

REVISTA

Año 3 - nº 10 - abr./may./jun. 2011

RETS

Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud



Malawi

un buen ejemplo de
que vale la pena
invertir en la fuerza
laboral de salud

Tapa

Plan de Evaluación de Recursos Humanos para la Salud de Malawi muestra que todavía queda mucho por hacer 2

Entrevista - Isabel Dure

Salud y Educación: trabajo intersectorial sigue siendo un reto 11

Nueva estrategia del Banco Mundial para África pone de relieve la importancia de la aparcerías el papel de la salud y la educación 7

Mercosur analiza rendimiento técnico y formación de los trabajadores de salud 9

Iniciativa de la OMS para ampliar la educación de los profesionales de la salud 12

RETS-UNASUR, RESP e RINS, tres cadenas y un solo objetivo: fortalecer la educación de los trabajadores de la salud en Suramérica 14

editorial

Durante su vida, Albert Einstein reiteró varias veces la importancia de la experiencia como fuente de conocimiento. A su vez, el comediante y escritor inglés Douglas Adams, si bien lamentando la aparente falta de voluntad de los seres humanos para aprender de la experiencia de otros, hizo un punto de destacar que esta es una de las capacidades que nos diferencian de otros animales. Si añadimos a eso el propósito expreso de RETS para facilitar y fomentar el compartir, entre otras cosas, de información y experiencias entre sus miembros, no nos falta razón para diseminar dentro de la Red los éxitos y las dificultades de Malawi, un pequeño país africano, en la ejecución de su audaz plan de emergencia de recursos humanos para la salud establecido en 2004.

¿Es posible que un plan cuyo objetivo era evitar el colapso total de un sistema “en el borde del caos”, según el Ministro de Salud de Malawi, puede servir de ejemplo para otros países? ¿Qué se hizo? ¿Qué es lo que salió bien, y ahora lo hace factible para el país alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud? ¿Qué es lo que pone en peligro los logros? ¿Es posible dar sostenibilidad y continuidad en las medidas de emergencia? Hay muchas preguntas, y sin duda muchas de ellas no tienen respuestas concluyentes. Sin embargo, quedarán la reflexión sobre el tema y la expectativa de que en algún momento esta “experiencia ajena” pueda ser útil para nuestros propios objetivos.

Las redes de instituciones de estructuración de los sistemas de salud UNASUR – RETS, RESP y RINS – son objeto de un segundo artículo cuyo objetivo es mostrar a nuestros lectores cómo los países suramericanos han tratado de organizarse para superar algunos de los retos enfrentados por los sistemas nacionales de salud.

Para completar la edición, presentamos la nueva estrategia del Banco Mundial para África, con énfasis en las aparcerías y el conocimiento; los resultados del taller “Desafíos para la formación de recursos humanos en salud y la práctica profesional en el Mercosur”, celebrado los días 7 y 8 de abril en Asunción, Paraguay; y, por último, el lanzamiento por la OMS de un folleto sobre el proceso de elaboración de directrices políticas y técnicas dirigidas a mejorar la educación de profesionales de la salud, que se publicarán pronto.

¡Les deseamos una buena lectura!

Secretaria Ejecutiva de la RETS

expediente

Año 3 - n° 10 - abr/may/jun 2011

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

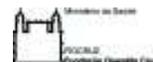
Ana Beatriz Noronha
Anakeila Stauffer
Kelly Robert

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/
Ministerio de la Salud de Brasil e OPS-Brasil



Plan de Evaluación de Recursos Humanos para la Salud de Malawi muestra que todavía queda mucho por hacer

“Hoy estamos casi llegando a la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reducir la mortalidad infantil y ya hemos conseguido ofrecer un servicio de atención prenatal para el 68% de las mujeres en el país. En seis años, 13.000 vidas fueron salvadas”, dijo el ministro



de Salud de Malawi, David Mande, en el seminario ‘No health workforce, no health MDGs. Is that acceptable?’ [No hay salud en los ODM sin fuerza laboral en salud. ¿Eso es aceptable?], que ha integrado el programa de la Cumbre de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, celebrada por las Naciones Unidas (ONU) en septiembre de 2010.

¿Pero lo que ha sucedido para que este pequeño país en el sureste de África (ver el recuadro) se convirtiese en un ejemplo positivo al hablar de la cuestión de la fuerza laboral de salud? ¿Qué es lo que aún queda por hacer para que el país supere sus principales problemas de salud?

La respuesta a estas preguntas está en los resultados presentados en el informe de evaluación de los seis años (2004-2009) del Programa de Emergencia de Recursos Humanos (PERH) de Malawi, lanzado en julio de ese año.

Para la evaluación, llevada a cabo con el apoyo técnico y financiero del **Departamento para el Desarrollo Internacional** (DFID, del inglés, Department for International Development), el gobierno de Malawi contrató a dos empresas independientes - Management Sciences for Health (MSH) y Management Solutions Consulting (MSC). El objetivo principal del estudio, que comenzó en el segundo semestre de 2009, fue permitir al gobierno de Malawi revisar el progreso de la

implementación del Programa y hacer balance de los logros alcanzados. La evaluación también sirvió para verificar los costos del Programa y su impacto en la utilización de los servicios de salud. La observación se centró en cinco puntos clave (o elementos) que hicieron parte del plan de acción:

- Elemento 1: creación de incentivos salariales para el reclutamiento y la retención de 11 categorías profesionales en los hospitales públicos y filantrópicos, junto con una acción incisiva de reclutamiento y replanteamiento de personal cualificado.
- Elemento 2: ampliación de la capacidad nacional de formación en más del 50% del total, entre ellas, duplicar el número de enfermeros y triplicar el número de médicos y asistentes médicos en formación.
- Elemento 3: el uso de médicos voluntarios internacionales y tutores de enfermería para llenar los puestos de trabajo en los lugares más críticos, mientras que los profesionales nacionales se están formando.
- Elemento 4: apoyo técnico internacional en el fortalecimiento de la capacidad y el desarrollo de

Agencia del gobierno británico dirigida a los países más pobres, con miras a eliminar la pobreza extrema. Creado en 1997, actúa en 90 países a través de asociaciones con gobiernos, organizaciones benéficas, empresas y organizaciones internacionales. Además de su sede en Londres y East Kilbride, el DFID cuenta con oficinas en más de 40 países.

En los países de bajos ingresos, el Paquete Esencial de Salud por lo general abarca un número muy limitado de servicios clínicos y de salud pública que deben estar disponibles para personas en niveles más bajos de complejidad del sistema. La existencia de un PES no significa que las personas con otras necesidades de salud no sean cuidadas en los servicios, sino que no hay garantías de que habrá recursos – profesionales, medicamentos y equipos – disponibles para sus necesidades específicas. Los PES son generalmente desarrollados en base a los factores epidemiológicos y técnicos, sino también económicos (costo-beneficio) y sociales. En Malawi, el PES establecido por el gobierno a comienzos de la década de 2000 hace hincapié en las acciones de vacunación, salud reproductiva y nutrición.

Fuente: Essential Health Packages (EHP): What are they for? What do they change? (OMS, 2008)

Sobre o Malawi



Fundada en 1891 como un protectorado británico de Nyasalandia, la República de Malawi se convirtió en una nación independiente en 1964. Después de tres décadas de régimen de partido único, el país celebró sus primeras elecciones multipartidistas en 1994. El actual presidente, Bingu wa Mutharika asumió el cargo en 2004 y fue reelegido para otro mandato de cinco años en 2009.

Con clima subtropical, Malawi limita al norte y al este con Tanzania, al este, sur y oeste con Mozambique y al oeste con Zambia. El país, cuya

capital es Lilongwe, tiene un área total de 118.480 km², 94.084 km² de tierra y 24.404 km² de agua, sobre todo debido al gran lago Malawi (antes lago Nyasa). Tiene una población de unos 15,5 millones de habitantes, pertenecientes a ocho grupos étnicos distintos: los Chewa, que constituyen la mayoría de la población, los Nyanja, los Tumbuka, los Yao, los Lomwe, los Sena, los Tonga y los Ngoni Ngonde. Los idiomas oficiales del país son el inglés y el Chichewa.

Clasificado por el Banco Mundial como país de bajos ingresos, Malawi tenía en 2009 un PIB per capita anual de menos de US\$ 300*. La tasa de analfabetismo entre la población mayor de 15 años alcanza el 25%. En la salud, la OMS dijo que la esperanza de vida es de 44 años para los hombres y 51 años para las mujeres.

En la economía, el sector agrícola representa alrededor del 35% del PIB y emplea a casi el 85% de la fuerza laboral nacional, lo que representa más del 80% de los ingresos en moneda extranjera. La agricultura se caracteriza por la coexistencia de unas pocas grandes propiedades comerciales con un gran número de agricultores pequeños, principalmente de la agricultura de subsistencia. El maíz, un alimento básico, representa el 80% de las tierras cultivadas. Los principales cultivos de exportación son tabaco, azúcar, té y café.

*valor convertido para dólares norteamericanos, a través del método Atlas (Banco Mundial)

habilidades de gestión y planificación en el Ministerio de Salud.

- Elemento 5: aumento de la capacidad de seguimiento y evaluación de la fuerza laboral de salud, sobre la base de los sistemas de información de gestión existentes que se han fortalecido para apoyar la aplicación del **Paquete Esencial de Salud**.

Además de documentar y analizar los resultados obtenidos hasta el momento de la evaluación, el equipo responsable del informe destacó las lecciones aprendidas y hizo recomendaciones basadas en la evidencia para el fortalecimiento de los sistemas de Recursos Humanos para la Salud (RHS) y de las prácticas de salud pública en Malawi.

