

Revista

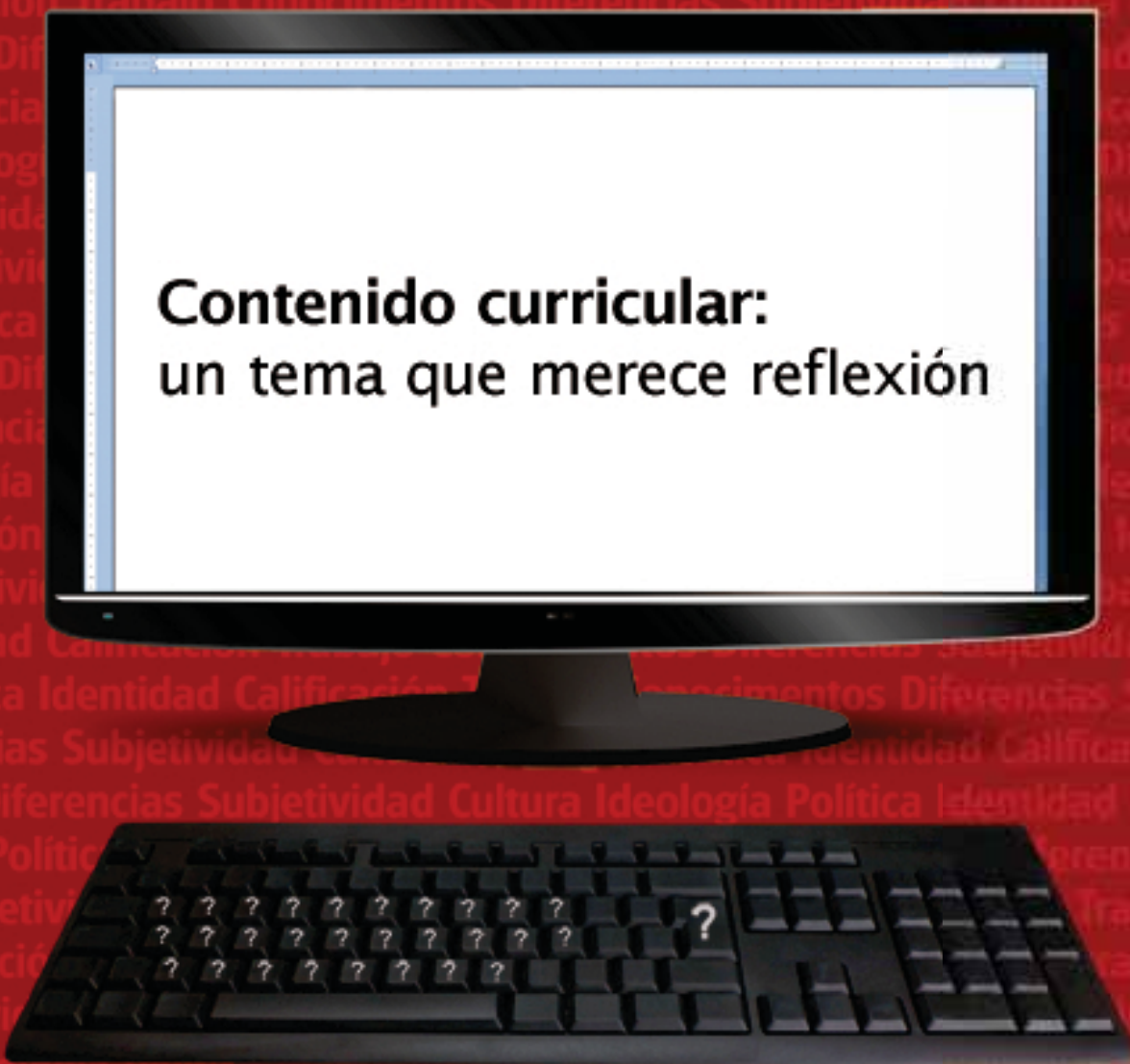
# RETS

Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

Bilingual edition  
English Spanish

ENTREVISTA  
La importancia  
del 3<sup>er</sup> Foro  
Mundial de RHS

URUGUAY  
Las carreras  
técnicas del  
área de la Salud



**Contenido curricular:  
un tema que merece reflexión**

# SUMARIO

2

## ENTREVISTA

Roberto Esteves, que presta apoyo a la organización del III Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, habla de los preparativos

5

## NOTICIAS DE LA RED

6

## PORTADA

Educación de técnicos en salud: una atención especial a los currículos (parte 1)

10

## INFORMACIÓN EN SALUD

Técnico en Registro e Información en Salud: formación debe estar de acuerdo con la importancia de la función

14

## TÉCNICOS EN SALUD EN EL MUNDO

Uruguay (parte 2)

2<sup>a</sup>  
Reunión de la  
RETS-Unasul

2<sup>a</sup>  
Reunión de la  
RETS-CPLP

3<sup>a</sup>  
Reunión  
General de la  
RETS

“La red como espacio de producción de conocimiento sobre la educación y el trabajo de los técnicos en salud”

7 y 8 de noviembre de 2013,  
Recife, Brasil

MÁS INFORMACIONES  
+ 55 (21) 3865-9735 – [rets@fiocruz.br](mailto:rets@fiocruz.br)

Estimado lector, la gran noticia de esta edición es la confirmación de la 3ª Reunión General de la RETS, que será realizada los días 7 y 8 de noviembre, en la ciudad de Recife, en Brasil, juntamente con la 2ª Reunión de sus dos subredes: RETS-CPLP y RETS-Unasur. Además de una excelente oportunidad de encuentro entre los miembros, el evento representa un momento privilegiado para evaluar el trabajo que se viene desarrollando en los últimos cuatro años y discutir estrategias que permitan la continuidad e, inclusive, el fortalecimiento de la iniciativa, cuya historia comenzó en México, en 1996.

