgencia de un procedimiento para fomentar la producción rápida de alimentos y la construcción de presas, así como un plan urgente de reforestación. La ya pobre zona rural ha recibido cerca de un millón más de habitantes que huyeron de los centros más afectados y tendrá la responsabilidad de producir alimentos para este nuevo público, así como para la población que permaneció en las ciudades”, explica. Para él, los movimientos sociales campesinos en Haití, junto con los gobiernos progresistas del continente y del mundo, deben instalar una revolución agraria que no permita aumentar aún más el hambre y la posibilidad de una inminente catástrofe demográfica sin precedentes históricos. “La solidaridad



es ayudara resolver los problemas más graves y estructurales de la sociedad haitiana. Ayudar a los agricultores significa atacar el problema en su raíz”, enfatiza.

Según Patrola, la ocupación militar a través de la MINUSTAH – Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití – está en jaque, especialmente después que el terremoto mostró que hay problemas más graves que la “seguridad”, que si no se atacan se traducirán en más de diez años de ocupación sin ser resueltos. “El proceso de reconstrucción que se lleva a cabo, impuesto y coordinado de arriba hacia abajo, puede producir dos consecuencias indeseables: el aumento de éxodo rural, debido a que la oferta de empleos temporales en el área metropolitana en los trabajos de reconstrucción, y al mismo tiempo, el aumento de la concentración urbana con la formación de “bidonvilles” (barrios marginales) que proceden de los campamentos de personas sin hogar”, advierte.

En este sentido, los movimientos sociales haitianos tienen un gran reto por delante: construir su unidad interna y posteriormente proponer las políticas nacionales de una manera unificada. Los

movimientos sociales externos, según Patrola, deben tratar de entender lo que sucede en el país para poder exigir a sus gobiernos medidas de apoyo solidario para ayudar a resolver los problemas estructurales de Haití. En su opinión, los movimientos también deben establecer un proceso importante de intercambio, enviando brigadas para apoyar al país y recibiendo las brigadas de Haití en sus países. “Debemos romper las barreras del idioma y unirnos como pueblo”, dice.

“Los médicos cubanos, por ejemplo, hacen un trabajo excepcional con la gente. Las acciones de cooperación solidaria desarrollada por Cuba en Haití muestran que los problemas estructurales que enfrenta el país en materia de salud deben ser tratados con la participación del pueblo como protagonista”, dice Patrola, subrayando: “Todo lo que desconsidera esta lógica es inútil para permitir que el país conquiste su soberanía”.

Oficialmente creada en 1993, Vía Campesina es un movimiento internacional que coordina organizaciones campesinas de pequeños y medianos agricultores, trabajadores agrícolas, mujeres rurales y comunidades indígenas y negras en casi 70 países en Asia, África, América y Europa. Su política principal es proteger la soberanía alimentaria, es decir: el derecho de los pueblos a decidir su propia política agrícola y alimentaria.

\*Chimen Peyizan es la traducción de Vía Campesina en Kreyòl (idioma criollo hablado por cerca de 80% de la población de Haití).

de este proceso debe estar en los trabajadores del sector. "Con el terremoto, la falta de trabajadores de la salud ha aumentado porque muchos profesionales de la salud han perdido la vida o resultaron gravemente heridos", dijo, señalando que la falta de médicos es sólo una parte del problema, ya que la falta de enfermeros, agentes comunitarios y otros profesionales de nivel medio es aún más grave. "Profesionales de nivel medio y no los edificios. Un hospital tiene poco valor a menos que existan trabajadores de la salud en cantidad suficiente", subrayó el ministro.

Según Larsen, además de la escasez numérica, es necesario resolver los numerosos factores que afectan la productividad de los profesionales existentes y por lo tanto la calidad de los servicios. "Debemos enfrentar los problemas de los bajos salarios y la falta de planes de carrera, de las condiciones de trabajo adecuadas y de los mecanismos de evaluación del desempeño, así como la cuestión de la capacidad de retención baja del sector público", añadió.

Según el ministro, parece que algunos programas de formación dirigidos por organizaciones que se instalan en Haití sólo sirven para desarrollar el talento que en última instancia será contratado. "Es difícil mantener a los trabajadores en el país debido a que muchos son contratados para trabajar en los Estados Unidos y Canadá. Por otro lado, los que se quedan terminan en busca de trabajo en las ONG o en el sector privado, a causa de los salarios", dijo.

### La formación para la salud en el Acuerdo Tripartito

La primera reunión del Comité Directivo Tripartito – responsable del plan de cooperación internacional entre Brasil, Cuba y Haití –, se produjo en los días 22 y 23 de abril en Brasil. En ese momento, el grupo formado por representantes de los tres países realizaron una visita técnica a la Unidad de Cuidados de Emergencia (UCE) de Rocinha en Río de Janeiro y se reunió más tarde en Brasilia para desarrollar un plan de trabajo conjunto, basado en las propuestas formuladas por las



autoridades haitianas. También decidieron la creación de Grupos Técnicos prioritarios, entre ellos el de Formación de Recursos Humanos en Salud, cuyos coordinadores (puntos focales) son: Clarice Ferraz (Brasil), José Caridad Cabrera (Cuba) y Gardner Michaud (Haití).

Debido a la experiencia brasileña con la formación de técnicos de nivel medio para el Sistema Único de Salud (SUS), correspondió al Ministerio de Salud de Brasil presentar un proyecto de educación técnica en salud para Haití.

Una misión de Brasil visitó Haití del 5 al 11 de junio para investigar, junto con los representantes de Cuba, el contexto actual y evaluar las necesidades de formación técnica en salud en el país. Entre las diversas actividades, el grupo participó en un taller de trabajo organizado por los técnicos y gerentes del Ministerio de Salud de Haití, a fin de establecer los ejes rectores del plan de formación.

En julio, el Ministerio de Salud de Brasil presentó una propuesta basada en lo dispuesto en el Memorando y la información recibida durante la misión a Haití.

"Tras los análisis prospectivos realizados en las visitas a Haití y considerando la definiciones acordadas con el Ministerio de Salud de ese país, se estableció que las prioridades iniciales de formación de **Agentes Comunitarios de Salud (ACS), Técnicos de Enfermería (TE) y Oficiales de Salud (OS)**", dice Clarice Ferraz.

Ella dijo que la idea es trabajar con la realidad de la infraestructura del país, la posibilidad de reorganizar el sistema de acuerdo a las bases de la Atención Primaria de Salud, con el fin de efectuar una Política Pública de Salud.

**Agente comunitario de salud:** desarrolla acciones de atención y protección en salud de personas y grupos sociales, en los hogares y las comunidades. Opera en la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante la educación sanitaria de la población, privilegiando el acceso a las acciones y servicios de información en el ámbito social y de la salud. Está vinculado a la red de atención primaria de salud.

**Técnico de enfermería** – complementación del asistente de enfermería que ya trabaja en la atención primaria de salud: realiza actividades, procedimientos y técnicas necesarios para la prestación de cuidados de enfermería en las unidades y los servicios de salud (hospitales de complejidad baja, media y alta, policlínicas, unidades de atención primaria de salud, servicios de atendimento prehospitalario/rescate).

**Oficial Sanitario:** desarrolla acciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida, la preservación y el uso de la naturaleza, el desarrollo y la innovación de los aparatos tecnológicos de apoyo y atención en salud. Involucra acciones para la protección y preservación de los seres vivos y los recursos ambientales, para la seguridad de las personas y las comunidades, para el control y la evaluación de riesgos y para la implementación de programas de educación ambiental.



Formación e información en salud: la traducción de los materiales para Kreyòl (lengua criolla de Haití utilizada por cerca del 80% de la población) es fundamental

Según el documento, la educación profesional de la salud debe basarse en la perspectiva del proceso de trabajo en salud y en la contextualización de las prácticas como una fuente de producción de contenido significativo, requiriendo por lo tanto el acercamiento entre las actividades diarias del trabajo y de las metodologías pedagógicas desarrolladas. En este sentido, la idea es que la metodología de la capacitación debe promover la reflexión de la práctica profesional de los estudiantes, identificando sus debilidades, y al mismo tiempo proporcionar nuevos conocimientos para mejorar el desempeño de los profesionales y, en consecuencia, la calidad de la atención en salud prestada a la población.