Plan para revertir el colapso en la salud

En abril de 2004, el Ministerio de Salud de Malawi ha clasificado como “al borde del colapso” la situación en la Salud de su país. En ese momento, el número insuficiente de trabajadores para el área se quedaba aún más pequeño frente al rápido aumento de la demanda de servicios derivado, entre otras cosas, del crecimiento demográfico y los altos niveles de VIH/SIDA, así como la migración de profesionales de la salud al extranjero estimulada por el proceso de globalización. Todo ello contribuyó a que su país llegase a tener sólo 1,1 médicos y 25,5 enfermeros por cada 100.000 habitantes.

En ese momento, la incapacidad del gobierno para planificar e invertir en la producción y retención de un número adecuado de profesionales de la salud en el sector público fue considerada como una de las causas de la crisis. El sector público de la salud en Malawi incluye las unidades conectadas directamente al Ministerio, que representan aproximadamente el 60% de los servicios, y las pertenecientes a la Asociación Cristiana de Salud, responsable del 40% restante.

Sólo la mitad de los 20 médicos que se graduaron de la única escuela de medicina del país se mantuvo trabajando en el sector público y de los casi 9.000 puestos de trabajo creados para enfermeros, menos del 50% quedaban llenados. La velocidad de formación no pudo mantener el ritmo necesario. Los bajos salarios, el exceso de trabajo y la falta de condiciones para el desempeño de sus funciones, todos contribuyeron a la crisis en el sector y para que los indicadores de salud en el país se deteriorasen rápidamente.

En 2004, mientras que en los otros países de África subsahariana la tasa media de mortalidad materna era de 940 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad infantil era de 76 por mil nacidos vivos y la prevalencia de VIH/SIDA entre los adultos 7,5%, en Malawi, las tasas fueron de 984 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, la mortalidad infantil de 102 por mil nacidos vivos y 12% de prevalencia del VIH/SIDA entre los adultos.

En este contexto, en visitas separadas al país, el director ejecutivo de **ONUSIDA**, Peter Piot, y el Secretario

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), cuyo objetivo es incentivar, movilizar y apoyar a los países para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH. Establecido en enero de 1996, es coordinado por un grupo formado por representantes de 22 países, otros organismos internacionales, entre los cuales el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, la Secretaría del propio Programa y cinco organizaciones no gubernamentales, incluidas las asociaciones de personas que viven con el VIH.

Permanente de DFID, Chakrabarti Suma, señalaron que la falta de trabajadores de la salud capacitados hacia imposible una respuesta efectiva para controlar el VIH/SIDA, e incluso cualquier intento por parte del gobierno para llevar a cabo reformas en el sector.

En respuesta a los dos órganos, los donantes tradicionales de recursos para África, y con su apoyo, el gobierno de Malawi desarrolló un Programa de Emergencia de Recursos Humanos (PERH) cuyo objetivo central era de aumentar la cantidad y la calidad de la fuerza laboral de salud a través de incentivos financieros y un fuerte incremento en la escala de formación de nuevos empleados.

Un plan por delante de su tiempo

Desde su lanzamiento, el Plan de RHS de Malawi atrajo la atención de la comunidad internacional por su amplitud e innovación. Un estudio comparativo, que involucró a cinco países - Camerún, Indonesia, Malawi, Ruanda y Tanzania - mostró que sólo en Malawi se han implementado simultáneamente sistemas amplios e interconectados de incentivos destinados a la retención de trabajadores tanto en el sector público de la salud como el privado. Eso en un escenario en el que varios países no han desarrollado todavía sus planes de recursos humanos en salud y que muchas de las iniciativas para resolver la crisis de la fuerza laboral de salud siguen produciéndose de manera fragmentada.

Otra característica del plan era el nivel de financiación - unos US\$ 95 millones - y el apoyo recibido de los organismos donantes durante seis años, algo que no debe subestimarse, teniendo en cuenta que cualquier intento de resolver la crisis en la fuerza laboral de salud debe considerar el horizonte de tiempo necesario para capacitar a los nuevos profesionales y aplicar nuevas políticas para el sector.

El PERH representa el primer de los seis pilares del Plan de Trabajo 2004-2009 del Ministerio de Salud de Malawi. Los otros cinco son: productos farmacéuticos y médicos; equipos básicos esenciales; desarrollo de infraestructura; operaciones de rutina en las unidades de salud; y operaciones centrales y desarrollo de políticas y sistemas. El Plan es administrado por el Ministerio a través de un enfoque sectorial considerado altamente eficaz debido al alto nivel de colaboración entre los distintos servicios del sector salud.

A pesar de haber sido construido como una respuesta de emergencia a una situación extrema, hubo siempre una comprensión de que el plan tendría éxito sólo si se desarrollara una mayor capacidad institucional y si se creara sistemas más eficientes para la gestión del trabajo en la salud.

Los objetivos previstos y las estrategias empleadas

El objetivo general del plan era reducir el déficit de la fuerza laboral de salud en Malawi a un nivel comparable al de Tanzania. Eso significaba incrementar de 1,1 a 2,3 médicos y de 25,5 a 36,6 enfermeros por cada 100.000 habitantes. Para ello, se establecieron objetivos específicos para cada uno de los cinco elementos del Plan.

En el marco del “Elemento 1”, que trataba de los incentivos financieros y las estrategias para el reclutamiento y la retención de personal, se establecieron metas anuales en el personal, con previsión de un aumento de poco más de 6 mil profesionales en 2004 a más de 10 mil en 2010, lo que representa un aumento de alrededor 70%. Los objetivos de personal fueron establecidos por las autoridades del Ministerio de Salud en colaboración con un consultor en economía de la salud. En ese momento, en una aparcería con las asociaciones profesionales y las instituciones de formación, el Ministerio de Salud seleccionó 11 categorías profesionales consideradas esenciales para implementar el Paquete Esencial de Salud: médicos, enfermeros (incluyendo parteras), asistentes clínicos, asistentes médicos, técnicos de laboratorio, técnicos de radiología, técnicos de farmacia, terapeutas dentales, fisioterapeutas, agentes de salud ambiental e ingenieros médicos.

Varias iniciativas se han adoptado para la identificación y el reclutamiento de graduados de instituciones de formación, así como para la re-contratación de trabajadores de la salud que habían abandonado el sector público por varias razones. En lo que

respecta a la contratación, se realizaron dos grandes selecciones a nivel nacional, la primera a mediados de 2006 y la segunda a finales de 2008. Sin embargo, el retraso en la promulgación de los trabajadores contratados causó daños en el proceso, ya que algunos profesionales terminaron renunciando u optando por otros trabajos.

Una de las estrategias utilizadas para la reclasificación funcional fue el aumento en el límite de edad para la jubilación, de 55 a 60 años. El reintegro de los jubilados fue hecho por medio de contratos de trabajo trianuales. Por otra parte, se ha previsto un paquete de beneficios para fomentar la ocupación de puestos en áreas remotas, que lamentablemente nunca se implementó. La mejora de las condiciones de trabajo y la posibilidad de formación continua fueron otros factores para atraer trabajadores.

En el “Elemento 2”, el objetivo era aumentar significativamente el número de trabajadores de la salud en formación y mejorar la capacidad de las instituciones de formación clave en el país: la Facultad de Ciencias de la Salud; la Facultad de Enfermería de Kamuzu; la Facultad de Medicina y los institutos de la Asociación Cristiana de Salud. Por consiguiente, se establecieron: becas para que, entre otras cosas, los estudiantes pagasen sus mensualidades; y recursos financieros, para que las instituciones mejorasen su infraestructura y pudiesen así recibir a más estudiantes. La idea era duplicar el número de médicos y triplicar el de enfermeros y asistentes clínicos. El modelo previa un aumento del 82% en el número de graduados, que incrementaría de 842 en 2004 a 1.534 en 2009.

Para el “Elemento 3”, que abordaba el uso de médicos voluntarios para la ocupación de emergencia de los puestos vacantes, no se preveían objetivos específicos ya que esta sería una medida paliativa cuya duración estaba vinculada a la consecución de los objetivos del Elemento 2. La idea inicial era que, además de proporcionar atención clínica, los voluntarios pudiesen transferir conocimientos específicos a los profesionales locales. De 2004 a 2009, el número de médicos voluntarios vinculados al PERH aumentó de 18 a 132.

El objetivo del “Elemento 4” era aumentar la capacidad del Ministerio de Salud en la gestión de los recursos humanos. La propuesta era que el Ministerio contratase a expertos para apoyar el desarrollo, la implementación y el monitoreo de sistemas de gestión de RH, facilitar el desarrollo de capacidades y liderar en la revitalización de la Unidad de Planificación de RH del Ministerio. De un total de 23 consultores contratados durante el período abril 2005 - diciembre 2008, cuatro estaban en el área de RH. Según el informe, la mayor dificultad en este elemento fue la ausencia de un equipo del Ministerio con la capacidad y motivación para interactuar con los contratistas.

En el caso del “Elemento 5”, el objetivo era fortalecer la capacidad de seguimiento y evaluación de la fuerza laboral de salud. Sin embargo, no se definió ninguna estrategia concreta para ello y no se detallaron metas específicas para el Elemento.

En el comienzo de la aplicación del plan ya estaba previsto que estas cinco intervenciones debían ser acompañadas por el fortalecimiento de la infraestructura, la gestión y la capacidad de liderazgo del sistema, ya que sin ello sería imposible sostener los éxitos logrados. El consenso era que el aumento del número de trabajadores de la salud y estudiantes de las escuelas de formación sería sólo el primer paso y que el logro de beneficios a largo plazo para la población todavía dependería de que estos trabajadores recibiesen el apoyo necesario para su mantenimiento y la prestación de servicios de calidad, con un buen nivel de desempeño.

La falta de datos dificulta la evaluación del programa

Para alcanzar los objetivos propuestos de una manera más integral, coherente y consistente, el proceso de evaluación del PERH - Malawi se llevó a cabo en varias frentes bajo la supervisión de un grupo de trabajo encabezado por el ministro de Salud e integrado por representantes de diversos organismos del sector.