La RETS fue creada como respuesta al resultado de un gran estudio sobre la educación de técnicos en salud en las Américas que fue coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). La idea era que la red funcionase como un espacio de producción y difusión de conocimientos para orientar y ofrecer una base más sólida para la elaboración de políticas públicas orientadas a la formación y al trabajo de los técnicos en salud. Infelizmente hubo pocos cambios en el escenario identificado en aquel momento y los trabajadores técnicos en salud aún enfrentan grandes dificultades.

¿Qué podemos hacer para retomar los orígenes de la Red? ¿Cómo tornar nuestro trabajo más efectivo? ¿Cómo dar visibilidad a esos trabajadores que forman la base de los sistemas nacionales de salud y que muchas veces son ignorados por las autoridades y por los formuladores de políticas para el sector? ¿Qué hacer para superar los grandes desafíos inherentes al trabajo en red, como la dispersión de sus enlaces y las dificultades de contacto? Esas son algunas de las preguntas que la Reunión, cuyos preparativos están apenas comenzando, intentará responder. Para eso, entretanto, es necesario que todos sus miembros participen de las discusiones preliminares y contribuyan con sugerencias que puedan enriquecer el encuentro presencial.

Además, la revista contiene más informaciones sobre el 3er Foro Global de Recursos Humanos en Salud (Third Global Forum on Human Resources for Health) en una entrevista con Roberto Esteves, investigador de la Universidad Abierta del Sistema Único de Salud (UNA-SUS) de Brasil, que trabaja junto con el profesor Francisco Campos, Secretario Ejecutivo de la UNA-SUS y miembro del Consejo de la Alianza para la Fuerza de Trabajo en Salud (GHWA), en la organización del 3er Foro; un reportaje sobre la importancia de la información para el sector salud y el papel que los técnicos pueden desempeñar en esa área; y la segunda parte del reportaje sobre la educación de técnicos en salud en Uruguay. Como tema de la portada la revista trata la cuestión de los currículos en los cursos de formación de esos trabajadores y presenta algunas reflexiones importantes para todos aquellos que se interesan por el asunto.

Les deseamos una buena lectura!

Secretaría Ejecutiva de la RETS

## EXPEDIENTE

Año 4 – N° 16 – abr./may./jun. 2013  
La Revista RETS es una publicación trimestral editada por la Secretaría Ejecutiva de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud.  
E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

### CONSEJO EDITORIAL

Carlos Planel  
(EUTM/Udelar – Uruguay)  
Carlos Einisman  
(AATMN – Argentina)  
César Alfaro Redondo  
(ETS-UCR – Costa Rica)  
Elba Oliveira  
(ENS-La Paz – Bolivia)  
Isabel Araújo  
(UniCV – Cabo Verde)

### REVISTA RETS

Ana Beatriz de Noronha MTB25014/RJ  
(editora)  
Elisandra Galvão (periodista)

Simone Selles (passante de periodismo)  
Marcelo Paixão (deseñador)  
Zé Luiz Fonseca (deseñador)  
Maycon Gomes (deseñador y imágenes)

### TRADUCCIÓN

Atelier das Letras (Juana Portugal)

### TIRADA

2.000 ejemplares

### IMPRESIÓN

J. Sholna

### SECRETARÍA EJECUTIVA DE LA RETS

Escola Politécnica de Saúde

Joaquim Venâncio

Paulo César de Castro Ribeiro (director)

### COORDENACIÓN DE COPERACIÓN

INTERNACIONAL

Grácia Maria de Miranda Gondim  
(coordinadora)

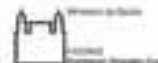
Ana Beatriz de Noronha  
Kelly Robert  
Carolina Viana Dantas  
Elisandra Galvão  
Simone Selles

### DIRECCIÓN

Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio  
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos -  
Rio de Janeiro - RJ - 21040-360  
Phones: 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



*Roberto Esteves*

# “El 3<sup>er</sup> Foro Mundial buscará recolocar el tema de los RHS como esencia de la construcción de cualquier sistema de salud”

*Por Elisandra Galvão*

OPS/OMS



Roberto Esteves es médico sanitarista, tiene maestría en salud pública por la Universidad de Yale y fue consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Actualmente es becario investigador de la Universidad Abierta del Sistema Único de Salud (UNA-SUS) de Brasil, donde apoya el área internacional y acompaña – junto con el profesor Francisco Campos, secretario ejecutivo de la UNA-SUS y miembro del Consejo de la Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario (Global Health Workforce Alliance – GHWA, en inglés) – la organización del 3<sup>er</sup> Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, a ser realizado del 10 al 13 de noviembre de este año, en la ciudad de Recife (Pernambuco), en Brasil. En esta entrevista Esteves analiza los dos primeros foros, realizados en África y Asia, la cuestión de los recursos humanos en salud (RHS) en el mundo, la movilización de la GHWA para el evento y los ejes de discusión previstos.