En agosto, en una reunión en La Habana, Cuba, el proyecto brasileño fue aprobado por unanimidad por el Comité Directivo Tripartito, en la que se estableció la formación de 2,680 ACS, 1,080 TE y 480 OS en el período 25 de octubre 2010 hasta 16 de abril 2011. “A principios de septiembre, se presentó al Grupo Técnico de Haití los mapas de las competencias, los marcos de lineamientos curriculares y los planes de actividades de curso para la formación de agentes comunitarios, con textos didácticos preparados por la Red de Escuelas Técnicas del SUS para que sean validados y traducidos al francés”, dice Clarice.

Los cursos tendrán la participación de profesores brasileños, cubanos y haitianos, y uno de los desafíos a enfrentar es la necesidad de comunicarse en portugués, español, francés e incluso el idioma criollo haitiano (*kreyòl ayisyen*), también conocido como “créole”. “Para tratar de superar esta dificultad, algunos profesionales haitianos están haciendo curso de portugués en la Embajada de Brasil en Puerto Príncipe”, añade.

Para continuar con el proyecto, se llevó a cabo un taller de capacitación para los docentes, del 4 al 10 de octubre en Fortaleza, Brasil. Para Haití, participaron en la actividad los representantes del MSSP y los profesores del Instituto Haitiano de Salud Comunitaria (INSHAC). Los miembros de la Brigada Médica en Haití y profesores de La Habana formaron la delegación de Cuba. El grupo de brasileños incluyó, entre otros, los responsables de la cooperación tripartita, los miembros de la oficina de la OPS/OMS en Brasilia, los dirigentes de la Escuela de Salud Pública de Ceará y los profesores de los primeros grupos que enseñarán en Haití.

Uno de los objetivos del taller fue establecer un calendario para la formación de los ACS, quedando confirmada la fecha de 25 de octubre para el comienzo de las actividades en Puerto Príncipe, después de una reunión de todos los profesores involucrados en el proyecto, del 20 al 22, en el INSHAC. En Palland y Aquin, el proyecto comenzará un mes después. La capacitación en Gonaive está programada para comenzar en enero de 2011.

En el marco general del Acuerdo Tripartito, se confirmó el montaje de una oficina permanente en la embajada de Brasil, con la función logística para apoyar el proceso.



Cuidado materno-infantil: la reconstrucción del sistema se centrará en las acciones de Atención Primaria de Salud.



Misión en Haití (jun/2010): la cooperación tripartita Brasil, Cuba y Haití requiere un diálogo constante y la comprensión mutua



La OPS-Brasil también anunció la contratación de un consultor que trabajará en la oficina de la organización en Haití, cuya función es ayudar al desarrollo del programa de formación. Además, serán transferidos recursos para la traducción y adaptación del material educativo.

Según Philippe Montagut (OPS/OMS-Haití), que asistió al taller, el resultado de la reunión fue muy positivo y todas las diferencias culturales y dificultades del idioma se resolvieron rápidamente. "Brasil tiene muy bien expresado el deseo de formar profesionales capaces de contribuir a la creación de un sistema de salud integral e integrado de atención primaria. La propuesta está destinada a formar profesionales que se insertan inmediatamente en los servicios de red funcional, de acuerdo a la planificación de la autoridad sanitaria nacional en Haití", subrayó.

En la próxima reunión del Comité Directivo Tripartito en Haití, el MSSP deberá presentar, entre otras cosas, las decisiones administrativas que se relacionan con estos nuevos profesionales – estatuto, remuneración, planes de carrera – y a la revisión y actualización de los perfiles que ya actúan en el sistema. La preocupación es evaluar la posibilidad de el Ministerio absorber un aumento del 33% de sus funcionarios (62% si no se considera el personal administrativo) ☒

## Hospitales seguros: tema se convierte en una prioridad en la 50ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS

El terremoto del 12 de enero, afectó fuertemente a la infraestructura de Haití. Varios edificios del gobierno, entre ellos el Palacio Presidencial, el Parlamento y varios ministerios se derrumbaron. En materia de salud, ocho hospitales fueron totalmente destruidos y otros 22 ubicados en las zonas más afectadas sufrieron graves daños. El caso fue emblemático en Haití, pero no fue el único.

En Nueva Orleans, EE.UU., en 2005, las inundaciones causadas por el huracán Katrina inutilizaron 17 de los 20 hospitales de la ciudad. En la Ciudad de México en 1985, un terremoto destruyó un ala del Hospital Juárez, matando a unas 560 personas, incluyendo a los pacientes y trabajadores de la salud.

También este año, en Chile, el terremoto del 27 de febrero dañó en mayor o menor grado 79 de los 130 hospitales en el área afectada, causando la pérdida de cerca de 5 mil camas. Los hospitales más dañados, los más antiguos y que no habían pasado por las obras que reducirían su vulnerabilidad a los desastres, estaban en muchos casos muy cerca de las instalaciones construidas de acuerdo a "las normas de seguridad para los hospitales" que sufrieron casi ningún daño.

Los ejemplos son muchos y sirven para poner de nuevo en foco el tema de los hospitales seguros, que ya había sido el tema del Día Mundial de la Salud en 2009: "Cuando ocurre un desastre, los hospitales seguros salvan vidas".

El 1 de octubre, en la 50ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, los ministros de salud de los Estados Miembros reafirmaron la necesidad de que los hospitales se vuelvan más seguros en caso de desastres, para que puedan seguir prestando servicios en situaciones de emergencia. Cuando un hospital deja de funcionar debido a un desastre aumenta el riesgo de muerte y discapacidad. Sin embargo, el problema se mantiene al menos durante dos años, cuando parte de la población tiende a ser privada de la atención médica adecuada.

Según la Organización, el 67% de los establecimientos de salud en la Región de las Américas se encuentran en zonas de riesgo de desastres, y en América Latina y el Caribe sigue siendo común la construcción de centros de salud en zonas de riesgo, sin las medidas adecuadas para protección. De los 327 hospitales evaluados en 17 países, sólo el 39% tendrían más probabilidad para soportar un desastre y el 16% sólo tendrían alguna posibilidad de resistir si se tomaran medidas urgentes para la mejora.

Por todas estas razones, el Consejo aprobó un nuevo plan regional para la inversión y los sistemas de supervisión para garantizar que los nuevos hospitales y centros de salud ya estén construidos en las normas de seguridad existentes y que los antiguos sean modernizados para cumplir las normas. Según el Consejo, la existencia de una serie de compromisos nacionales e internacionales en este ámbito muestra que la cuestión ya está en la agenda de varios países.

El Consejo Directivo de la OPS se reúne anualmente para establecer prioridades en la cooperación panamericana en la salud y orientar a los programas de cooperación técnica de la OPS en sus Estados miembros.

### "Viaje virtual por un hospital seguro"

Hace poco más de un año, la OPS puso en marcha un programa de formación multimedia – disponible en Inglés y Español – que combina vídeo, animación bi y tridimensional, imágenes y sonidos e incluye presentaciones y publicaciones técnicas, para crear un entorno de aprendizaje virtual acerca de los "hospitales seguros".

El contenido está dividido en módulos, que se pueden utilizar independientemente para explorar los aspectos específicos del tema, o se pueden utilizar en la orden para realizar una exploración completa. El DVD incluye una biblioteca para la visualización y descarga de materiales de apoyo. Para pedir el DVD, los interesados deben escribir a: [disasterpublications@paho.org](mailto:disasterpublications@paho.org).