La tarea incluyó una combinación de métodos tradicionales de investigación de campo y recopilación de datos. Para los datos cuantitativos, se utilizaron como fuentes primarias los sistemas de información del Ministerio y de las instituciones de formación, así como los informes y documentos publicados. Se recogieron los datos cualitativos en los grupos focales y las entrevistas a informantes clave, así como a través de investigaciones realizadas con los gerentes de RH a nivel de distrito. El análisis de los datos se llevó a cabo en colaboración con la fuerza tarea del Plan.

Con respecto a las dificultades en el proceso de evaluación, la falta de datos cuantitativos, particularmente para los períodos anteriores a la aplicación del programa, fue el mayor desafío, especialmente para la determinación de las tendencias y una comprensión más precisa del impacto derivado del PERH. Otra dificultad fue la falta de datos informatizados. Parte de la información detallada sobre las nóminas de las unidades subordinadas a la Asociación Cristiana de Salud sólo estaban disponibles en forma impresa, impidiendo el acceso a los datos individuales. Dentro del Ministerio, tampoco se pudo acceder a los datos de pago antes de 2005 debido a los cambios en la base de datos del sistema y la falta de copia de seguridad de los registros.

Los resultados justifican la inversión

La experiencia demuestra que existe una relación directa del aumento del número de trabajadores de la salud y la mejora de los resultados de salud de una población determinada. En 2004, a comienzos de la implementación del PERH en Malawi había 0,87, es decir, menos de un trabajador en el sector público de la salud pública por cada mil habitantes en el país. En 2009, este número se incrementó a 1,44, lo que representa un aumento del 66%. Durante el mismo período, la población total en Malawi aumentó en 10%, demostrando que la densidad de los trabajadores de salud sufrió un aumento real que superó la tasa de crecimiento de la población.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, el cuadro al lado muestra que hubo un aumento considerable en los seis servicios prioritarios por el Departamento - (1) visitas prenatales; (2) los partos realizados por un personal cualificado; (3) vacunación infantil; (4) administración de nevirapina para prevenir la transmisión vertical - de madre a hijo - del VIH; (5) total de visitas ambulatorias; y (6) registros en los programas de distribución de antirretrovirales -, que resulta en más de 13 mil vidas salvadas, a un costo promedio unitario de poco más de US\$ 7,2 mil, teniendo en cuenta que el programa utilizó recursos de alrededor de US\$ 95 millones.

En general, la evaluación mostró que, aunque sólo cuatro - los médicos,

Resumen de Contribuciones, Productos, Resultados e Impacto del PERH					
Elementos	Contribuciones (USD)	Productos	Resultados	Impacto	Vidas Salvadas
1a. Pago de incentivos	34,1 millones	8.369 trabajadores de la salud en las unidades del MS y de la ACSM hasta el año 2009 10.507 AVS en la comunidad hasta el año 2009	1,44 Trabajadores de la Salud por 1.000 habitantes; 0,02 Médicos, 0,37 Enfermeros, 0,8 AVS por 1.000 habitantes	Aumento de 49% en los servicios de atención ambulatoria Aumento de 15% en los partos seguros Aumento de 7% en los cuidados prenatales	6.433 265 2.842
1b. Reclutamiento	169.069	1.093 Funcionarios reclutados		Aumento de 10% en las inmunizaciones	3.647
2a. Capacitación - Mensualidades escolares	29,9 millones	6.316 trabajadores de la salud capacitados		Aumento de 18% en la prevención de la transmisión de madre a hijo del HIV	
2b. Infraestructura para capacitación	16,7 millones				
3. Voluntarios internacionales	6,4 millones	552 personas/año			
4. Asistencia técnica	1,5 millones	Políticas de RH			
5. Sistema de M&E	112.529	N/D			

ACSM = Asociación Cristiana de Salud de Malawi
AVS = Asistente de Vigilancia Sanitaria
M&E = Monitoreo y Evaluación
ME = Ministerio de Salud

asistentes clínicos, técnicos de laboratorio y técnicos de farmacia - de las 11 categorías seleccionadas alcanzaron o superaron los objetivos establecidos en el documento original, el objetivo central del Plan se cumplió plenamente. De 2004 a 2009, el número de profesionales de la salud de las categorías prioritarias registró un aumento del 53%, de 5.453 a 8.369. Si tenemos en cuenta el personal de Agentes Comunitarios de de Salud, que incrementó de 4.886 a 10.507, este aumento llega a 83%.

En cuanto a la cuestión de la formación, hubo en las cuatro instituciones principales un aumento global del 39%, de 917 estudiantes en 2004 a 1.277 en 2009. En el caso de los médicos, el aumento fue del 72%, de 18 graduados en 2004 a 31 en 2009. En la enfermería, el aumento fue del 22%, con el número de graduados incrementando de 575 a 699.

A pesar de los resultados positivos, no todo puede ser motivo de celebración. La suspensión del pago de becas por el Gobierno de Malawi en septiembre de 2009 provocó una inmediata caída de las matrículas en las instituciones locales para la formación en salud. En las instituciones de la Asociación Cristiana, las matrículas cayeron de 616 en 2008 a 87 en 2009, causando la postergación del período para abril de 2010. Entre los graduados, 95% de los estudiantes dijeron que no podrían haber completado el curso si el gobierno no les pagaba la beca.

Lo que queda por hacer

La evidencia muestra que los esfuerzos en Malawi para superar la fase de emergencia con respecto a la fuerza laboral de salud valieron la pena y deben ser utilizados como un ejemplo, pero los logros, dice el informe, siguen siendo débiles debido a la falta de un plan de sostenibilidad, a la debilidad estructural del sistema de salud, al crecimiento demográfico y una carga cada vez mayor de enfermedades. Por todo ello, el documento hace una serie de recomendaciones que el gobierno de Malawi debe seguir para hacer permanentes los logros alcanzados hasta ahora.

Según el documento, todavía es necesario, entre otras cosas, que se realicen análisis más profundos sobre el personal necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para la aplicación efectiva del Paquete Esencial de Salud establecido por el gobierno, y que se institucionalice una nueva estructura salarial en el Ministerio de Salud para dar apoyo al aumento del 52% en los sueldos del personal. En que afecta a las metas del "Elemento 1" del Plan, es necesario acelerar la aplicación del paquete de incentivos para atraer profesionales de la salud a las áreas remotas.

En cuanto a la cuestión de la formación, el informe sugiere que se establezca una comisión con los líderes de los Ministerios de Salud, Educación y Finanzas, de las instituciones de formación y de las agencias donantes para tratar de equilibrar los costos de capacitación en salud y las mensualidades pagadas por los alumnos.

Respecto a la gestión, la recomendación principal es que el órgano de coordinación de RH ocupe una posición superior en la estructura del Ministerio y tenga como núcleo un equipo de profesionales con conocimientos y experiencia en esta área.

Un aprendizaje que debe ser compartido

Según los expertos, la evaluación del PERH de Malawi reveló al menos diez lecciones clave para el propio país y todos los otros que tienen problemas y necesitan superar desafíos similares.

1. Queda esencial el compromiso del gobierno para asumir la responsabilidad de las acciones.
2. La exitosa implementación de un plan de RHS amplio requiere la colaboración y el compromiso multisectorial.
3. La aplicación conjunta de intervenciones de emergencia a corto plazo e intervenciones a largo plazo es la piedra angular del éxito, ya que las medidas a corto plazo por sí solas no producen un impacto duradero.
4. El apoyo de los donantes para sostener el incremento salarial de 52% y la actitud del gobierno de Malawi para permitir las diferentes escalas en el sistema de pago fue providencial.
5. Todas las iniciativas deben llevarse a cabo con un horizonte de largo plazo, por lo que las mejoras puedan ser detectadas.
6. La planificación de la sostenibilidad debe ser considerada desde el principio.
7. La exitosa implementación de los planes de RHS debe basarse en un diseño altamente profesional de los sistemas organizacionales y acuerdos institucionales.

Aunque no forma parte del proyecto inicial, el personal adicional de Agentes Comunitarios de Salud también recibió los incentivos salariales previstos en el Elemento 1 del Plan. Estos trabajadores son contratados en la comunidad y prestan servicios distintos, tales como inmunizaciones, planificación familiar, visitas de puericultura y control de enfermedades. El objetivo fijado por el Ministerio de Salud es de un agente por cada mil habitantes, lo que, a pesar de un crecimiento de más del 115% del personal, no se ha alcanzado todavía.

Además, depende de la existencia de líderes bien preparados y equipos de profesionales calificados y con experiencia.

8. Un sistema de Gestión de Recursos Humanos - reclutamiento, colocación, transferencia, promoción, gestión del rendimiento - integrado y funcional es la base para la implementación exitosa de estrategias de RHS.

9. La aceleración de la formación del personal de salud tradicional - médicos y enfermeros - no es suficiente para satisfacer todas las necesidades de los sistemas de salud y no es siempre rentable. En el caso de Malawi, el enfoque en la aplicación del Plan Esencial de Salud requiere habilidades de otro personal, como los Agentes Comunitarios de Salud y técnicos de diversas especialidades.

10. Debe existir una comunicación clara y regular entre todos los involucrados en el proceso, incluyendo a los estudiantes en formación y las personas que ya están empleadas en el sector de la salud, sobre los objetivos y las expectativas del plan de RHS. Esta medida es esencial para evitar la confusión y el retroceso que pueden resultar en cambios en la política, especialmente la que corresponde a la remuneración financiera o el pago de becas a los estudiantes. ❌

Leer más:

- The Emergency Human Resource Programme (EHRP) - Progress and Lessons from Malawi. (Dr Jason Lane)
- Evaluation of Malawi's Emergency Human Resources Programme: final report and annexes (Management Sciences for Health - MSH)
- Malawi's Emergency Human Resources Program: an Overview (Gordon Matt, 2008)

Los tres documentos están disponibles en el sitio de la RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>) en: 'Biblioteca' > 'Temas de interés' > 'Malawi'

Nueva estrategia del Banco Mundial para África pone de relieve la importancia de las aparcerías y el papel de la salud y la educación

Después de **ocho meses de consultas personales o por Internet** con más de dos mil personas en 36 países, de los cuales 31 de África, el Banco Mundial lanzó el 1 de marzo la versión final del documento “El futuro de África y el apoyo del Banco Mundial” con su nueva estrategia para la región.