**En 2006, el Informe Mundial de la Salud sirvió de alerta para la cuestión de los RHS en el mundo, resaltando la importancia de la fuerza de trabajo para el sector salud, pero también el déficit y la mala distribución de los trabajadores, la migración sin control y la formación en descompás con las necesidades de los sistemas de atención en casi todo el mundo. ¿En estos años el escenario cambió o los problemas aún son los mismos?**

El Informe fue un marco pues colocó el asunto de las discusiones macro de políticas de salud en ambiente nacional e internacional. Había debates sobre algunas cuestiones importantes para la gestión de los sistemas de salud, como la tendencia a la verticalización de programas y el acceso a medicamentos, así como una gran preocupación con los aspectos socioeconómicos de la asistencia a la salud. No había, entretanto, una reflexión mayor sobre la fuerza de trabajo, uno de los componentes fundamentales de los sistemas de salud, sean privados o públicos.

Entre los innumerables temas abordados en el informe estaba el de la migración de trabajadores de la salud, tanto en dirección a polos de atracción importantes en los pa-

íses desarrollados cuanto entre los países en desarrollo, debido a cambios en las coyunturas económicas o sociales en los países, que generaban flujos muchas veces inesperados, sin que hubiera registros de control o mecanismos de compensación. A partir de ahí ese aspecto ganó relevancia en el escenario internacional y pasó a ser una bandera que resultó en la aprobación del Código Internacional de Reclutamiento Ético del Personal de la Salud, por parte de la 63<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (AMS), en mayo de 2010.

Ese fue un cambio muy importante. Hoy, aunque necesiten ser perfeccionados, ya existen mecanismos un poco más definidos de monitoreo de los flujos migratorios de trabajadores de salud. Hay también algunas formas de compensación de los países importadores de personal, sancionadas por la comunidad internacional. Necesitamos tener presente que la migración no es necesariamente un aspecto negativo. Innumerables estudios muestran que la migración es, en general, positiva para el propio emigrante, que encuentra mejores condiciones de trabajo y de remuneración por su esfuerzo, y también para los países donadores, porque ese emigrante envía remesas substantivas de su ordenado a su país de origen, ayudando a dinamizar economías locales. Las discusiones sobre ese asunto, por lo tanto, deben considerar todas esas cuestiones, buscando perfeccionar los sistemas nacionales de salud de los diferentes países.

Por otro lado, continuamos enfrentando muchos de los problemas diagnosticados y descritos en el Informe. Un caso



típico es la cuestión de la mala distribución de la fuerza de trabajo en salud en el ámbito de los propios países, y no apenas entre ellos, lo que es bastante grave en algunos casos, inclusive en Brasil.

### **La creación de la GHWA fue uno de los intentos de mantener ese tema en discusión y de reunir esfuerzos para el enfrentamiento de las dificultades que el sector presentaba. ¿Cómo analiza usted el trabajo realizado por la Alianza en este período?**

La GHWA es una asociación que tuvo un papel protagonista desde el año de su fundación, en 2006, por ser una asociación poco experimentada en el universo de la OMS. Después de su creación surgieron otros órganos semejantes, que buscan reunir diferentes grupos de interés en un determinado tema. En el caso de la GHWA, están reunidos no apenas los gobiernos nacionales y organismos internacionales, sino también la propia OMS, el Banco Mundial y diversas asociaciones de la sociedad civil, fundaciones y organizaciones no gubernamentales relacionadas con las cuestiones de los recursos humanos en salud, bien como los trabajadores de la salud de médicos y enfermeros a técnicos de varias formaciones y agentes comunitarios – que participan de esas instancias. En ese sentido, la GHWA es particularmente relevante, pues busca empoderar a todos los trabajadores de la salud. En los Foros Mundiales, por ejemplo, el trabajo de los agentes comunitarios de salud, en los países que adoptaran modelos semejantes de atención, ha sido bastante destacado.

El papel de la GHWA también fue fundamental porque desvió la discusión de los aspectos gerenciales, aún de difícil enfrentamiento, para la perspectiva de los trabajadores de la salud, aquellos que están en la línea de frente de la asistencia, de la prevención y de la promoción. El trabajo de la Alianza tiene como objetivo sistematizar todas las diferentes experiencias, además de promover, defender y servir de plataforma de expresión para diferentes grupos, especialmente los menos representados y con menor poder de influencia.

### **¿Cuál es la importancia de los foros globales de RHS en ese contexto?**

Entre muchas otras cosas, los foros representan una estrategia primordial para mantener la cuestión de los recursos humanos de la salud en la agenda internacional de políticas para el sector.