### Más información:

- en Inglés: <http://www.paho.org/english/dd/ped/viajevirtualhospitalseguro.htm>
- en Español: <http://www.paho.org/spanish/dd/ped/viajevirtualhospitalseguro.htm>

#### Lea más:

- Haití: Resumen de la Evaluación de necesidades post desastre (PDNA) del terremoto del 12 de enero de 2010 (Gobierno del Haití, marzo/2010): <http://www.eclac.org/mexico/noticias/noticias/0/38920/EvaluacionPNDAHaitiEspP.Cote.pdf>
- Plan Interiminaire du Secteur Santé – avr/2010-sep/2011 (MSSP-Haiti, mar/2010): [http://www.mspp.gouv.ht/site/download/plan\\_interiminaire.pdf](http://www.mspp.gouv.ht/site/download/plan_interiminaire.pdf)
- Situação de Saúde: nove meses após o terremoto no Haiti (Opas/OMS, out/2010): <http://g1.globo.com/VCnoG1/0,,MUL1444936-8491,00.html>



para prestar atención



# La información al servicio de la formación del trabajador de salud

En los países más pobres, la escasez de recursos se convierte normalmente en una falta de libros y revistas médicas en las bibliotecas de muchas instituciones de formación y servicios de salud. Cambiar esta situación ha sido objeto de varias iniciativas para utilizar el conocimiento para mejorar la formación profesional y por tanto la calidad de los servicios, aumentando las posibilidades de estos países a alcanzar los objetivos de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

## “Bibliotecas Azules”: información que supera las distancias

La voluntad de llevar a las zonas carentes de información los conocimientos prácticos y básicos sobre algunos temas fundamentales llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para poner en marcha a finales de 1990 el proyecto Bibliotecas Azules [Blue Trunk Libraries]. Creadas originalmente en inglés, estas bibliotecas, cuya colección está organizada en cajas de cartón de acuerdo con el tema y colocada en una caja de metal azul para facilitar su transporte y el almacenamiento de las publicaciones, tuvieron inicialmente versiones en francés y árabe. En 2006, con el apoyo del Ministerio de Salud de Brasil y el Alto Comisionado de Salud de Portugal, se creó la versión en portugués de la Biblioteca, que incluye más de 180 libros, documentos y manuales sobre la salud pública y otras áreas relacionadas con ciencias de la salud. “Este contenido fue elegido sobre la base de las necesidades del país. No es simplemente una traducción de las bibliotecas en otros idiomas”, subraya Regina Ungerer, coordinadora de la **Red ePORTUGUÊSe**. En la biblioteca, hay publicaciones dirigidas a diferentes grupos de profesionales – médicos, enfermeros y agentes comunitarios – sobre temas médicos, de salud y administrativos que enfrentan en su trabajo diario.

Para pedir una Biblioteca Azul, la institución interesada debe contactar a la OMS en su país, o al Departamento de Publicaciones de la OMS en Ginebra ([bluetrunk@who.int](mailto:bluetrunk@who.int)). El costo de adquisición, incluyendo montaje, la compra de la caja azul, la impresión de unos cuantos manuales y la formación del personal

responsable puede variar. Las versiones en inglés y francés quedan por unos US\$ 2 mil, sin embargo, la versión en portugués sale a mitad del precio. “La reducción fue posible porque la mayoría de las publicaciones son donadas por los gobiernos de Brasil y Portugal”, explica Regina, teniendo en cuenta que el comprador todavía tiene que pagar el costo de transporte de las Bibliotecas hacia los países.

El éxito del proyecto Bibliotecas Azules - que en diciembre de 2009 representaba 1.968 unidades vendidas a 82 países, totalizando alrededor de 250 mil publicaciones - se debe, entre otras cosas, a la exigencia de responsables locales instalados por cada unidad y un funcionario nacional que, además de coordinar el trabajo a nivel de país, colabora con la OMS en la evaluación del

Establecida en la OMS, la Red ePORTUGUÊSe ofrece para ocho países - Brasil, Portugal y Timor Oriental y los cinco Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP): Angola, Cabo Verde, Guinea-Bissau, Mozambique y Santo Tomé y Príncipe - la oportunidad de recibir información actualizada y relevante sobre la salud en su propio idioma. La iniciativa forma parte de la estrategia global de la OMS para ampliar el principio del multilingüismo a los países en desarrollo con el objetivo de mejorar el desarrollo de los recursos humanos para la salud.

uso y el impacto de estas Bibliotecas. "A pesar de sus particularidades, las Bibliotecas Azules operan de forma parecida a las bibliotecas regulares. Por lo tanto, es necesario que alguien se ocupe del lugar, verifique lo que fue tomado y cuide del material, y revele la existencia de la Biblioteca y su contenido", dice Regina, citando Mozambique, un país que ya ha recibido 46 unidades de las 92 hechas disponibles por la red ePORTUGUÊSe, como ejemplo: "las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el país se han unido para adquirir bibliotecas y capacitar al personal. En agosto pasado, se llevó a cabo un curso para los futuros gerentes de 20 Bibliotecas Azules que se enviarán a la provincia de Zambezia." El objetivo del entrenamiento es hacer que estos gerentes se conviertan en aparceros activos y garanticen que la información sea realmente diseminada.

El gran éxito de Bibliotecas Azules en portugués, las más pedidas a la OMS en 2009, y la creciente demanda de materiales sobre temas especiales ePORTUGUÊSe llevó a la creación de la Biblioteca Roja, una mini-biblioteca temática – más pequeña que su predecesora de color azul – preparada de acuerdo a las demandas específicas. Las dos primeras unidades, con publicaciones sobre el VIH/SIDA, fueron enviadas a Mozambique.

### "Bibliotecas Móviles": un proyecto solidario

Por su estatuto, la Orden de los Enfermeros (OE) de Portugal debe promover la cooperación a nivel internacional dentro de la ciencia de la enfermería. En este sentido, inspirado en el proyecto "Mobile Library" del Consejo Internacional de Enfermeros (CIE), la OE creó la "Biblioteca Móvil", con publicaciones en portugués.

La idea es que los enfermeros que desempeñan un papel muy importante en los sistemas nacionales de salud de los países en desarrollo trabajan a menudo en

Creado en 1967, el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud BIREME cuyo acrónimo deriva de su nombre original – Biblioteca Regional de Medicina – es un centro especializado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Su sede se encuentra en Brasil, el campus central de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP).

lugares de difícil acceso a la información actualizada sobre el cuidado de salud.

Al igual que las Bibliotecas Azules, las Bibliotecas Móviles contienen materiales prácticos y de referencia pertinentes para el trabajo diario de los enfermeros y otros materiales adaptados a las necesidades locales.

El envío de bibliotecas móviles requiere un contrato entre CIE y OE, responsables de la gestión general del proyecto, y la Asociación Nacional de Enfermeros en el país en cuestión, que es responsable de la gestión y el mantenimiento de las bibliotecas en el país.

### BVS: diseminación de conocimientos e inclusión digital

Las Bibliotecas Virtuales en Salud (BVS) son bibliotecas en línea, donde los usuarios tienen fácil acceso a millones de documentos técnico-científicos generados en las instituciones académicas y los servicios de salud.

La historia de la BVS comienza en los años 80, cuando el **Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)** comienza a

desarrollar proyectos que utilizan nuevas tecnologías de comunicación para difundir información sobre la salud. En 1988, se lanzó un CD-ROM de Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (LILACS), uno de los primeros CD-ROMs de información científica producida en todo el mundo. Diez años más tarde, BIREME alcanza un nuevo nivel,

transformando la información del CD-ROM en virtual y permite la BVS.

La BVS, que en 2009 recibió más de 20 millones de visitas mensuales, se ha consolidado en más de 20 países, incluido en Brasil, que hasta hace poco era la única BVS en portugués. En la actualidad, con el apoyo de la red ePORTUGUÊSe, el modelo de la BVS se propone a los otros miembros de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (CPLP).

"La unidad es una de las principales estrategias para la popularización y democratización del acceso a la información. Esta iniciativa, no sólo contribuye a la difusión del conocimiento sino que también colabora para una mayor inclusión digital", dijo Eliane Santos, coordinadora general de Documentación e Información del Ministerio de Salud de Brasil. Además de las bibliotecas nacionales, hay las BVS temáticas, entre las cuales la Educación Profesional en Salud, donde se puede encontrar información relevante en el ámbito de la formación técnica para el sector. La BVS-EPS es gestionada por la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). 📄



Futuros gerentes de las Bibliotecas Azules en Mozambique

### Más información:

Bibliotecas Azules: [http://www.who.int/ghl/mobile\\_libraries/bluetrunk/en/index.html](http://www.who.int/ghl/mobile_libraries/bluetrunk/en/index.html)  
Bibliotecas Móviles (Orden de los Enfermeros de Portugal): <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/BM.aspx>  
Biblioteca Virtual en Salud: <http://regional.bvsalud.org/local/Site/bireme/P/historia.htm>  
BVS-EPS: [www.bvseps.icict.fiocruz.br](http://www.bvseps.icict.fiocruz.br)  
ePORTUGUÊSe: <http://www.who.int/eportuguese/en/>

## Vigilancia en Salud

**V**igilancia en salud”, “vigilancia de la salud”, “vigilancia a la salud”. Considerados por muchos como conceptualmente distintos, estos tres términos se suelen utilizar indistintamente para referirse a un área de salud pública que se está consolidando en muchos países. En general, la idea de la vigilancia en salud incluye la vigilancia y el control de la vigilancia de las enfermedades transmisibles, la vigilancia de las enfermedades y las lesiones no transmisibles, la vigilancia de la situación de la salud, la vigilancia ambiental de la salud, la vigilancia de la salud de los trabajadores y vigilancia sanitaria.