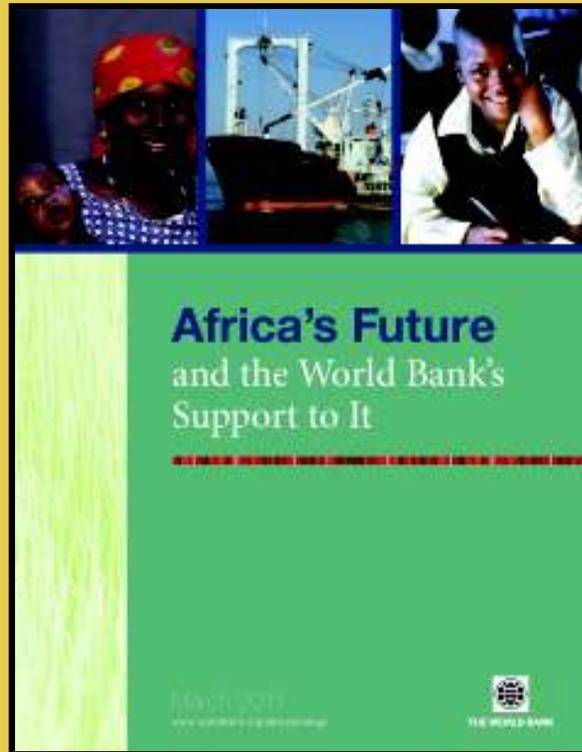
Según el Banco Mundial, la idea es aprovechar el momento para transformar el continente y mejorar las condiciones de vida de sus pueblos, ayudando al fortalecimiento de las economías africanas, al igual que las economías de Asia hace 30 años. El nuevo enfoque representa un cambio significativo en cómo la organización ve a África y evalúa su propio papel en el apoyo a los progresos en el continente.

La estrategia se origina de una propuesta general de búsqueda de estabilidad económica para resaltar los puntos que se consideran fundamentales:

Competitividad y empleo

En ese sentido, el documento subraya la necesidad de los países de diversificar sus economías y generar empleo, especialmente para los cerca de 10 millones de jóvenes que ingresan anualmente la fuerza laboral. La propuesta es reducir la brecha entre las necesidades y las inversiones que se realizan

La redacción del documento “El futuro de África y el apoyo del Banco Mundial” empezó en julio de 2010 cuando se inició una primera fase de consulta, que consistía en reuniones, videoconferencias y comentarios por vía electrónica, cuyo primer objetivo era coleccionar contribuciones iniciales. De septiembre a noviembre, se realizó una revisión de las contribuciones recibidas y se preparó una propuesta preliminar de estrategia. En los meses de noviembre y diciembre se recolectaron por medio electrónico los comentarios del público a la estrategia inicial propuesta. En 2011, en los dos primeros meses del año se desarrolló el texto a ser aprobado por el Directorio Ejecutivo del Banco Mundial.



en la infraestructura - en la actualidad alrededor de US\$ 48 mil millones anuales - mediante el apoyo a los esfuerzos para facilitar el funcionamiento de las empresas y fortalecer las habilidades de los trabajadores, especialmente en áreas consideradas estratégicas. El documento reafirma la idea de que el crecimiento de África depende de la salud de su población, y esto a su vez depende, entre otras cosas, de una fuerza laboral en salud preparada.

Vulnerabilidad y resiliencia

Según el Banco Mundial, los países pobres en África tienden a ser mucho más afectados por las crisis que se producen en los contextos globales de la economía y la salud, así como los desastres naturales y conflictos, que tiende a aumentar la pobreza en que viven. En este sentido, la estrategia propone medidas para fortalecer los sistemas nacionales de atención en salud, prevenir los efectos del cambio climático mediante una mejoría en la gestión de los recursos hídricos y de riego y fortalecer las entidades públicas para que puedan distribuir los recursos más equitativamente y construir consensos. Por tanto, el objetivo del plan es reducir la incidencia de choques y minimizar el daño que pueden causar cuando ellos son inevitables.

Para las humanidades, el concepto de resiliencia se refiere a la capacidad de los seres humanos de responder positivamente a las adversidades que ellos enfrentan, aun cuando ellas representan un riesgo para su desarrollo. La resiliencia puede representar también la capacidad de recuperar el estándar normal de funcionamiento después de experimentar una situación negativa y sufrir sus consecuencias. En este sentido, una sociedad resiliente es la que, incluso en tiempos de crisis, consigue recuperar y mantener las condiciones necesarias para su mantenimiento.

Aunque se consideran esenciales, los servicios de educación, salud e infraestructuras básicas a menudo son mal prestados o ellos no son ofrecidos debido a la mala gestión de los recursos públicos. En este sentido, la estrategia prevé que el Banco Mundial fortalezca a la población a defender sus derechos, ya sea a través de información sobre las responsabilidades que los gobiernos tienen con la gente, ya sea mediante el aumento de la capacidad de organizar la sociedad, para volverla capaz de exponer los casos en que los servicios no están bien prestados. Por otra parte, la estrategia prevé también el apoyo del Banco Mundial a los gobiernos para que mejoren sus sistemas y aumenten su capacidad para prestar servicios básicos y administrar sus cuentas.

Significativamente, la nueva estrategia invierte el orden de importancia de los instrumentos de apoyo del Banco al continente, convirtiendo las aparcerías en el factor más importante, seguido por el conocimiento y la financiación en sí. El propósito del cambio es garantizar que las intervenciones del Banco sirvan para complementar las iniciativas desarrolladas por los gobiernos africanos, el sector privado y otros organismos.

“Esta estrategia es muy representativa de lo que recopilamos con los pueblos y los líderes africanos, sino también el sentimiento del propio Banco Mundial”, dijo Shantayanan Devarajan, Economista Jefe del Banco Mundial para África en el lanzamiento del documento. “Aunque estamos seguros de que este es el enfoque correcto para la actualidad, también queremos asegurarnos de que estamos dispuestos a hacer ajustes en la medida en que África sigue evolucionando y desarrollándose. El continente ha sorprendido a muchos detractores, alcanzando más de una década de sólido crecimiento económico y de reducción gradual de la pobreza. Es una oportunidad histórica”, dijo. ❧

Indicadores del Desarrollo Mundial 2011: se ha hecho mucho en la salud, pero aún queda mucho por hacer

Ya están disponibles en el sitio web del Banco Mundial Indicadores sobre el Desarrollo Mundial 2011 (WDI, del inglés World Development Indicators). Las partes interesadas pueden acceder a la información directamente en la publicación (en inglés) o a través de la base de datos electrónica. La 15ª edición de la publicación ya incluye datos de 2009 o 2010 de muchos de los indicadores. También están disponibles una versión reducida con los principales destaques de los indicadores regionales y una presentación de la publicación en forma de diapositivas.

Con respecto a las metas de salud de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, la publicación muestra que 11 países ya han alcanzado la meta de reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil y otros 25 están a punto de alcanzar la meta, pero la situación en 100 países es todavía fuera de control. En lo que respecta a la salud materna, 30 países están en camino de lograr la reducción de 3/4 de la tasa de mortalidad materna, pero 94 todavía tienen que trabajar duro para afrontar este reto. A pesar de haber disminuido en todas las regiones del mundo, en los países de medios y bajos ingresos la tasa de mortalidad materna sigue siendo elevada - 580 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. En África subsahariana, la situación es aún peor y la tasa media se eleva a 650.

Sobre la cuestión del VIH/SIDA, la buena noticia es que el número de nuevos casos ha disminuido 21% desde 1997. La mala noticia es que todavía hay 60 países en desarrollo en los que los datos disponibles no son todavía fiables.

En cuanto a la erradicación de la pobreza, los números siguen siendo alarmantes. El número de personas que viven en la pobreza extrema disminuyó de 1,8 billones en 1990 a 1,4 billones en 2005, pero si el número de personas que sobreviven con menos de US\$ 1,25 al día disminuyó, el número de aquellas que viven con ingreso diario de entre US\$ 1,5 y US\$ 2 aumentó. Según el informe, el hecho de que 43 países están a punto

de acabar con la pobreza extrema (el doble de 2005) puede traer algunas perspectivas positivas para este aspecto.

Novedades y funcionalidades para facilitar la búsqueda

La nueva edición de WDI trae muchas novedades, entre las cuales, la presentación de datos sobre la tasa de mortalidad en forma de serie temporal. En total, la base de datos de WDI tiene ahora más de 1.200 indicadores.

En 2011, la base de datos también ganó varias funcionalidades cuya función es ampliar y facilitar el acceso a la información disponible. Entre otras cosas, los datos se pueden acceder por país, tema o indicador, y se pueden descargar los datos seleccionados en forma de archivos Excel o CSV o leer el contenido directamente en el formato de libro electrónico. Pronto también se podrán acceder a través de CD-ROM.

La edición impresa de WDI 2011 está disponible en el sitio web del Banco Mundial (<http://web.worldbank.org>) en: “Data & Research”. Los interesados ??también pueden acceder directamente a la página del WDI (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>).

En septiembre de 2000, representantes de 189 firmaron la Declaración del Milenio, en la que se comprometieron a lograr ocho objetivos (ODM) dentro de los 15 años para el futuro de la humanidad:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre;
2. Lograr la enseñanza primaria universal;
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer;
4. Reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil de los niños menores de cinco años;
5. Mejorar la salud materna, reduciendo en 75% la mortalidad materna;
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades;
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y
8. Fomentar una aparcería mundial para el desarrollo.