### **El Foro Mundial de RHS es un evento de grandes proporciones y, a pesar de ser restringido apenas a invitados, siempre crea grandes expectativas para aquellos que se interesan por el tema. ¿Qué destacarías de positivo en el legado de las ediciones anteriores (Kampala y Bangkok)?**

Haber escogido África, más específicamente Kampala, capital de Uganda, como sede del primer foro, realizado en 2008, ya tuvo, de por sí, un simbolismo muy grande. El evento acabó representando un momento especial para la discusión del tema y para la defensa de la idea de que todo ciudadano debería tener acceso a un trabajador de salud calificado, motivado y preparado para prestar los cuidados de salud. Los desafíos colocados en Kampala acabaron por establecer la Agenda para la Acción Global, con una serie de objetivos para los países y los demás actores comprometidos con la búsqueda de una solución para los problemas señalados en el Informe de la OMS y en otros documentos sobre recursos humanos en salud. El Foro de Kampala, por lo tanto, fue un marco porque estableció las bases para la discusión, perfeccionando lo que había sido hecho por el Informe. Su legado fue la Declaración de Kampala y la Agenda para la Acción Global.

En 2011, en el Foro de Bangkok, fueron analizados los progresos realizados hasta aquel momento, presentadas experiencias exitosas de enfrentamiento de los problemas señalados y renovados ciertos compromisos, para que estuviesen coordinados con otra agenda importante, la de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs). En Bangkok también fue celebrada la aprobación del Código de Reclutamiento.

Más que intentar señalar soluciones para los problemas conocidos, el Foro de Bangkok buscó hacer un diagnóstico más profundo del contexto, con especial atención a los países considerados más frágiles por el Informe de la OMS, y una de las estrategias utilizadas fue la Country Coordination and Facilitation (CCF) – Facilitación y cooperación entre los países –, que significa colocar en una mesa de discusión los diferentes actores que pueden interferir en las cuestiones referentes a los recursos humanos en salud. Esto es, traer al debate no apenas los ministerios de la Salud de los países, los anfitriones naturales de esas discusiones, sino incluir a los ministerios de Economía, del Trabajo, de la Educación y del Servicio Civil. Es necesario reunirlos para encontrar respuestas concretas y pactadas de acción para enfrentar los problemas de RHS.

### **De forma general, cuando se trata de la cuestión de los RHS en los espacios políticos e institucionales, el enfoque es casi siempre en los denominados profesionales de la salud – médicos, enfermeros y odontólogos –, a pesar de la propia OMS reconocer que la base de los sistemas es formada por los trabajadores técnicos, o como la OMS equivocadamente nombra, ‘mid-level workers’. ¿Es posible decir que los foros tienen la costumbre de reproducir ese paradigma o las directrices, los temas y la programación de los eventos reflejan alguna preocupación de los organizadores con ese segmento de los trabajadores de la salud?**

Los foros globales de RHS han presentado un diseño diferenciado con relación a otros encuentros de salud pública. En Bangkok se destacó la cuestión del trabajador técnico, el trabajador de la base de la asistencia a la salud en los diferentes sistemas. No podemos olvidar que todos esos procesos de discusión y de concertación pública de políticas acaban reflejando la presión que las esferas de la opinión pública hacen sobre las autoridades nacionales; y actualmente una de esas demandas ha sido el suministro de profesionales de salud, no limitándose a los de nivel técnico o a los agentes comunitarios. En muchos países, inclusive algunos que ya consiguieron formar una base de acceso a las acciones de salud con trabajadores técnicos o inclusive con agentes comunitarios, la población reclama de la falta de enfermeros y, especialmente, médicos. Es inevitable, por lo tanto, que las discusiones vuelvan a la cuestión sobre como proveer el acceso de la población a los denominados profesionales de salud.

Se debe dar continuidad a todas esas discusiones de una forma no maniqueísta, es decir, sin considerar técnicos versus profesionales de salud, y comprendiendo la importancia de todas las categorías de los trabajadores de salud. Vale destacar que en Brasil existe un movimiento para que el trabajador de nivel medio también sea visto como un profesional de salud, algo difícil de acontecer en muchos de los países o en contextos culturales en los cuales el trabajo de los agentes comunitarios de salud es voluntario.

**¿Qué pueden esperar los técnicos de salud de esta tercera edición del Foro en lo que se refiere a las discusiones sobre educación y trabajo específicas para su segmento profesional? ¿Cómo son seleccionados los invitados y de qué forma los trabajadores técnicos, siempre tan invisibles para las autoridades y gestores, estarán representados en el Foro?**

No sabría decir si ellos tienen alguna representación específica porque la participación en el 3er Foro es consensuada por el Comité Organizador del cual Brasil, representado por la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud, que participa como uno de los patronos del evento, juntamente con la GHWA, la OMS y la OPS. La selección de los invitados es realizada por los patronos y demás miembros del Comité y seguramente hay representantes de todos los segmentos de la fuerza de trabajo en salud y de organizaciones de la sociedad civil que contribuyen para la organización del Foro. Espero que la presencia de los técnicos se concrete porque, según las negociaciones realizadas hasta ahora, 500 personas (un tercio de los invitados) serán de Brasil.