### En Cuba, la expansión de la capacidad de respuesta del sistema de salud

En Cuba, la propuesta de Vigilancia en Salud surge en los años 90 para continuar los logros en materia de salud. En este sentido, según el Infomed [Portal de Salud de Cuba], el Ministerio de Salud Pública buscó definir en el primer semestre de 1993 una estrategia capaz de responder más eficazmente a la situación de la salud del país. Por lo tanto, se estableció un sistema que permitiese “una mayor integración de la información de la vigilancia y un mayor nivel de análisis y utilización de la información que ella genera, en consonancia con el conocimiento existente sobre vigilancia a nivel internacional y en aras de lograr un mayor beneficio para la toma de decisiones, con base científica a los diferentes niveles, acorde con la política de descentralización de las instancias de gobierno”.

La aplicación de la vigilancia de la salud en Cuba procedió de algunos supuestos básicos, entre los cuales son:

- estrecha vinculación con las políticas, estrategias, programas y servicios de salud, así como con los procesos de investigación y formación y capacitación de recursos humanos;
- mejora de los subsistemas de información y vigilancia epidemiológica existentes y creación de nuevos subsistemas necesarios;
- movilización de los recursos técnicos disponibles a partir del análisis y de la respuesta rápida y eficiente;
- revisión periódica de la información de otros sectores debido a la salud; integración adecuada de los aspectos de promoción de la salud, de las condiciones y estilos de vida;
- intercambio continuo de información seleccionada con otros sistemas o subsistemas nacionales e intercomunicación con otros sistemas para la vigilancia sanitaria y epidemiológica a nivel internacional, y
- transmisión de métodos rápidos para la evaluación epidemiológica y la metodología para los profesionales responsables del área en todos los niveles para hacer frente a situaciones agudas.

Alimentado por las fuentes de información estadística del Ministerio, el sistema de vigilancia en salud permitió la creación de infraestructuras nacionales y locales necesarias para implementar sistemas de alerta temprana y respuesta rápida ante las amenazas a la situación nacional de salud.

### En Brasil, reorganización de las prácticas y democratización de las relaciones de trabajo


En Brasil, el concepto de vigilancia en salud empieza a establecerse en la estela del movimiento de reforma sanitaria, que dio lugar a la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988.

Desarrollado inicialmente en el ámbito académico, el debate sobre el modelo de atención que mejor cumpliera los principios y las directrices del SUS – universalidad, integralidad, equidad, descentralización y participación popular – llega a mediados de 1990 a los dirigentes y técnicos del sistema, preocupados por la necesidad de reorganización de las prácticas de salud en los tres niveles del sistema. Le propósito central era desarrollar un modelo que abarcara tanto los aspectos éticos y culturales cuanto los aspectos técnicos y organizacionales involucrados en la prestación de servicios de salud, así como las políticas que enfatizaran las acciones de promoción y vigilancia de la salud.

La reorganización de los servicios, a su vez, objetivaba sustituir a la vieja lógica de la “atención a la demanda espontánea” “y de los “programas especiales”, por una “oferta de servicios organizada” en base a las necesidades de salud de la población territorialmente definida y centrada en la calidad de vida.

Las discusiones terminaron creando tres diferentes puntos de vista de la vigilancia de la salud: (1) como “análisis de las situaciones de salud”, idea que privilegia las acciones de monitoreo del estado de salud a expensas de las acciones destinadas a abordar los problemas; (2) como propuesta de “integración” institucional entre la vigilancia epidemiológica y la vigilancia sanitaria; y (3), como propuesta de una redefinición de las prácticas sanitarias en vista del principio de integralidad de las acciones de salud, tanto en lo que respecta a su objeto y fin – promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación – como su niveles de complejidad tecnológica y organizacional.

“En ese momento, los arreglos hegemónicos de atención – centrado en el médico, con enfoque en la atención hospitalaria y la medicalización, y el



sanitarista, apoyado en campañas, programas y acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria – ya no eran suficientes para satisfacer las necesidades de salud de la población”, explica Grácia Gondim, profesora e investigadora de la EPSJV/Fiocruz y coordinadora del Curso Técnico de Vigilancia en Salud. “La vigilancia en salud termina redefiniendo el sujeto, el objeto, las prácticas y el proceso de trabajo en salud e incorporando en las acciones de salud y en la gestión del sistema el concepto de la democracia, el aplanamiento de los conocimientos y las nuevas formas de relaciones entre los profesionales de salud y entre éstos y la población, que se ve ahora como una aparcera en la definición de las necesidades de salud y en la planificación de las acciones”, añade.

### En Argentina, integración de los conocimientos

En Argentina, según Raúl Forlenza y Jorge Chauí, médicos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud del Gobierno de Buenos Aires, la vigilancia en salud – definida como “la identificación, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre los eventos de la salud o condiciones relacionadas, para su uso en la planificación, ejecución y evaluación de programas de Salud Pública, incluidos como elemento básico la diseminación de esta información a todos los que necesitan conocerlas” – atribuye al sistema de vigilancia epidemiológica un concepto más amplio.

“La ampliación del ámbito de la vigilancia epidemiológica hacia la vigilancia en salud pública se realiza a través de la inclusión de la vigilancia demográfica, la vigilancia de eventos de salud, la vigilancia del sistema de salud y la opinión de la población, con su grado de satisfacción, y de la vigilancia ambiental”, añade Forlenza, señalando: “Más de que

simplemente reemplazar y agregar las áreas tradicionales de la vigilancia epidemiológica, vigilancia sanitaria y vigilancia ambiental, el nuevo concepto tiene como objetivo integrar las áreas del conocimiento, evitando la fragmentación de los datos existentes y proporcionando una lectura holística de la información”.

En este sentido, la vigilancia demográfica considera la identificación de los factores que están relacionados con cambios en el estado de salud de la población – edad y sexo, estructura y función social, tamaño y crecimiento demográfico, distribución espacial, estructura y función familiar y migración. “Los eventos de salud son vistos desde el ángulo de la incidencia de enfermedades y los daños a la salud, la discapacidad y la muerte, así como los factores de riesgo del ambiente físico, la biología, el estilo de vida y de comportamiento y las condiciones socioeconómicas”, dice Chauí.

A su vez, la vigilancia de la situación de salud incluye entre otras cosas la identificación de la pérdida de la salud – la carga de enfermedad, mortalidad y discapacidad –; de los factores de riesgo individuales, comunitarios y ambientales; de la inequidad en salud – recursos, acceso y resultados –; de la calidad de vida relacionada con la salud – física, psicológica y socioeconómica –; y de la calidad de los servicios relacionados con la salud – educación, agua, saneamiento y nutrición.

La vigilancia de los servicios de salud tiene como objetivo identificar los problemas que afectan a su calidad, teniendo en cuenta el uso, la accesibilidad, los recursos humanos, la relación coste-eficacia, las políticas y su aplicación. Según Forlenza, debe considerar los servicios y las instituciones que influyen en la salud, aunque no estén bajo el control directo del sistema de salud pública, o sea, las obras sociales, el sector privado y el sector internacional.

Un elemento final es la sensibilización de la población sobre su salud y los servicios. La vigilancia en salud enfatiza la opinión que la gente tiene sobre su propia salud y sobre los servicios ofrecidos por el sistema de salud.

### El trabajo de Vigilancia en Salud

A pesar de mostrar algunas diferencias, las diferentes concepciones de Vigilancia en Salud tienen en común la idea del análisis permanente de la situación de salud de la población como punto de partida para la organización y realización de prácticas de salud. En este sentido, combina las acciones tradicionales de vigilancia, sino también las de promoción, prevención y control de enfermedades y riesgos para la salud, constituyéndose como un espacio de articulación de técnicas y conocimientos de diferentes áreas como, por ejemplo, la epidemiología, la planificación y las ciencias sociales.