Mercosur analiza rendimiento técnico y de formación de los trabajadores de salud

El 7 y 8 de abril se celebró en Asunción, Paraguay, el Primer Seminario Regional sobre Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud en el Mercosur - "Desafíos de la formación de recursos humanos en salud y la práctica profesional en el Mercosur". En el evento se discutieron muchos temas y se propusieron acciones que pueden permitir el desarrollo de políticas de formación en salud más integradas en el bloque.

El contexto justifica la necesidad de un trabajo conjunto

Es fundamental contar con una cantidad suficiente de trabajadores con la calidad que los servicios demandan para que los sistemas nacionales de salud puedan satisfacer las necesidades de la población.

Sin embargo, formar y gestionar la fuerza laboral no son tareas sencillas, sobre todo cuando la cuestión se piensa a nivel regional. En general, cada país tiene un sistema educativo y de formación profesional distinto y pueden ocurrir otras variaciones en la duración de la formación, los materiales y métodos utilizados, así como los temas tratados. Los sistemas nacionales de educación tratan de adaptarse a las necesidades específicas de cada país, pero aún no han logrado revertir la grave escasez de trabajadores en el área de la salud debido, entre otras cosas, al fracaso de los intentos anteriores de reformas de la gestión recursos humanos, la falta de recursos financieros, aumentados por la crisis económica mundial y la creciente migración, la cual tiende a agravar la mala distribución de la fuerza laboral, lo que puede representar hasta el 60 y el 70% del gasto del sector.

En este contexto y la necesidad de mejorar los indicadores de salud de los países, la cuestión de la formación y el trabajo en el sector se ha convertido en fundamental en el Mercosur, que sirve para guiar a la plataforma de trabajo interinstitucional entre el Sector de Educación en el Mercosur (SEM) y la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del Subgrupo de Trabajo de Salud, el SGT11, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

En este sentido, el Seminario convocado por los Ministerios de Educación y Salud de Paraguay, país que ostenta la Presidencia Pro Témpore del bloque, trató de continuar la discusión de las metas de acción orientadas a los recursos humanos en salud, a través de la ampliación de los debates centrados en:

- La promoción del desarrollo de actividades que promuevan el diseño de mecanismos de fortalecimiento de la acreditación de las carreras prioritarias de la salud;

- La formulación de mecanismos de homologación y revalidación de titulaciones profesionales;
- La definición de procesos integrales para la aprobación y habilitación de nuevas carreras en la salud; y
- La profundización del conocimiento sobre la situación de capacitación de los técnicos en salud.

Conferencias y presentaciones aportan beneficios a los debates

En la ceremonia de apertura del evento, todos los miembros de la mesa fueron unánimes en destacar la importancia del encuentro y la determinación y la responsabilidad de todos en la consecución de los objetivos propuestos.

Dos conferencias empezaron la programación del evento. La primera, proferida por Alberto Fernández Ajuria, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, se dirigió a la experiencia vivida de los países de la UE durante el Proceso de Bolonia, sobre todo en lo que respecta a la acreditación de cursos y la homologación de las titulaciones. El lunes, quedó al Secretario Ejecutivo de UNA-SUS Flocruz, Francisco Eduardo Campos, mostrar un panorama de la situación actual de la formación de recursos humanos en salud y del

La Universidad Abierta del Sistema Único de Salud (UNA-SUS) es un proyecto del Ministerio de Salud de Brasil, que tiene por objeto desarrollar las condiciones para el establecimiento de una red colaborativa de instituciones de educación superior, servicios de salud y gestión del SUS, con fin de satisfacer las necesidades de formación y educación continua de los profesionales en el sistema. Entre los objetivos específicos de UNA-SUS quedan: la creación de una colección pública y colaborativa de materiales educativos para la salud, con miras al intercambio de información académica de los alumnos para la certificación educativa compartida; la promoción de la incorporación de nuevas tecnologías de información y comunicación en los procesos de educación en salud; la oferta de apoyo presencial a los procesos de aprendizaje en salud; la realización de cursos para trabajadores de la salud adecuados a las condiciones locales, utilizando la interacción presencial y a distancia, con miras a la formación en áreas estratégicas del SUS. La red posee instituciones miembros que desarrollan programas de formación y calificación de los trabajadores de la salud en áreas estratégicas para consolidar el SUS, asumiendo la responsabilidad de lograr al menos mil profesionales y el compromiso de hacer público todo el material producido.

Para más información: <http://portal.universidadeabertadosus.org.br>

ejercicio profesional en el Mercosur, destacando los desafíos que se presentan para los sistemas de educación y salud del bloque.

Llamar la atención de los participantes para la importancia del trabajo intersectorial en la búsqueda de soluciones a la crisis de recursos humanos que afecta a los sistemas nacionales de salud fue el objetivo de Rosa María Borrell Bentz, consultora de Recursos Humanos de la OPS/OMS que, basado en los principios y las directrices del **Llamado a la Acción de Toronto**, hizo hincapié en la urgencia de un trabajo coordinado de la Salud y la Educación. Ella dijo que hay muchas dificultades por afrontar en el curso de esta interacción, pero el contexto regional es favorable para el éxito de la tarea.

Hubo también presentaciones sobre la situación de la formación de técnicos en salud en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay y sobre los resultados en el estudio "Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en Brasil y el Mercosur" llevado a cabo entre abril de 2007 y marzo 2009 por investigadores de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). El estudio trató de hacer un mapa del área de la educación técnica en el Brasil - número de cursos (tipos y métodos), calificaciones profesionales y las instituciones formadoras - incluyendo también, en su fase internacional, una encuesta sobre las bases de organización de la educación profesional en salud y del trabajo en salud en los otros países del bloque, junto con un análisis sobre la cuestión dentro del marco institucional del Mercosur.

Sobre la base de la investigación brasileña, representantes de Argentina, Paraguay y Uruguay presentaron proyectos adaptados a su propia realidad, para continuar a nivel nacional la etapa de mapeo y análisis del área de formación de técnicos en salud. Después de estos estudios, se analizarán los resultados en conjunto por los países, incluyendo Brasil, como coordinador de un estudio

multicéntrico, y se presentarán en el año 2012 en el 2º Seminario Internacional sobre la Formación de los Trabajadores Técnicos de la Salud en el Mercosur.

Ejemplo europeo puede orientar las acciones en el Mercosur

Alberto Ajuria comenzó su presentación hablando un poco acerca de la historia de la formación de la Unión Europea, que actúa como una democracia representativa, basada en siete instituciones: el Parlamento Europeo, el Consejo Europeo, el Consejo de la Unión Europea (el Consejo), la Comisión Europea, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, el Tribunal de Cuentas y el Banco Central Europeo. También habló sobre la competencia de la Unión para apoyar las acciones de los Estados en materia de educación y formación profesional y para legislar en su mercado interno.

Presentó varios aspectos del proceso de Bolonia, un conjunto de iniciativas encaminadas a aplicar las propuestas contenidas en la Declaración de Bolonia, un documento creado en 1999 al que 47 estados europeos se han unido. Entre otras cosas, la Declaración estableció la creación hasta el año 2010 del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), que se caracteriza por el reconocimiento de las calificaciones, la estructura de las titulaciones, el sistema de créditos, el programa de movilidad, mediante el cual los trabajadores capacitados en un país pueden trabajar en otro país sin ningún problema a través de la garantía de la calidad y el aprendizaje permanente.

Ajuria destacó la importancia de la acreditación para promover la excelencia en las instituciones educativas para garantizar la calidad de la formación y para la aplicación gradual de una cultura de evaluación y utilizó este tema para mostrar cómo los acuerdos internacionales acabaron por influir las acciones en los países.

Los resultados finales del Seminario

Al cabo de dos días de deliberaciones, los miembros del Mercosur Educativo y del SGT11 ratificaron la necesidad estratégica para el trabajo cooperativo y se comprometieron a establecer una agenda común para ambos grupos, siempre con miras a lograr los objetivos establecidos: promover el desarrollo de actividades conjuntas en el proceso de acreditación para las carreras prioritarias para la salud; fomentar la creación de mecanismos para el análisis y la realización de las propuestas sobre la homologación y la revalidación de las titulaciones; establecer procesos integrales para la habilitación de nuevas carreras en salud; y ampliar el conocimiento acerca de la situación de la formación de técnicos en salud.

En consecuencia, se han establecido cuatro actividades, cuyo progreso se considera fundamental para el desarrollo del trabajo: la formulación de un glosario de términos comunes entre Salud y Educación; el desarrollo de una serie de procesos para su homologación y revalidación de títulos; la preparación de un serie de problemas comunes entre las dos áreas; y la participación en un taller de evaluación del Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias en el Mercosur (ARCUSUR), que será convocada por la Comisión Regional Coordinadora de Educación Superior (CRCES). 🚩

El Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos para la Salud (2006-15) reúne a los debates mantenidos en la VII Reunión Regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud, celebrada en Toronto, Canadá, del 4 al 7 octubre de 2005. El "Llamado a la Acción" tiene como objetivo movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores pertinentes y de la sociedad civil para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud que apunten a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las prioridades nacionales de la salud y al acceso a los servicios de la salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el año 2015.

Salud y Educación: trabajo intersectorial sigue siendo un reto

¿Qué destacaría de positivo en los debates de Asunción?