**El tema del Foro – Recursos humanos para la salud: base para una cobertura sanitaria universal y para el programa de desarrollo post 2015 – refleja la gran preocupación con la salud global y ya fue considerado fundamental por la ONU. ¿Qué podemos hacer en el área de formación de recursos humanos para que ese tema no sea apenas un slogan, como lo fue “Salud para todos”, o que se transforme en una carta de intenciones a más? ¿Durante el evento habrá algún momento de evaluación y debate sobre lo que fue establecido y pactado en los documentos finales de los foros anteriores?**

El III Foro quiere colocar al trabajador de la salud como la base, la esencia que caracteriza y materializa el sistema de salud de cobertura universal. Esto no está aislado del contexto de las demás discusiones de políticas de salud. El Informe Mundial de la Salud de 2010 trató del financiamiento del sistema de salud como una etapa fundamental para la cobertura universal de la salud y comenzó a sacar a la luz discusiones sobre cómo proveer a la población global de asistencia a la salud y sobre cómo evitar que las personas necesiten gastar sus economías para costear tratamientos de salud.

Existe aún el debate sobre el Programa de Desarrollo Post 2015, cuando termina

el ciclo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuyo principal eje direccional es el acceso a la salud. El hecho de que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) haya propuesto en diciembre del año pasado que todos los países deben aspirar a la cobertura universal de la salud fue una gran victoria del movimiento de la salud en el ámbito internacional, pues fue la primera vez que el tema ganó destaque fuera del ambiente de la OMS para ese asunto, repitiendo lo que ocurrió con temas como el Sida, a mediados del 2000; del acceso a los medicamentos, en 2010-2011; y de las enfermedades crónicas no degenerativas.

Hay un trabajo en progreso para el Programa Post 2015 cuyo lema es “Buscando realizar el futuro que queremos para todos”. Al final de mayo debe ser lanzado el informe del grupo de trabajo creado por la ONU para proponer lo que vendría a ser ese programa y se está haciendo un gran esfuerzo para que la salud reciba el destaque merecido en el documento.

Para que el debate no quede restringido a la cuestión del financiamiento o del mero acceso al servicio de salud, el 3er Foro Mundial buscará recolocar el tema de los RHS como esencia de la construcción de cualquier sistema de salud que ambicione ofrecer la cobertura universal a los ciudadanos.

**¿Cuáles son las principales discusiones que ocurrirán en el evento y cuáles son los grandes puntos de tensión que permearán los debates?**

Además del tema principal del 3er Foro hay cinco subtemas definidos y diversas líneas de discusión. El primer subtema es el liderazgo, asociación y responsabilidad sobre los procesos de salud relacionados a recursos humanos y políticas de recursos humanos para la salud. El segundo son los requisitos financieros para políticas de recursos humanos en salud. El tercero es el entendimiento de los aspectos regulatorios y legales del punto de vista legislativo, en el área de recursos humanos, que permiten alcanzar la cobertura universal. El cuarto es el empoderamiento de los trabajadores de salud como condición fundamental para la cobertura universal y el último trata de innovación e investigación, nuevos abordajes en recursos humanos y cobertura universal.

Hay tensiones en el debate en esos cinco ejes porque hay conflictos entre los diferentes actores que participan del

escenario de recursos humanos internacionalmente y, claro, en sus respectivos países. Con todo, el tema más conflictivo es la cuestión de la falta de médicos, inclusive en Brasil, que recientemente tornó pública la posibilidad de traer profesionales de Cuba.

En la esfera internacional, un tema polémico es el del financiamiento. ¿Quién pagará por la contratación de profesionales de salud para superar la carencia de médicos y por su formación? Existe aún la cuestión del mantenimiento, reclutamiento, retención y de la distribución de profesionales en locales de mayor necesidad.

**¿Qué representa para Brasil ser sede del 3er Foro Mundial? ¿De qué forma esto se relaciona con el papel que el país desempeña en el ámbito regional y junto a la CPLP?**

La realización en Brasil tiene varios significados para nosotros y para la comunidad internacional. Es un reconocimiento a los esfuerzos que el país viene emprendiendo para implantar el acceso de forma integral y de calidad para la población, con inversiones crecientes en esa área. Es un reconocimiento a las políticas innovadoras de recursos humanos que el país ha colocado en el escenario internacional, como la formación de equipos multiprofesionales para la política de salud de la familia, con especial destaque para los agentes comunitarios de salud.

Además de eso, también muestra un movimiento de apertura que el país viene haciendo con la finalidad de conocer y compartir experiencias exitosas de otros países en el campo de los recursos humanos para la salud, así como para influenciar la agenda internacional, dando más peso al área de recursos humanos en las discusiones sobre la cobertura universal de la salud.

Es importante destacar que Brasil fue escogido como sede del Foro con el apoyo de los demás países de la Unasur, los cuales, durante el Foro de Bangkok, presentaron una moción al Comité Organizador y a la GHWA reivindicando la realización del 3er Foro en Suramérica. ■

#### **Código de Prácticas para el Reclutamiento Internacional de Personal de Salud**

Disponible en: <http://bit.ly/13qjfAA>

#### **Objetivos de Desarrollo del Milenio**

Tres de los ocho ODMs están relacionados con el área de la salud, en cuanto los demás son influenciados o influyen el derecho a la salud.