La complejidad del objeto de trabajo de la vigilancia en salud, que consiste en los determinantes sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad-atención y materializados en territorios-población, termina definiendo un perfil muy específico de trabajadores, como Grácia explica: “El trabajo de este sujeto requiere tanto una mirada mucho más cercana a las situaciones específicas del territorio en el que actúa cuanto la capacidad de relacionar estas situaciones al contexto más general. En su trabajo diario, él debe continuamente articular el conocimiento tácito y técnico de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales con el fin de actuar sobre la realidad”.

Esta opinión es compartida por Forlenza y Chauí, que reiteran que la necesidad de que el trabajador sea capaz de intervenir en los distintos niveles de población – de los barrios hasta las mayores jurisdicciones – con una

comunicación fluida con la comunidad, identificando y analizando los contextos, los riesgos de salud y eventos de salud-enfermedad, georeferenciando los datos y ayudando a priorizar las intervenciones.

A pesar de la importancia que los trabajadores de la vigilancia en salud asumen en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, todavía no es común la formación de técnicos y tecnólogos específicos a esta área. En Cuba, por ejemplo, existe en el área de Tecnología de la Salud un curso de Higiene y Epidemiología. En Portugal, por su parte, la formación sería en Salud Ambiental.

“En Argentina, no existe una carrera técnica en epidemiología y vigilancia de la salud”, dijo Forlenza, y agregó: “Pero una carrera técnica de este tipo debería capacitar para la articulación del conocimiento – ciencias de la salud, epidemiología, ciencias sociales, etc. – y prácticas – vigilancia de la salud, vigilancia ambiental, trabajo de campo, gestión de base de datos, procesamiento y análisis”.

En Brasil, la historia de una formación orientada específicamente para la vigilancia en salud comenzó a finales de 1998, cuando el Ministerio de Salud pide a EPSJV/Fiocruz una propuesta de formación para cerca de 24.000 agentes de endemias de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), que trabajarían para los estados y municipios con la descentralización de los servicios de control sanitario y la epidemiología.

En ese momento, la intención era transformar las prácticas sanitarias de

En Brasil, el técnico es un profesional de nivel medio y el curso de técnico se puede hacer de tres maneras: para los estudiantes que han completado la educación básica (nueve años de educación formal), hay la **educación integrada** (educación secundaria y certificación profesional en la misma institución con el registro único para los dos cursos) y la **educación concurrente** (la escuela secundaria y formación profesional en diferentes instituciones). Para aquellos que han completado la escuela secundaria (12 años de educación formal), hay la **educación subsecuente**.

Ve al hombre como ser social, ético y político, un sujeto autónomo y capaz de desarrollar habilidades manuales, científicas e intelectuales, independientemente del nivel de educación, con el fin de ejercerlas en la sociedad y contribuir a la transformación de reglas, comportamientos, ideas y prácticas desde la perspectiva del bienestar colectivo. Fuente: Estudos de Politecnia em Saúde, volume 3, pag.: 155 – EPSJV, 2008.

estos profesionales, centradas hasta ahora en la enfermedad, para la comprensión de los determinantes sociales de la salud y la producción social de la calidad de vida en los territorios- población. A continuación, se presentó la propuesta del Programa de Formación de los Agentes Locales de Vigilancia en Salud (Proformar), cuyo primer curso comenzó a finales de 2001, a través de la modalidad de educación a distancia y presencial, y que en cinco años, formó 35 mil trabajadores del Sistema Único de Salud (SUS).

En 2002, de algunas de las propuestas de planes de estudio existentes, se crea el curso de Técnico de Vigilancia Sanitaria y Salud Ambiental, como formación profesional técnica de nivel medio, en las modalidades **integrado, concurrente y subsecuente**, lo que hizo posible la convivencia y el intercambio de experiencias entre los trabajadores del SUS y los estudiantes de secundaria. Finalmente, a principios de 2008, se implementa un nuevo curso en la EPSJV-Curso Técnico de Vigilancia en Salud (CTVISAU) –, cuyo plan de estudios se basa en la integración y la interdisciplinariedad.

Hoy en día, varias instituciones educativas públicas y privadas en el país ya ofrecen cursos de formación para técnicos de vigilancia en salud.

### Interdisciplinariedad y autonomía

De acuerdo con el Catálogo Nacional de Cursos Técnicos Formación del Ministerio de Educación de Brasil, el técnico de vigilancia en salud desarrolla acciones de inspección y fiscalización; aplica las normas relativas a los productos, procesos, entornos, incluido del trabajo, y servicios de interés para la salud; investiga, monitorea y evalúa los riesgos y los factores determinantes de las lesiones y daños a la salud y al medio ambiente; integra equipos multidisciplinares de planificación, ejecución y evaluación del proceso de vigilancia sanitaria, epidemiológica, ambiental y salud ocupacional; actúa en el control del flujo

de personas, animales, plantas y productos en los puertos, aeropuertos y fronteras; y desarrolla acciones de control y monitoreo de enfermedades, endemias y vectores.

“La complejidad del objeto de trabajo de la vigilancia en salud y la especificidad de su trabajo llegaron a definir la organización interdisciplinaria y transversal del plan de estudio de CTVISAU, en el que se entrelazan diversos elementos que constituyen el proceso de enseñanza-aprendizaje – contenidos generales y específicos; teoría y práctica; enseñanza e investigación, escuela y sociedad –, como un requisito del proceso de trabajo en salud”, explica Grácia.

La **Educación Politécnica**, la formación integrada y la interdisciplinariedad fueron los supuestos teóricos y metodológicos utilizados en el establecimiento de la estructura del curso. “Esto dio lugar a un diseño único que combina componentes de programas de estudios y diferentes estrategias didácticas y pedagógicas y organizacionales. Por lo tanto, es posible construir los vínculos necesarios entre los contenidos teóricos y prácticos con el fin de reconstruir y (re) definir el conocimiento en el cotidiano del trabajo y de la vida del alumno”, destaca.

Ella dijo que el diseño y los componentes del plan de estudios del curso consideran la necesidad de un diálogo permanente entre la formación general y la formación técnica. “Nuestro objetivo es tratar de garantizar que la educación profesional no tenga un fin en sí misma o incluso sea guiada por los intereses del mercado de trabajo. Debe representar una oportunidad en la construcción de proyectos de vida del estudiante: la autonomía, la emancipación, la libertad y la superación”, subraya la coordinadora. 📌

Todo el material utilizado en la elaboración de este texto queda disponible en el sitio web de la RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>) en: “Biblioteca” > “Temas de interés” > “Vigilancia en salud”

## Foro GHWA: el técnico eb salud (Parte 1)

Compartir pruebas y ejemplos de buenas prácticas relacionadas con los técnicos en salud, o los trabajadores de nivel medio, según lo definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y poner de relieve las cuestiones políticas y programáticas de importancia para el tema, promoviendo la reflexión y discusión acerca de ellos. Estos eran los objetivos del foro en línea en ese segmento profesional – Trabajadores de la Salud de nivel medio –, llevado a cabo por la Alianza Global de la Fuerza Laboral de Salud (GHWA, del Inglés Global Health Workforce Alliance). La iniciativa, que se celebró en el período 4-18 mayo de este año y hecha posible por **IBP Knowledge Gateway**, en el ámbito de **HRH Exchange**, reunió a expertos y profesionales en salud pública, investigación y la formación en salud de diversos países e instituciones.

¿Quiénes son los trabajadores de nivel medio en el campo de la salud? ¿Cuál es su papel en el contexto más amplio de los recursos humanos y de las estrategias para el sector? ¿Cómo pueden contribuir a mejorar el acceso a los servicios? ¿Qué tipo de formación es la más apropiada para estos trabajadores y cuáles son las mejores formas de gestionar su trabajo? ¿Qué políticas de salud y organizaciones de sistema permiten un mayor éxito en el uso de estos profesionales?

Los debates se basaron en textos de referencia y lecturas sugeridas previamente enviadas a los participantes por los organizadores del evento. Al final de cada día, todos recibían un resumen de los debates, junto con las conclusiones del experto responsable del tema.