En primer lugar, el reconocimiento por Mercosur de la necesidad de un plan sectorial para abordar los problemas de la educación y ejercicio profesional de los trabajadores de la salud. Los problemas de trabajo en el sector no pueden ser tratados aisladamente de la formación, ya que se influyen entre sí. Cuando en el Subgrupo de Trabajo de Salud (SGT11) examinamos la cuestión de la armonización de las condiciones de habilitación profesional para facilitar la circulación de trabajadores prevista para 2015, en el marco de un mercado común, nos damos cuenta de que en todos los países del bloque la obtención de un registro profesional mantiene una estrecha relación con las titulaciones y que, a su vez, la obtención de las titulaciones se rige por el sector educativo, con poca participación del sector empleador, que es la salud.

Al mismo tiempo, el Mercosul Educativo, que ha estado trabajando el tema de la acreditación de las carreras de algunas universidades de los cuatro países, ya consigue reconocer que, para graduarse de una universidad en Argentina, un médico pasa por un proceso equivalente a lo experimentado por sus pares brasileños. El punto es que se requiere la intervención del área de Salud para que este reconocimiento ultrapase el contexto de la Educación y pueda llegar para el ejercicio profesional.

En Asunción, conseguimos establecer la ampliación del programa de negociación del SGT11, incorporando profesionales técnicos, que se debatió en una reunión celebrada en Porto Alegre, Brasil, el año pasado. En esa ocasión, los representantes de los países se comprometieron a desarrollar una matriz para poner de relieve la estructura formativa y de trabajo de los técnicos de enfermería, laboratorio clínico, radiología y hemoterapia. Este es un gran desafío, porque como hemos visto en la RETS, la formación se produce en contextos diversos y es muy heterogénea, aunque cuando nos acercamos al ámbito de trabajo, sea posible hallar técnicos de cada área realizando funciones similares. La investigación para el desarrollo de esta matriz, que será de mucha utilidad, está ocurriendo en los cuatro países del bloque.

¿Cuáles son las principales dificultades que usted espera en el cumplimiento de los compromisos contraídos a finales del seminario?

Hay un problema relacionado con la interacción entre los sectores. La construcción de este diálogo es tan compleja que una de las primeras propuestas es la construcción de un glosario común entre Salud y Educación. Los dos sectores actúan dentro de lógicas distintas y tiempos diferentes: la salud queda impregnada por la urgencia, mientras que la educación actúa con procesos a largo plazo. Nosotros que trabajamos en el área de recursos humanos tenemos que aprender a articular estas dos lógicas. Uno de los retos, por lo tanto, es un esfuerzo interinstitucional en el Mercosur, mientras que la misma relación se encuentra en diversos grados de avance en cada país. En Argentina, por ejemplo, nos estamos moviendo de esa manera, pero queda todavía un largo camino por recorrer.

*Isabel Duré es Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de Argentina y punto focal de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del Subgrupo de Trabajo de Salud, el SGT11, del Mercosur.

Otro problema tiene que ver con la disponibilidad que los equipos nacionales tienen para trabajar en las propuestas de la agenda en el período entre reuniones. Aunque los temas no sean ajenos a las agendas de los países, siempre hay aspectos que dependen de investigaciones y recursos adicionales.

¿Aunque la reunión tuvo lugar en el contexto del Mercosur, en qué medida estos temas pueden abordarse dentro de la RETS?

La RETS ocupa un lugar importante en el proceso de visibilidad de los trabajadores técnicos y es una fuente de diseminación e intercambio de información. Mientras que estas discusiones tienen lugar en el Mercosur, debido a las peculiaridades del proceso de integración, los demás países de América Latina también enfrentan problemas de reconocimiento de la formación por parte de otros países de la región.

La revista ha publicado artículos que presentan información sobre la diversidad de la formación de técnicos en los países miembros de la RETS. Tal vez podría ayudar con una primera sistematización o la elaboración de una matriz comparativa que nos permite observar no sólo los itinerarios de formación, sino también las tareas de los técnicos y los requisitos para la certificación. Aunque sabemos que existen diversidad y dificultad de traducir en una síntesis, ese sería un primer paso.

Otra posibilidad es intentar trazar un mapa a través de la RETS de cómo otras regiones han enfrentado casos similares. Por ejemplo, el resultado que los países europeos han tenido en el reconocimiento de las calificaciones de los trabajadores técnicos, las dificultades que han surgido en el camino y cómo ellas se resuelven.

Las presentaciones del 'I Seminario Regional de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en el MERCOSUR' están disponibles en el sitio web de la RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>), en: 'Biblioteca' > 'Eventos'. El texto completo de la publicación 'A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul' está disponible en el sitio web de la RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>), en: 'Biblioteca' > 'Libros'.

Iniciativa de la OMS para ampliar la educación de los profesionales de la salud

En marzo de este año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha una pequeña publicación de sólo 20 páginas para dar a conocer la labor que se lleva a cabo bajo la “Iniciativa para la ampliación transformadora de la educación profesional en salud” para el desarrollo de directrices políticas y técnicas destinadas a mejorar la educación de los profesionales de la salud.

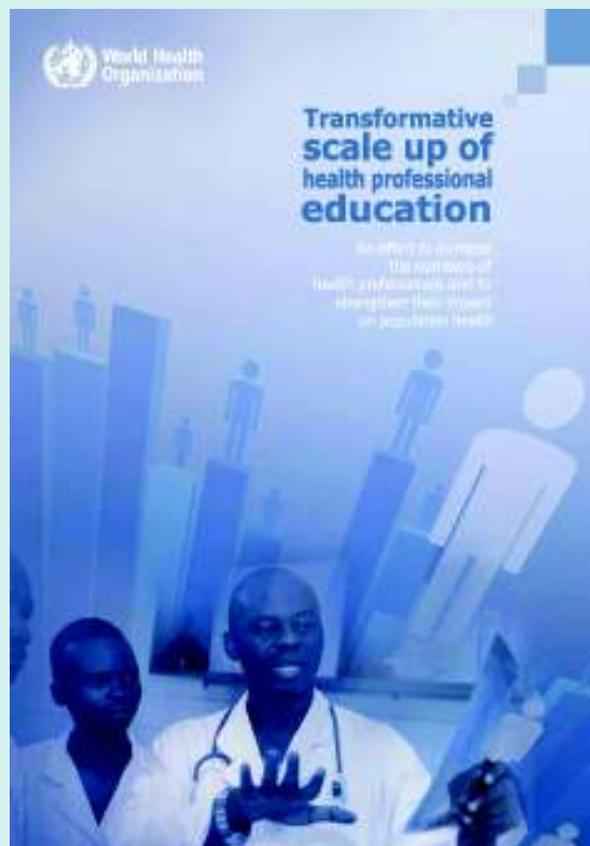
Centrada en las necesidades de salud de las personas, “la ampliación transformadora” implica la reforma simultánea de los sistemas de la educación y la salud con el fin de aumentar la cantidad, calidad y pertinencia de los trabajadores de salud y así ampliar el acceso de la población a los servicios y obtener mejores resultados nacionales en salud.

La idea de diseminar la labor que se está realizando tiene por objeto establecer la participación activa de nuevos actores con los cambios propuestos, ya que es imposible operar cambios tan profundos sin ningún compromiso de las partes interesadas. La preparación de directrices políticas para la ampliación de la educación de los profesionales de la salud destinados tiene por objeto proveer al gobierno y los movimientos sociales herramientas técnicas que pueden ayudar a convertir ideales en acciones concretas y fundadas.

Fuerza laboral de salud: es necesario superar la crisis

El tema de la fuerza laboral de salud comenzó a ganar visibilidad desde hace 2006, cuando se convirtió en el tema del Informe Mundial de la Salud. En ese momento, se identificaron 57 países con menos de 23 profesionales de la salud - médicos, enfermeros y obstétricos - por cada 10 mil habitantes, el mínimo necesario para poder satisfacer las necesidades básicas de salud de la población. En 2008, en el Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, celebrado en Kampala, Uganda, se hicieron varios llamamientos para la implementación de un proceso urgente para el fortalecimiento de la fuerza laboral de salud en estos países, todos bajo la amenaza grave de no poder lograr sus metas de salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, debido a la falta de profesionales de la salud. El reconocimiento definitivo de la importancia de estos trabajadores por los organismos internacionales se produjo en 2010 cuando el secretario general de las Naciones Unidas (ONU), Ban Ki-moon, en el lanzamiento de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y del Niño, destacó la necesidad de establecer sistemas sólidos de salud, cuyos cimientos se asientan en fuerza laboral calificada y con un tamaño adecuado.

Este contexto acabó por establecer la cuestión de los recursos humanos como una prioridad para la OMS, que ha tratado, entre otras cosas, promover la adhesión de los países al Código de Prácticas Mundial sobre Contratación Internacional de Personal de Salud; apoyar a los países en la aplicación de directrices para incrementar el acceso de la población de áreas rurales y apartadas a los trabajadores de salud, así como la retención de estos profesionales en sus puestos de trabajo; apoyar a los observatorios regionales y nacionales en el intercambio de experiencias y conocimientos que puedan apoyar la toma de decisiones basada en la evidencia; y ayudar a los países en la aplicación de las directrices sobre el trabajo en equipo, para que el trabajo realizado por los agentes comunitarios y técnicos de salud sea más valorado en el sistema.



En cuanto a lo específico de la formación de los trabajadores de la salud, la OMS ha desarrollado, con el apoyo de PEPFAR [Plan de Emergencia del Presidente de EE.UU. para la Reducción del SIDA], la “Iniciativa para la ampliación transformadora de la educación profesional en salud”, cuyo objetivo final es apoyar y promover la mejora de los sistemas nacionales de salud para que respondan a las necesidades de los individuos y las poblaciones de manera equitativa y eficiente, mediante la mejora de la formación de la fuerza laboral para el sector.

Un largo proceso de búsqueda de consenso y adhesión

Siempre que los Estados miembros, las instituciones aparceras y otras partes interesadas piden a la OMS para desarrollar orientaciones técnicas y políticas sobre un tema concreto, se inicia un estudio realizado en varias etapas: consulta, recopilación de pruebas, análisis y construcción del consenso. Después de definir las directrices por establecer, corresponde a la OMS apoyar a los países que opten

por ponerlas en práctica, así como participar en los procesos de seguimiento y evaluación del proceso de aplicación.