## Secretaría Ejecutiva confirma la realización de la 3ª Reunión General de la RETS



Fue confirmada, para los días 7 y 8 de noviembre de este año, la realización de la 3ª Reunión General de la RETS, en Recife (Brasil). Durante el evento, que precederá el 3er Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (ver entrevista en la página 2), también ocurrirán la 2ª Reunión de la RETS-CPLP y la 2ª Reunión de la RETS-Unasur. El encuentro tiene como propuesta ser un espacio para discusión sobre las posibles

estrategias de fortalecimiento de la iniciativa, creada en 1996. Además, el encuentro tiene como objetivos también: la construcción del Plan de Trabajo de la Red y de sus subredes para los próximos años y la revisión/elaboración de los Reglamentos de la RETS y de las dos subredes. También está previsto el lanzamiento oficial del nuevo sitio web de la RETS. En breve será divulgada la programación del evento, que incluirá actividades abiertas al público en general.

Para que la organización del evento pueda ser realizada con más eficiencia – envío de invitaciones y propuestas de documentos para análisis por parte de los miembros, entre otras providencias –, la Secretaría Ejecutiva de la RETS, que tiene como sede la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), solicita que las instituciones que integran la red se comuniquen a través del correo electrónico [rets@fiocruz.br](mailto:rets@fiocruz.br) para actualizar sus datos de contacto. Más noticias sobre la Reunión estarán disponibles en [www.rets.epsjv.fiocruz.br](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br). ■

## RETS-Unasur: Reunión del Consejo Consultivo del Isags y encuentro con representantes de la PPT de la Unasur



Isags/Unasur

En los días 25 y 26 de marzo la Secretaría Ejecutiva de la RETS-Unasur participó de la III Reunión Ordinaria del Consejo Consultivo del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags), realizada en la sede del Instituto, en Río de Janeiro (Brasil). El encuentro reunió miembros de los Grupos Técnicos y de las Redes Estructurantes del Consejo Suramericano de Salud (Unasur-Salud), excepto del GT de Vigilancia y Respuesta y de la Red de Escuelas de Salud Pública, además de representantes de la Secretaría General, de

la Presidencia Pro-Tempore y del Centro de Estudios Estratégicos de Defensa (CEED) de la Unasur, el argentino Alfredo Forti. En la reunión fueron discutidas cuestiones relevantes para el trabajo del Isags así como propuestas sobre la implementación del POA 2013 y directrices estratégicas para 2014.

La ocasión también sirvió para la realización, en el día 27, de una reunión de la Presidencia Pro Tempore de la Unasur – que en julio pasará del Perú para Surinam –, con los representantes de las redes y de los Grupos Técnicos del Consejo, que presentaron los avances realizados y volvieron a discutir formas de superar las dificultades de trabajo.

Más informaciones sobre las actividades del Isags: [www.isags-unasursalud.org](http://www.isags-unasursalud.org). ■

## RETS-CPLP: ETS de los Palop recibirán kits multimedia

El proyecto desarrollado en el ámbito de la RETS-CPLP, cuyo objetivo es contribuir para la mejoría de la formación de trabajadores técnicos de salud en los países africanos de lengua oficial portuguesa (Palop), por medio de la ampliación del acceso de las Escuelas Técnicas de Salud (ETS) de esos países a algunas de las denominadas tecnologías educativas, está en fase de finalización.

En ese sentido, las 32 ETS existentes en los esos países recibirán equipamientos que pueden facilitar la incorporación, por parte de docentes y estudiantes, de nuevos conocimientos que contribuyan para el desarrollo de una conciencia crítica y, simultáneamente, ampliar las posibilidades de innovación de las acciones pedagógicas, de reflexión y de reconstrucción de las concepciones y prácticas de salud.

Los kits, que serán adquiridos y enviados a instituciones formadoras por la CPLP, con recursos del Banco Mundial, incluirán:



Una televisión LED, un DVD Player, notebook con dos cajas acústicas, un proyector multimedia y un telón de proyección con trípode.

La selección de los equipamientos fue hecha con base en una encuesta realizada anteriormente con las escuelas que ya son miembros de la Red.

El proyecto considera que el uso de nuevas tecnologías en los procesos educativos se ha diseminado, y que es necesario conocerlas para que sean vistas como un producto o una metodología que puede ser aplicada con finalidades específicas y de forma adecuada a las singularidades de las prácticas pedagógicas y a los procesos de trabajo en salud. La idea es que la tecnología debe ser considerada un medio para que la educación continúe a ser una finalidad, es decir, que esas tecnologías funcionen como herramientas cognitivas de apoyo a la enseñanza-aprendizaje y como potenciadores del desarrollo de nuevas propuestas educativas basadas en la mayor posibilidad de convergencia entre fotografía, diapositiva, video, música, texto y animación. ■

### Publicaciones

Medised (Colômbia)



Revista Virtual Paideia

[www.medised.edu.co](http://www.medised.edu.co)  
o <http://migre.me/fb4IN>

DGGDRH/Minsa (Peru)



Boletín Electrónico RHUS

<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/boletin/index.html>



# Educación de técnicos en salud: una atención especial a los currículos (parte 1)

Por Ana Beatriz de Noronha

## Currículo: significado que cambia a lo largo del tiempo

El término currículo viene de la palabra latina *Scurrere*, correr, y se refiere a curso, a la carrera, a un recorrido que debe ser realizado. Para designar un plan estructurado de estudios, fue utilizado por primera vez en 1633, en el *Oxford English Dictionary*, asumiendo diversos significados a lo largo de la historia de la educación.