Con esta materia, en lugar de simplemente presentar el Foro, la Revista RETS busca llevar a la Red algunos de los debates realizados. La intención es mostrar otros puntos de vista sobre el asunto, profundizando la discusión un poco. Todo el material en el foro está disponible en el sitio web de la RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>) en “Biblioteca” > “Eventos” > “Mid-Level Health Workers (Online Forum)”.

“Desafortunadamente, debido a limitaciones de tiempo, el formato e incluso la barrera del idioma – el foro se llevó a cabo en Inglés – los debates resultaron ser superficiales y centradas principalmente en los técnicos más vinculados a las acciones de asistencia en salud, dejando a un lado los que trabajan en otras actividades, tales como apoyo diagnóstico, por ejemplo”, se queja la Coordinadora de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)

El “Implementing Best Practices (IBP) Knowledge Gateway” [Portal del Conocimiento de la iniciativa “Implementando las Mejores Prácticas”] es una herramienta electrónica de comunicación. Dirigida a las comunidades virtuales de práctica, reúne individuos y grupos en todo el mundo, facilitando el intercambio de información, la comunicación y el compartir de conocimiento sobre una vasta gama de temas relacionados con la salud.

Más información: <http://my.ibpinitiative.org/home/default.aspx>

Coordinado por el GWA, el “HRH Exchange” es una comunidad de práctica de los recursos humanos en salud. Su objetivo es establecer una conexión entre los profesionales de la salud de todos los niveles y de todas las regiones del mundo y reforzar la importancia de la fuerza laboral en el desarrollo de las políticas de salud. Más información: <http://www.who.int/workforcealliance>

y de la Secretaría Ejecutiva de la RETS, Anamaria Corbo. “Sin embargo, el evento fue muy importante, ya que ayudó a aumentar la visibilidad de las cuestiones de la educación y el trabajo que afectan al universo de los técnicos de la salud”, dijo.

### ¿Qué es un trabajador de salud de nivel medio?

La primera discusión realizada fue sobre la necesidad de desarrollar un consenso sobre la definición de los trabajadores de salud de nivel medio. La cuestión es que este grupo puede incluir desde algunas categorías internacionalmente reconocidas, como las parteras, hasta las ocupaciones específicas en ciertos países, tales como técnicos en cirugía, en Mozambique, por ejemplo.

Según Helen de Pinho, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia – EE.UU., que medió en el tema, en todos los países existe un movimiento creciente para utilizar esta fuerza laboral para aumentar el acceso de las personas a los servicios de salud. La falta de una definición amplia que abarca países y continentes obstaculiza, dijo, la organización de estos trabajadores, la defensa de su profesión y hasta la conquista del reconocimiento profesional y visibilidad. “Algunos todavía ven a los trabajadores de nivel medio (o técnicos) como los que, en la jerarquía tradicional de los proveedores de salud, están por encima de los agentes comunitarios y asistentes, pero por debajo de los médicos y especialistas”, explicó. Ella dijo que la tendencia actual es que la definición de estos trabajadores no se basa más en la posición que ocupan en el cuadro de

trabajadores, pero en sus niveles de habilidad, así como en el alcance y el grado de autonomía de su práctica.

Cecilia Acosta y Fogiel Felisa, del Instituto Superior de Tecnicaturas para la Salud, organismo de formación adscrito a la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica e Investigación, del Ministerio de Salud de Buenos Aires, están de acuerdo con el hecho de que en la actualidad los técnicos de salud tienen una identidad profesional ampliamente difundida. Para ellas, esta definición podría contribuir a consolidar el campo de actuación de estos trabajadores, contribuyendo con aspectos importantes para la determinación de sus responsabilidades profesionales y permitiendo la libre circulación a nivel internacional. "Es necesario llegar a un consenso sobre los aspectos básicos y amplios, porque la formación técnica es muy diversa, y también se necesita una certificación que identifique el campo de formación de una manera más homogénea, sin perder la especificidad de cada carrera", subrayó Cecilia.

Isabel Duré y Alejandro Valitutti, de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de Argentina, agregan que cualquier definición debe tener en cuenta las necesidades de los sistemas nacionales de salud y definir el alcance de la práctica profesional, evitando la confusión en el lugar de trabajo.

Otro tema discutido en el primer día del Foro fue por si la definición de **Profesionales Paramédicos** [Paramedical Practitioners], introducida en la última versión de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) – publicada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), podría capturar la esencia del trabajo realizado por los llamados "trabajadores de nivel medio", sirviendo como base para establecer un consenso.

En la opinión de Helen de Pinho, la CIUO-2008 puede servir como un mecanismo para la asignación de las

Asesoran, diagnostican y prestan servicios médicos curativos y preventivos a los seres humanos, en alcance y complejidad más limitados que los que brindan los médicos. Trabajan de forma independiente o bajo la supervisión de los médicos en el campo o en las instituciones, aplicando procedimientos clínicos avanzados para el tratamiento y prevención de enfermedades, lesiones y otros trastornos comunes a comunidades específicas. Entre muchas otras cosas, sus funciones incluyen: realización de exámenes médicos, la prescripción y administración de tratamientos, medicamentos y otras medidas correctivas más restringidas o complejas que aquellas de los médicos; la realización de procedimientos terapéuticos, como inyecciones, vacunas, cuidado de heridas y suturas; acompañamiento de pacientes, asesoramiento sobre prácticas saludables de prevención o tratamiento de enfermedades y trastornos.

diferentes carreras de nivel medio que actualmente existen en los diferentes países. La clasificación se basa en una distinción entre los profesionales de la salud – los que proporcionan directamente los cuidados curativos, preventivos y de promoción de la salud – y los profesionales asociados a la salud – que realizan tareas de apoyo al diagnóstico y tratamiento de enfermedades y su objetivo es proporcionar medios de agregación de datos e información, independientemente de las variaciones de formación necesaria nacionales, normas y clasificaciones. "No estamos proponiendo que los países en cambiar los nombres actuales de las carreras disponibles, pero que utilicen una clasificación basada en la CIUO para asignar sus recursos, lo que permite la comparación de resultados entre los países", añadió.

En cuanto a la definición de la OIT, Cecilia y Felisa creen que ella está muy centrada en un técnico aún muy dependiente del médico, un tipo de colaborador. "Sin embargo, la

tendencia actual es que el técnico tenga autonomía y pueda tomar decisiones, realizando tareas complejas y obteniendo una formación completa y no sólo instrumental", pone de relieve Felisa, teniendo en cuenta que no todas las carreras técnicas de salud realizan asesoramiento, diagnóstico, prevención y cura de gente.

"Las carreras técnicas del área de salud se consideran familias profesionales, ya que comparten una base común de competencias profesionales básicas – actitudes y valores, conocimientos, habilidades y destrezas – contenido de capacitación similares y experiencia que proporcionan contextos de trabajo semejantes", Cecilia completa.

Para Isabel y Valitutti, la definición de la OIT es amplia y compleja, pero podría ser revisada a la luz de diferentes situaciones conflictivas y demandas que se presentan en este campo.

### Una imagen que por lo general no coincide con la realidad

Tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados es posible encontrar trabajadores de salud de nivel medio en el personal de salud y, en general, los experimentos muestran que el empleo de estos trabajadores puede aumentar el acceso y la cobertura de los servicios de salud, especialmente en las comunidades más necesitadas.

Sin embargo, la situación de los técnicos varía ampliamente de país a país dependiendo, entre otras cosas, del tamaño de la fuerza laboral en el sector, de los niveles económico y de desarrollo del país y de la política de salud adoptada. Así, aunque el alcance de la práctica de estos cuadros pueda ser similar en las diferentes realidades, hay muchas variaciones con respecto a la descripción de su trabajo, al contenido, a la duración y la calidad de su formación y a su posición en el proceso de trabajo.

Los experimentos también muestran que, a pesar de la importancia de su trabajo, estos trabajadores a menudo terminan

trabajando fuera del sistema de salud, lo cual puede resultar en un proceso de trabajo de gestión inadecuado que no preste la debida atención, por ejemplo, a las cuestiones de formación, desarrollo profesional y de regulación profesional, así como a las condiciones de trabajo.