El trabajo de desarrollo de las directrices que buscan mejorar la calidad de la formación profesional en salud comenzó en 2009, con una amplia consulta que involucró los representantes de los principales interesados ??- médicos, enfermeros, parteras, usuarios del servicio, gerentes, formuladores de políticas y aparceros en el desarrollo, entre otros. En 2010, se realizaron dos reuniones técnicas de los Grupos de Referencia, cuyos informes están disponibles en la "Iniciativa" (<http://www.who.int/hrh/education/initiatives>). A principios de este año, se formó un grupo responsable para la evaluación de las pruebas recopiladas y el desarrollo de un proyecto inicial de recomendaciones que se comparten en varias ocasiones con los Grupos Técnicos de Referencia para la inclusión de sugerencias y la búsqueda de consenso.

Este conjunto de directrices, dirigidas principalmente a la formación de profesionales de nivel superior universitario, será el primero de una serie cuyo objetivo es promover la ampliación transformadora de la educación de una amplia gama de trabajadores de la salud, incluso los agentes comunitarios y el personal de nivel medio.

Cantidad, calidad y pertinencia

Según la OMS, formar a más médicos, enfermeros, obstétricos y otros profesionales de la salud es urgente y esencial. Sin embargo, ello no es suficiente. Cualquier intento de superar la crisis actual debe considerar principalmente tres dimensiones del problema: cantidad, calidad y pertinencia de la fuerza laboral de salud.

En cuanto a la cantidad, se necesita superar la escasez mundial de profesionales de la salud, que es más grave en los países de medianos y bajos ingresos. Según la OMS, hay cerca de 230 médicos por cada 100 mil personas en los Estados Unidos, pero sólo el 1,1 en Malawi. En conjunto, África subsahariana es la región del mundo que tiene la menor proporción de profesionales de la salud por habitantes - cerca de uno por cada mil personas - a pesar de tener la mayor carga de enfermedades. La situación no es muy

diferente en los países. En Sudáfrica, por ejemplo, las áreas rurales albergan al 46% de la población, pero sólo el 12% de los médicos y el 19% de los enfermeros.

Las malas condiciones laborales y los bajos salarios también dificultan la permanencia de los profesionales en sus puestos de trabajo y acaban por estimular la búsqueda de empleos en el extranjero. Por otra parte, muchos sistemas nacionales de salud no pueden aprovechar a los profesionales que se gradúan en el país por falta de recursos financieros para contratarlos y apoyarlos. La limitada capacidad de formación de nuevos trabajadores en los países más pobres y la baja inversión en la educación de estos trabajadores - menos del 2% del gasto total en salud global - son también cuestiones que deben ser consideradas.

Sin embargo, el problema no se resolverá simplemente aumentando el número de profesionales disponibles. También es necesario que estos trabajadores sean técnicamente competentes y capaces de trabajar en equipo, adaptando sus prácticas a los ambientes que cambian continuamente o implementando cambios donde y cuando sean necesarios. Sin embargo, para que esto ocurra, las instituciones educativas deben contar con una infraestructura y un equipo adecuados, un número suficiente de profesores, métodos de enseñanza más coherentes con la realidad de la salud y contenido menos estático y fragmentado. Es necesario reglamentar la formación y crear y normalizar mecanismos que garanticen la calidad de la educación, especialmente en el sector privado. Según la OMS, no se puede más vivir con situaciones similares a las Filipinas, donde se aprobaron menos del 40% de los casi 95.000 graduados de enfermería en los exámenes profesionales.

Queda claro a la OMS que los profesionales de la salud incluso bien capacitados pueden estar mal preparados para enfrentar los desafíos que se presentan en su trabajo diario. Para evitar que esto suceda es necesario añadir la información adicional con respecto a la realidad de la salud de su país y de su ubicación al contenido científico de su proceso educativo. Por ejemplo, no es comprensible que en los países donde la mayoría de la población

tiene acceso al nivel primario del sistema y sólo una pequeña parte recibe atención en los niveles más complejos se capacitó a más especialistas que los médicos generales. Por lo tanto, la reorientación de la educación de los profesionales de la salud no sólo debe considerar la calidad, sino buscar un equilibrio adecuado entre la excelencia mundial y la pertinencia local.

Otro factor que, según la OMS, se debe tener en cuenta es que los profesionales de la salud que no representan a la población en términos de idioma, origen étnico u otros factores sociales y demográficos tienen más dificultades de comprender y atender las necesidades específicas de las comunidades. Por ello, se recomienda crear oportunidades de contratación para los estudiantes que tradicionalmente, por falta de recursos, tienen más dificultades para asistir a cursos de formación en salud.

Cambios dependen de un trabajo intersectorial

Según la OMS, queda claro que la raíz de la crisis actual es la separación estructural entre los sistemas de la educación y la salud, generando una gran distorsión entre las necesidades de los sistemas nacionales de salud y las características de los graduados de cursos de formación para del sector. A nivel gubernamental, es crucial buscar una mayor armonización entre las instituciones de educación y salud a todos los niveles, pero también es necesario contar con la participación de la financiación y el empleo. El proceso debe añadir aún las diversas asociaciones profesionales y órganos que realizan funciones de reglamentación y evaluación de la calidad, así como representantes de instituciones privadas, con fines de lucro o no, especialmente en los países donde tienen presencia significativa en la prestación de servicios de educación y salud.

Y si el esfuerzo está dirigido a una ampliación cualitativa de la educación de los profesionales de la salud con el objetivo de fortalecer los sistemas de atención, es imprescindible involucrar a la población como un usuario de este sistema y seguir recibiendo el apoyo político y financiero de la comunidad internacional. 📌

RETS-UNASUR, RESP e RINS, tres cadenas y un solo objetivo: fortalecer la educación de los trabajadores de la salud en Suramérica

En una reunión celebrada en Asunción, Paraguay los días 30 y 31 de marzo y 01 de abril de este año, los representantes de los países miembros de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) firmaron el acta de creación más reciente de la Red creada en la organización: la Red de Escuelas de Salud Pública (RESP), que se une a la actual Red de Escuelas Técnicas de Salud (RETS-UNASUR) y la Red de Institutos Nacionales de Salud (RINS). La reunión incluyó delegaciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

La coordinación de la RESP se ha entregado al Ministerio de Salud de Paraguay, a través de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos para la Salud, quedando al Ministerio de Salud de Uruguay la coordinación alterna. La Secretaria Ejecutiva de la nueva red operará en Brasil en la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). La creación de la RESP, así como de RETS-UNASUR y RINS, responde a la instrucción de crear redes de **instituciones de estructuración** de los sistemas nacionales de salud, tal como se expresa en la Resolución 07/09 de la 3ª Reunión Extraordinaria del Consejo celebrada en noviembre de 2009 en Guayaquil, Ecuador.

Instituciones que puedan contribuir al desarrollo de sistemas y servicios de salud de manera eficaz, eficiente y sostenible o capacitar a los profesionales de la salud y administrar los conocimientos que faciliten la toma de decisiones en los sistemas de salud.

La formación de los trabajadores en salud es una prioridad para UNASUR

La idea de la creación de UNASUR aparece por primera vez en la Declaración de Cuzco, firmada en diciembre de 2004 durante la III Reunión de Presidentes de Suramérica. Sin embargo, sólo en mayo de 2008, durante una reunión de Jefes de Estado y de Gobierno en Brasilia, capital de Brasil, UNASUR se constituyó formalmente, con el objetivo de “construir de manera participativa y consensuada un espacio de integración y unidad en el ámbito cultural, social, económico y político entre sus pueblos, priorizando el diálogo político, las políticas sociales, la educación, la energía, la infraestructura, la financiación y el medio ambiente, entre otros, con miras a eliminar la desigualdad socioeconómica, lograr la inclusión social y la participación ciudadana, fortalecer la democracia y reducir las asimetrías en el marco del fortalecimiento de la soberanía y la independencia de los Estados”.

En diciembre de ese año, para facilitar la adopción de medidas conjuntas para el sector salud, se creó el Consejo Suramericano de Salud (UNASUR-SALUD), formado por los ministros de la industria. En la misma ocasión, los Jefes de Estado y de Gobierno de Suramérica establecieron la Agenda Suramericana de Salud, con base en cinco prioridades: (1) establecimiento de un escudo epidemiológico suramericano; (2) desarrollo de sistemas de salud universales y equitativos; (3) acceso universal a los medicamentos y otros insumos de salud; (4) promoción de la salud y enfrentamiento conjunto de sus determinantes sociales; y (5) fortalecimiento de la formación y gestión de recursos humanos en salud. Se establecieron también Grupos Técnicos (GTs) responsables de las actividades de cada eje, entre los cuales, el Grupo Técnico para el Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos (GTRRHU-UNASUR).

RESP: el primer paso es mapear la situación de las Escuelas de Salud Pública

De acuerdo con la Declaración de Asunción, documento final de la reunión, la creación de la RESP se basa en la necesidad de fortalecimiento y consolidación de UNASUR como un espacio de integración en salud que pueda unir los esfuerzos y los logros de los diferentes entornos regionales y subregionales en busca de una mejor calidad de vida de la población, equidad en el acceso a la salud, desarrollo de los

sistemas de salud y promoción de políticas y objetivos comunes entre los países miembros.

En este sentido, el documento reitera el compromiso de la Red a la mejora de las condiciones de salud de la población de Suramérica en su conjunto y en cada país, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud, para el desarrollo de los sistemas nacionales de atención y para la realización del Plan Quinquenal 2011-2015 de UNASUR-Salud.