Tradicionalmente, la expresión ganó el significado de un “plan de estudios”, tratado como el conjunto de las disciplinas a ser enseñadas en cada curso o serie y el tiempo reservado a cada una. Posteriormente, el concepto pasó a referirse a la totalidad de experiencias vividas por el niño, bajo la orientación de la escuela, considerando y valorando los intereses del alumno. La escuela, a su vez, asume el papel de institución responsable por compensar los problemas de la sociedad más amplia. El enfoque del currículo pasó del contenido a la forma, y las actividades pasaron a ser organizadas con base en las experiencias, diferencias individuales e intereses del niño.

A partir de la obra *The Curriculum*, de Franklin Bobbitt, publicada en Estados Unidos, en 1918, el currículo se afirmó como campo de reflexión y de estudios, dando origen a teorías tradicionales, de base tecnicista; críticas, con una visión más social; y hasta postmodernas, cuya énfasis está en el análisis de la relación entre el currículo y la construcción de identidades y subjetividades.

La cuestión es que el concepto de currículo es multifacético y se viene modificando históricamente debiendo, por lo tanto, ser comprendido en el contexto social en que está inserido.

Fuente: Navegando na História da Educação Brasileira (Histedbre/FAE/Unicamp. Glossário: verbete currículo. Solange Aparecida Zotti. Disponível en: <http://bit.ly/10MGzMt>)

Baja escolaridad, pocas oportunidades de calificación y ascensión en una carrera profesional, precarización de los contratos de trabajo e inserción subordinada en los equipos de salud son apenas algunos de los muchos problemas enfrentados, en medidas que varían de país a país, por los técnicos en salud. Independientemente del tipo y de la gravedad de los problemas, hay un trazo común a los técnicos en salud de todos los países: el deseo de ser reconocidos y valorizados en su trabajo, rompiendo, de esa forma, las innúmeras limitaciones impuestas por la división social del trabajo y por la separación entre el pensar y el hacer.

Aunque haya grandes dificultades metodológicas para el establecimiento de la proporción exacta que los técnicos en salud de las diversas áreas representan en la totalidad de la fuerza de trabajo del sector, hay un consenso de que, considerándose aquellos que prestan servicios directamente a la población y a los que trabajan en funciones de gestión o de apoyo, ellos son la mayoría. También es consenso que ese grupo de trabajadores asume un papel fundamental en el contexto global de fortalecimiento de la Atención Primaria y la ampliación del acceso, con vistas a la universalización de los sistemas.

Todo eso acaba resultando en el aumento de la preocupación y de la necesidad de invertirse en la mejoría de la calidad de la formación técnica en salud, a partir de varios elementos que integran ese proceso, entre los cuales los currículos de los diferentes cursos.

## Cambios en los currículos: es necesario debatir este tema

De acuerdo con el Informe Mundial de la Salud de 2006, dedicado específicamente a la fuerza de trabajo del sector, nuevos desafíos para la salud global demandan una nueva visión de los procesos formativos de esos trabajadores. En ese sentido, la garantía de la calidad curricular es señalada, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una de las estrategias a ser utilizadas, con la finalidad de conseguir alinear lo que es enseñado en las escuelas a las necesidades de los sistemas de salud y de las poblaciones.

Para fortalecer la discusión sobre ese tema, la Revista RETS buscó subsidios en la **disertación de maestría** de Carlos Eduardo Colpo Batistella, profesor e investigador de la EPSJV que, a pesar de abordar de forma específica cuestiones relacionadas con la formación en el área de vigilancia en salud en Brasil, acaba, de cierta forma, colocando en debate algunos aspectos universales sobre el asunto.

## Los currículos y la identidad profesional

Según Batistella, la temática de las identidades ha estado presente en el centro de los debates contemporáneos. “En la fase actual del capitalismo, una de las estrategias más comunes de recomposición de las tazas de lucro ha sido la demisión y reducción de los empleos formales”, señala el investigador, que completa: “La extrema inestabilidad de los

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. *Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), 2009. Disponível en at: [www.arca.fiocruz.br](http://www.arca.fiocruz.br).



mercados acaba sirviendo de argumento para una visión más pragmática del mundo empresarial, justificando la flexibilización de los contratos y el discurso de la autocalificación y empleabilidad.

## “El contexto de producción curricular es permeado por disputas entorno de proyectos distintos de sociedad”, afirma el investigador”

*Batistella*

En el área de la salud, esos cambios, que afectan tanto al universo de la conciencia cuanto al de las formas de representación de los trabajadores, acaban afectando principalmente a los trabajadores técnicos, cuyo vínculo institucional tiende a ser tradicionalmente más vulnerable.