Aunque bastante limitados, algunos **estudios de "percepción"** muestran una resistencia y renuencia por parte de otros grupos profesionales, especialmente médicos y enfermeras, con el empleo de los trabajadores de nivel medio en el sector de la salud. De hecho, incluso el término "trabajadores de nivel medio" tiende a reducir la credibilidad de estos profesionales ante los demás.

Con base en estos supuestos, se iniciaron los debates del segundo día del Foro. La cuestión principal era saber si es posible y deseable tratar de establecer la convergencia de muchos modelos de trabajadores de la salud de nivel medio en un modelo único internacionalmente reconocido. Además, se hizo un intento para asignar algunas de las causas de la resistencia con la implementación de personal de nivel medio y fueron recogidas sugerencias sobre la manera de deshacer algunas de las percepciones erróneas acerca de este segmento de trabajadores de la salud.

De acuerdo con la mozambiqueña Amelia Cumbi, responsable de la síntesis de los debates del día, se puede decir que hay cierto acuerdo en la necesidad de algún tipo de estandarización y reconocimiento internacional de estos profesionales que durante décadas han desempeñado un papel importante en la prestación de atención en salud.

Según ella, hubo un consenso de que la estandarización y el reconocimiento internacional deben basarse en aspectos más amplios y no en el sentido estrecho y riguroso de tener exactamente la misma formación o el mismo currículo. "En este sentido, la estandarización tendría por objeto permitir que estos trabajadores puedan ejercer su profesión en otros países, a saber, la

En psicología, la percepción es la función cerebral que asigna un significado a los estímulos sensoriales, de la experiencia pasada, en un proceso que implica la adquisición, interpretación, selección y organización de la información obtenida a través de los sentidos. En este sentido, los estudios de percepción son muy importantes, en la medida que el comportamiento de la gente se basa en una interpretación de la realidad y no en la realidad misma. Por lo tanto, aun cuando se insertan en una realidad, los individuos construyen diferentes percepciones de los objetos y las situaciones, de acuerdo con los aspectos que son particularmente importantes para ellos.

estandarización sería el pasaporte que permitiría al profesional de "volar" más allá de las fronteras de su país de origen", resumió.

"Incluso para los cuadros "tradicionales" "de enfermeros y médicos, profesiones reconocidas internacionalmente, hay variaciones de país a país, con planes de estudio y tiempos de formación diferentes. Sin embargo, si alguien dice: "Yo soy médico" o "Soy una enfermera", se percibe como tal, independientemente de las variaciones existentes", argumentó.

Para Isabel y Valitutti, al menos en Suramérica, parece haber un deseo de promover la convergencia de los modelos de estos trabajadores, dada la creciente integración política y económica de la región. Sin embargo hay algunos problemas que pueden obstaculizar el proceso.


En Brasil, la capacitación técnica se puede hacer simultáneamente con la escuela secundaria por los estudiantes que han completado nueve años de escuela primaria, o aquellos que han completado la escuela secundaria (12 años de educación formal). En ambos casos, el profesional se considera de nivel medio. "Incluso si él continúa estudiando, haciendo cursos de especialización o de mejora, sigue siendo un profesional de nivel medio. Para convertirse en un profesional de nivel superior, incluso en la misma área, debe hacer una educación universitaria o de formación tecnológica. Por lo tanto, no hay un itinerario permanente de formación", explica Anamaria Corbo.

En Argentina, hay dos niveles distintos de trabajadores que se repiten en los sistemas de salud de todas las provincias: el asistente y el técnico. "La formación de los técnicos

en salud se produce después de la finalización de la enseñanza secundaria, en cursos de nivel superior universitario o no universitario", explica Alejandro Valitutti.

En cuanto a las causas de la resistencia en la formación de los trabajadores de nivel medio, el corporativismo parece ser predominante. "Esta resistencia se presenta principalmente en algunas áreas donde ya hay cursos de educación superior o aquellas en las que las asociaciones y los sindicatos profesionales tratan de legitimar algunas formaciones sobre las demás", comenta Isabel Duré.

Lo importante, según los panelistas que participaron en el Foro, es que las organizaciones internacionales, entre ellas la OMS, amplíen la defensa de estos cuadros, fortaleciendo algunos conceptos importantes. Tenemos que demostrar, entre otras cosas, que los técnicos son una parte integral de los sistemas de salud, en los que realizan funciones específicas, y no meramente sustitutos temporarios utilizados en la escasez de personal de nivel universitario; que ellos siempre han desempeñado un papel vital en la prestación de atención en salud, especialmente para las poblaciones más necesitadas; y que la visibilidad de los técnicos tiende a aumentar a medida que las autoridades sanitarias nacionales establecen criterios que hacen posible considerar estos cuadros en la evaluación de la disponibilidad de trabajadores en salud en los países.

"La manera de disipar la percepción equivocada que existe sobre los profesionales de la salud pasa a través de la demostración de la eficacia de las acciones de estos trabajadores en los espacios en los que se insertan", agregó Alejandro Valitutti. 



## RETS en Twitter (@RETS\_EPSJV) y otras noticias en el sitio web

La capacidad de compartir información con mayor rapidez con todos los que están interesados en las cuestiones relacionadas con la formación de los trabajadores de la salud y el trabajo en salud ha llevado a la creación de un Twitter para RETS (@RETS\_EPSJV). La idea es divulgar el contenido publicado en la página web y otro conocimiento relevante que fortalecerá nuestra área de cobertura y también a la Red.

Creado en 2006, Twitter permite el uso de la computadora o el teléfono móvil para enviar y recibir mensajes de texto en tiempo real de hasta 140 caracteres – los llamados ‘tweets’ – a varias personas simultáneamente. Una de las redes sociales más utilizadas en todo el mundo, Twitter reúne, según las estimaciones, más de 15 millones de usuarios.

En el sitio de la RETS, a su vez, está dispuesta la sección – “Países” (menú lateral) > “Información general” – que ofrece



algunos datos sobre los países de la red. El objetivo es proporcionar información que ayude en las acciones de cooperación y facilitar el contacto entre los profesionales de las instituciones miembros. “Nuestro objetivo es apoyar a los profesionales también en sus viajes, con información práctica sobre el tiempo en el país de destino e incluso el cambio de moneda. Sin embargo, lo importante es que las personas evalúen el contenido actual y nos den consejos sobre lo que más les gustaría conocer”, dijo Anamaria Corbo, Coordinadora de Cooperación Internacional de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) y de la Secretaría Ejecutiva de la RETS.

Otro objetivo es incluir información más específica sobre la formación de los técnicos de la salud en los países de conformidad con el Plan de Trabajo de la Red.

## RETS-UNASUR: aCta de creación y Plan de Trabajo ya están disponibles en el nuevo sitio de la UNASUR-SALUD

El Consejo Suramericano de Salud (UNASUR-SALUD) lanzó en septiembre un nuevo sitio web (<http://www.unasursalud.org>) desarrollado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador – un país que actualmente ejerce la Presidencia Pro Tempore (PPT) del Consejo.

En la página web, los interesados encontrarán documentos, videos, artículos y muchos otros materiales, además de información variada sobre los países miembros del Consejo y los Grupos Técnicos responsables de las actividades de cada uno de los cinco puntos de la Agenda Suramericana de Salud: (1) establecer el escudo epidemiológico sudamericano; (2) desarrollar sistemas de salud universales y equitativos; (3)



proporcionar un acceso universal a los medicamentos y otros productos para la salud; (4) promover la salud y hacer frente conjuntamente a sus determinantes sociales; y (5) fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.

Entre los archivos disponibles luego serán incluidos el acta de creación y el plan de trabajo de la RETS-UNASUR. Los documentos elaborados en la 1ª Reunión de las Escuelas Técnicas de Salud de Suramérica, que tuvo lugar durante la 2ª Reunión General de la RETS en diciembre de 2009 en Río de Janeiro, fueron la base para el reconocimiento oficial de la RETS-UNASUR, que se produjo en abril de este año, en Cuenca (Ecuador) durante la 2ª Reunión Ordinaria del Consejo.