Los firmantes de la Declaración también reafirmaron la responsabilidad

de la RESP con la formación de trabajadores por las Escuelas de Salud Pública u otros espacios de educación para los sistemas de salud de la región, con la producción y gestión del conocimiento y con el apoyo y la realización de una investigación científica oportuna. El primer objetivo estratégico establecido de la Red consiste en mapear y hacer un diagnóstico de las escuelas de salud pública en la región.

Durante el evento, el Viceministro de Salud de Paraguay, Edgar Giménez, dijo que el gran desafío de la RESP es promover un proceso de integración altamente funcional y con un impacto medible. La red debe ser compatible con los pilares de la ética, la política y la tecnología, siempre teniendo en cuenta la identidad de cada país, la pertinencia y la búsqueda de la excelencia de la red.

Al final de la reunión, Giménez señaló que la creación de la RESP tiende a favorecer la aparición de un entorno propicio para el intercambio de profesores, estudiantes, información y herramientas, así como la inclusión de tecnología de la información y la comunicación virtual para promover la salud pública.

RINS: apoyo y trabajo conjunto con las otras redes de UNASUR

La 1ª Reunión de los Institutos Nacionales de Salud de las Naciones Suramericanas se llevó a cabo el 9, 10 y 11 de marzo de 2010 en Lima, Perú, con la participación de representantes de instituciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Surinam y Venezuela, así como varias organizaciones internacionales como la OPS/OMS, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI), la Red Andina de Institutos de Salud (RAIS) y la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID). Además, participaron profesionales del Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú y miembros del Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos de UNASUR-Salud.

En la reunión se estableció la Red de Institutos Nacionales de Salud en Suramérica (RINS) como una estrategia para el fortalecimiento de los propios institutos y su completo desarrollo como instituciones de estructuración de los sistemas nacionales de salud, así como para facilitar el desarrollo de procesos integrados para la solución de los problemas de salud del continente suramericano. En ese momento, los Institutos Nacionales de Salud se comprometieron públicamente a la aplicación de la RINS y el desarrollo de los objetivos expresados en el Plan Quinquenal de UNASUR-Salud, a través de la celebración de su propio Plan Quinquenal (PQ-RINS), cuya versión preliminar sería presentada hasta septiembre de 2010. La Coordinación General de RINS será ejercida por el Instituto Nacional de Salud del Perú y la Secretaría Ejecutiva trabajará en la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) por un período de dos años.

Hacen parte de RINS-UNASUR instituciones públicas de los Ministerios de Salud de los Estados miembros, que cumplen un papel estratégico para los sistemas de salud en las áreas de: investigación y desarrollo científico y tecnológico en salud; vigilancia en salud epidemiología, sanitaria y ambiental; educación y formación de los trabajadores en la industria; control de calidad de medicamentos y otros insumos y productos de salud; diagnóstico de laboratorio de referencia; producción de insumos estratégicos de salud; preservación del patrimonio biológico o cultural de salud, información y comunicación en salud; regulación de la investigación en salud; promoción de la salud y la atención de referencia, entre otros.

El PQ-RINS se basó en cinco ejes de la Agenda de Salud de UNASUR. Con respecto al punto 5 - recursos humanos -, el objetivo estratégico de RINS consiste en educar y capacitar a los trabajadores de la salud en la región. El punto incluye dos macro-proyectos: el Plan Regional de Educación y Capacitación en Salud, que se desarrollará conjuntamente con el **Instituto Suramericano de Gobierno en Salud** (ISAGS) y con las otras redes de UNASUR; y el fomento para la creación de publicaciones científicas en el contexto editorial regional. La idea es desarrollar acciones de

Agencia pública multinacional perteneciente a los gobiernos signatarios de la UNASUR. Tendrá su sede en Río de Janeiro, Brasil, y su objetivo es desarrollar recursos humanos estratégicos y liderazgo en el área de la salud y promover la buena gobernanza de los sistemas de salud de los países miembros.



cooperación para la creación y el fortalecimiento de las Escuelas de Salud Pública y Escuelas Técnicas de Salud y de sus redes respectivas en UNASUR, así como establecer un plan regional de posgrado en áreas estratégicas para los sistemas de Salud y Ciencia y Tecnología en Salud.

RETS-UNASUR: una subred de la RETS

La Red de Escuelas Técnicas de UNASUR (RETS-UNASUR) se constituyó oficialmente durante la 2ª Asamblea General de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS), llevada a cabo el 9, 10 y 11 de diciembre de 2009 en Río de Janeiro, con la presencia de representantes de instituciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Surinam y Uruguay, así como de la OPS/OMS. La RETS-UNASUR fue conformada como una red de intercambio institucional vinculada a la RETS y coordinada por la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio de la Fundación Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

La RETS-UNASUR está compuesta por organismos gubernamentales encargados de la formulación de políticas para la educación de los técnicos en salud y por las instituciones educativas que ejecutan programas de capacitación para trabajadores técnicos en la salud indicadas por los Ministerios de Salud de los Estados miembros de UNASUR. Su objetivo general es fortalecer el ámbito de la formación de los trabajadores técnicos en salud en los países de Suramérica a través del intercambio de experiencias y el desarrollo de la cooperación técnica destinada a ampliar y mejorar las actividades de enseñanza, la investigación y el desarrollo tecnológico, siempre con el fin de mejorar los sistemas nacionales de salud con el fin de adaptarlos a las necesidades de sus poblaciones.

Con este objetivo, las instituciones se comprometen a:

- articular con sus contrapartes de recursos humanos de los Estados Miembros para asegurar la convergencia de acciones en la formación de técnicos en salud;
- promover la cooperación técnica entre sus pares y con otras agencias de servicio, enseñanza, investigación y servicios relacionados, y
- desarrollar y mantener sistemas de monitoreo de la fuerza laboral y la formación de trabajadores técnicos.

De acuerdo con el Plan de Trabajo establecido para la RETS-UNASUR, los cuatro objetivos específicos de la red son:

1. Supervisar y sistematiza de forma permanente la información relativa a la formación de los trabajadores técnicos de la salud y su interrelación con la organización del trabajo en salud, con el fin de facilitar la identificación de las tendencias y las necesidades educativas y habilitar el apoyo a la definición de las políticas públicas para el área;
2. Promover la cooperación técnica y científica entre las instituciones miembros para el desarrollo de propuestas educativas, proyectos de currículos, cursos, materiales didácticos, metodologías y capacitación docente en las áreas prioritarias, buscando alternativas y experiencias que puedan ser compartidas;
3. Desarrollar mecanismos que faciliten la producción, disseminación y sistematización de la información y la comunicación en el área de educación para los técnicos en salud entre los miembros de la red; y
4. Fomentar el desarrollo de la investigación entre las instituciones miembros en la interfaz de las áreas de Salud, Educación y Trabajo a fin de ampliar y fortalecer su enseñanza y la cooperación técnica.

La creación de RETS-UNASUR y RINS fue reconocida oficialmente durante la 2ª Reunión Ordinaria del Consejo Suramericano de Salud (UNASUR-SALUD) celebrada el 29 y 30 de abril de 2010 en Cuenca, Ecuador. ■

Lanzado oficialmente el núcleo Paraguay de CVSP

El 3 de mayo se celebró una ceremonia del lanzamiento oficial del Campus Virtual de Salud Pública del Paraguay (CVSP-Paraguay) - una red para crear, compartir y colaborar en los procesos educativos de Salud Pública. El evento contó con la presencia de las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y técnicos de la OPS/OMS. En la página CVSP-Paraguay (<http://portal.campusvirtualsp.org> > Paraguay) se diseminarán noticias de interés para profesionales y estudiantes del área e información sobre investigación, eventos y programas académicos de las instituciones de formación más importantes del país.

El Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) es una red de personas e instituciones cuya finalidad es facilitar la gestión de la información y la comunicación para mejorar la formación individual y el desarrollo de capacidades institucionales en salud pública. Resultado de una alianza entre la OPS y los países de la región, el CVSP es un espacio para la cooperación interdisciplinaria en el ámbito de la formación, un espacio de comunicación y aprendizaje que permite:

- La gestión de los conocimientos actuales disponibles, a fin de incorporar y mantener la actualización de los programas de educación permanente en salud;
- El intercambio de información sobre los principios, métodos, esquemas operacionales y lecciones aprendidas en las experiencias regionales, subregionales, nacionales e institucionales;
- La promoción y el apoyo a las estrategias alternativas de cooperación en red regionales, subregionales, nacionales e institucionales;
- La validación y la adquisición de experiencia en las iniciativas de enseñanza, servicios e investigaciones construidas en diferentes niveles;
- La identificación de nuevos recursos y espacios internacionales y nacionales de cooperación técnica.

Con el lanzamiento, otros 10 núcleos se unen al CVSP Regional, y son: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Paraguay, Perú y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

RELACIÓN DE INSTITUCIONES DA RETS

ÁFRICA

Angola

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

Escola 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

Escola 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

Escola 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

Escola 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

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

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

Escola 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

Escola 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 Tecnicas 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

Escola 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

Asociación Portuguesa de Técnicos de Patología
(APTAP)
<http://www.aptap.pt/index.htm>

Escola Superior de Tecnologia de la Salud de
Lisboa (ESTeSL)
(351) 218 980 400 / (351) 218 980 460 (Fax)

Instituto de Higiene y Medicina Tropical (IHMT)
(351) 213 652 600 / (351) 213 632 105 (Fax)

Escola Superior de Salud - Cruz Roja Portuguesa
(351) 213 616 790 / (351) 213 616 799 (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)

La Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS) es una articulación entre instituciones y organizaciones comprometidas con la formación y calificación de personal técnico del área de salud en Latinoamérica, Caribe, Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (Palop) y Portugal, que tiene como objetivo el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. Basada en el principio de que la calificación de los trabajadores es una dimensión fundamental para la implementación de políticas públicas que atiendan a las necesidades de salud de la población de cada país-miembro.