*Prezado Sr. Editor,*

### Revista RETS e investigación de doctorado

Soy un profesor de la Escuela Técnica de Salud y estoy haciendo un doctorado en Geografía en la Universidad Federal de Uberlândia. Conocí a la revista RETS (el N° 06 de abril/mayo/junio/2010) en los pasillos de la escuela y eso me quedó muy bien. Tanto la entrevista con Ineke Dibbits sobre la interculturalidad en salud como el texto publicado en la sección Glosario (“Educación de Técnicos en Salud - Parte 4”) son muy importantes para mí doctorado, cuyo tema es “La movilización comunitaria para la prevención de Aedes y dengue en el distrito de Martinésia, Uberlândia, Minas Gerais”. Me pregunto por si ustedes pueden enviarme los ejemplares anteriores, porque creo que ellos también tendrán mucha representatividad para mi investigación. *João Carlos de Oliveira – ESTES/UFU (Brasil).*

# RELACIÓN DE INSTITUCIONES DA RETS

## ÁFRICA

### Angola

Escuela Técnica Profesional de Salud de Luanda  
(222) 35 78 79 / 222 35 72 04

Escuela Técnica Profesional de Salud de Lubango  
(923) 53 74 06

Instituto Medio de Salud de Benguela  
cfs-b@nexo.ao

Dirección Nacional de Recursos Humanos -  
Ministerio de Salud  
(244) 924 215 344 / (244) 923 489 923

### Cabo Verde

Universidad de Cabo Verde  
(238) 261 99 04 / (238) 261 26 60

Dirección de Estudios, Planificación y Cooperación -  
Ministerio de Salud  
(238) 261 0900 / (238) 261 3620

### Guinea Bissau

Escuela Nacional de Salud  
0021 245 663 98 80 / 0021 245 587 88 64

Dirección de Recursos Humanos - Ministerio de  
Salud Pública  
(245) 722 3402 / (245) 20-1188

### Mozambique

Centro Regional de Desarrollo Sanitario de Maputo -  
Ministerio de Salud  
(258) 212 470 543

Dirección de Recursos Humanos - Ministerio de Salud  
(258) 21 310429

### Santo Tomé y Príncipe

Instituto de Ciencias de Salud Dr. Víctor Sá Machado  
212 239 910 536

Representación Afro  
regafro@afro.who.int

## CENTROAMÉRICA

### Costa Rica

Escuela de Tecnologías en Salud - Facultad de  
Medicina - Universidad de Costa Rica  
(506) 2511- 4493 / (506) 2225-8322 (Fax)

### Cuba

Facultad de Tecnologías de Salud (Fatesa) -  
Instituto Superior de Ciencias Médicas de La  
Habana (ISCM-Habana)  
(053-5) 2860389 / (053-7) 6400192

### El Salvador

Representación OPS  
(503) 2298-3491 / (503) 2298-1168 (Fax)

### Honduras

Universidad Nacional Autónoma de Honduras  
(504) 232-2110

### México

Departamento de Enfermería Clínica Integral  
Aplicada/Cucs - Universidad de Guadalajara  
(52-3) 10585200 / (52-3) 10585234

Escuela de Enfermería - Universidad Autónoma del  
Estados de Morelos  
(52 -7) 322 9632 / (52-7) 322 9642

Facultad de Enfermería - Universidad Autónoma de  
Tamaulipas - Campus Tampico  
(834) 31 8 17 00 Ext. 3380

Representación OPS  
(52) (55) 5980-0880

### Panamá

Representación OPS  
(507)262-0030 / (507)262-4052 (Fax)

## SUDAMÉRICA

### Argentina

Instituto Superior de Tecnicaturas para la Salud -  
Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de  
Buenos Aires  
(54) 11 4807 3341 / (54) 11 4807 0428

Dirección de Capacitación Profesional y Técnica e  
Investigación - Gobierno de La Ciudad de Buenos Aires  
(54) 11 48073341

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud  
Ocupacional - Subsecretaría de Políticas, Regulación  
y Fiscalización - Ministerio de Salud de la Nación  
(54) 11 43799184 / (54) 11 43799185

Dirección Provincial de Capacitación para la Salud -  
Ministerio de la Salud de la Provincia de Buenos Aires  
0221 483 8858 / 0221 421 0709

Asociación de Instrumentadores Boanerenses  
aib@netverk.com.ar

Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear  
54 1 4863-4449 / 54 1 4865-9774 (Fax)

Revista TecnoSalud  
54 (011) 4794-8216

Representación OPS  
(54-11) 4319-4242 / (54-11) 4319-4201 (Fax)

### Bolivia

Escuela Nacional de Salud - La Paz  
(591-2) 2444225 / (591-2) 2440540

Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de  
Cooperación Andina  
(591-4) 4257501 / (591-4) 4233750 (Fax)

Escuela Técnica de Salud del Chaco Boliviano Tekove Katu  
(591) 3 952 2147 / (591) 3 954 6074 (Fax)

Unidad de Recursos Humanos - Ministerio de Salud  
y Deportes  
(591-2) 248 6654 / (591-2) 2481406

Representación OPS  
(591-2) 2412465 / (591-2) 2412598

### Brasil

Red de Escuelas Técnicas del Sistema Único de Salud  
(61) 3315.3394 / (61) 3315.2974

Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venancio  
(55) 38659797

Coordinación General de Acciones Técnicas en  
Educación en Salud - Secretaría de Gestión del  
Trabajo y de la Educación en Salud (SGTES) -  
Ministerio de Salud  
(61) 3315.2303 / (61) 3315-2425

Representación OPS  
55 61 3426 9595 / 55 61 3426 9591

### Chile

División de Gestión y Desarrollo de las Personas -  
Subsecretaría de Redes Asistenciales - Ministerio de Salud  
(56 2) 5740345 / (56 2) 5740608

Representación OPS  
(56-2) 4374600 / (56-2) 2649311 (Fax)

### Colombia

Asociación para la Enseñanza de Técnicas Dentales  
(Astedent)  
57 1 310 29 71 / 57 1 313 08 73

Centro de Educación de Administración de Salud  
(57-1) 284-4777 / (57-1) 284-5810

Facultad de Odontología - Universidad de Antioquia  
(57-4) 2196718

Fundación Universitaria de San Gil (UniSanGil)  
(57) (07) 7245757 / (57) (07) 7246565

Fundación Universitaria del Área Andina  
(57-1) 2497249 / (57-1) 2100330 Ext: 104

Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena)  
(57- 1) 5461500 Ext. 12011

Dirección General de Análisis y Política de Recursos  
Humanos - Ministerio de la Protección Social  
(57-1) 3305000 / (57-1) 3305050

Representación OPS  
(011-57-1) 314-4141

### Ecuador

Representación OPS  
(593 2) 2460330

### Paraguay

Centro Educativo Superior en Salud (CES Ypacarai) -  
Facultad en Ciencias de la Salud  
(595) 513 432029 / (595) 513 432009

Instituto Nacional de Salud (INS)  
(595 21) 294 482 / (595 21) 283 798

Instituto Técnico Superior Del Saber  
(595 21) 583647

Dirección de Institutos Técnicos Superiores -  
Dirección General de Educación Superior - Ministerio  
de Educación y Cultura  
(595 21) 498 716

Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud -  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
(595) 21 - 204601

Representación OPS  
(011-595-21) 450-495

### Peru

Dirección General de Gestión del Desarrollo de  
Recursos Humanos - Ministerio de Salud  
(51-1) 333-2899 / (51-1)623-0000

Representación OPS  
(511) 319 5700 / (511) 437 8289 (Fax)

### Uruguay

Escuela de Tecnologías Médicas - Universidad de  
República de Uruguay  
(00598-2) 487 1323

Dirección General de la Salud - Ministerio de Salud Pública  
(598-2) 400 1002 / (598-2) 4097800

Representación OPS  
(5982) 707-3590 / (5982) 707-3530

## EUROPA

### Portugal

Escuela Superior de Tecnología de la Salud de  
Lisboa (ESTeSL)  
(351) 218 980 400 / (351) 218 980 460 (Fax)

Dirección General de Salud - Ministerio de Salud  
(351) 218 430-500 / (351) 218 430 530 (Fax)

## ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD

Departamento de Recursos Humanos en Salud  
41 22 791 2542 / 41 22 791 4747

## ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS)

Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos  
(202) 974 3000 / (202) 974 3612

## ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD PARA ÁFRICA (Afro)

División de Sistemas de Salud y Desarrollo de  
Servicios  
(47 241) 39 416 / (47 241) 95 39 511 (Fax)