Por otro lado, la identidad profesional acaba siendo considerada por los formuladores de las políticas más amplias en el campo de la salud, como algo que puede favorecer el trabajo en equipo, la humanización de la atención y el compromiso ético-político de los trabajadores con el sistema de salud y con la salud de la población. En ese escenario, la formación gana estatus de espacio privilegiado en su construcción. Para Batistella, las discusiones sobre los perfiles de competencias y las directrices que orientarán nuevas propuestas curriculares también ganan importancia, en la medida en que reflejan las tensiones de identidad presentes en el contexto de producción de los textos curriculares existentes.

“El proceso de selección de conocimientos indica, necesariamente, una intencionalidad en la conformación de identidades profesionales que merece ser investigada, una vez que el contexto de producción curricular es permeado por disputas entorno de proyectos distintos de sociedad”, afirma el investigador. “La lucha contra-hegemónica a la adopción irrestricta de las políticas de desempeño en la formación profesional – materializadas en la pedagogía de las competencias – nos lleva a una reflexión acerca de la posibilidad de construcción de identidades colectivas basadas en principios de justicia social y de contraposición a las prácticas individualistas difundidas en nombre del mercado”, defiende.

### ¿Qué profesional se quiere formar?

Entre las innumerables preguntas que se deben hacer durante la elaboración curricular una dice respecto al “quien” de la formación o, como resalta Batistella, a las identidades que serán proyectadas en los currículos. El gran problema, en su opinión, es que, generalmente esa preocupación se remite apenas a un perfil de conclusión identificado por una matriz funcionalista del proceso de trabajo, para el cual son prescritos los conocimientos, habilidades y actitudes que deberán componer el currículo.

“Es importante tener en mente que la construcción de identidades profesionales envuelve procesos mucho más complejos, remitidos a la calificación más amplia de los trabajadores, y que, por lo tanto, deberían considerar también las trayectorias profesionales, la inserción en los servicios y las relaciones de trabajo allí desarrolladas”, resalta, explicando: “La desconsideración y supresión intencional de identidades pré-existentes puede, por ejemplo, generar el desinterés o la resistencia de los sujetos al proceso educativo. Por otro lado, el acogimiento de las diferencias en el currículo puede generar un sentimiento de pertenencia capaz de movilizar afectivamente al alumno-trabajador, desencadenando, consecuentemente, los procesos deseables de reconstrucción identitaria”.

### Las identidades efímeras del mundo globalizado

De acuerdo con Batistella, si inicialmente comprendemos la identidad como un elemento importante en el proceso de construcción de los lazos que mantienen individuos y grupos unidos, no hay como negar que vivimos un momento de grandes cambios, los cuales, en un movimiento simultáneo, traen tanto la inestabilidad cuanto refuerzan la relevancia de los estudios sobre identidad para la comprensión de los hechos sociales contemporáneos.

Frecuentemente asociado a la crisis estructural del capitalismo en la década de 1970 y al declinio de las experiencias socialistas en Europa, el proceso de globalización puede ser entendido como un conjunto de transformaciones económicas, políticas, culturales y sociales que buscan conferir mayor dinamismo al capitalismo contemporáneo.

Teniendo como principales características la expansión del libre mercado y la intensificación del flujo internacional de capital financiero, que se beneficia de la existencia de las nuevas tecnologías de información y comunicación, la globalización acaba por influenciar todas las dimensiones de la vida humana.

Económicamente, el proceso de la globalización tiende, según varios autores, a favorecer la expansión de las grandes corporaciones transnacionales y de la industria. Del punto de vista político, es consenso que el nuevo contexto fragiliza la autonomía del Estado-Nación, en cuanto estimula la reorganización de los países entorno de bloques comerciales y organizaciones supranacionales, cuya forma de actuar, generalmente alineada a las ideas del neoliberalismo, acaba colocando los propósitos sociales de la intervención del Estado en un plano secundario.

En este escenario, como recuerda el investigador de la EPSJV, las grandes corporaciones intentan valerse de su múltiple territorialidad para buscar ventajas competitivas en los diferentes escenarios políticos. Para tal, desarrollan ciencia y tecnología en los países centrales, explotan la mano de obra barata en los países periféricos y se aprovechan de incentivos fiscales ofrecidos por los países en desarrollo.



En la dimensión cultural, a su vez, la globalización está simultáneamente en la diseminación de la cultura del consumo, con la continua transformación de bienes materiales y simbólicos en mercaderías, y en el tensionamiento entre lo local y lo global, contraponiendo tendencias y efectos de homogenización cultural y de resistencia y afirmación de localismos y nacionalismos.

La compleja diversidad cultural, aliada a las diferencias raciales, éticas, religiosas, sexuales, entre otras, implica en la elaboración de políticas sociales que reflejen la existencia de diferentes culturas en un mismo territorio y atiendan a las necesidades de las minorías.

Del punto de vista social, la comprensión espacio-tiempo de la globalización transforma inúmeros aspectos de la vida cotidiana, impactando directamente la experiencia personal.

Citando Zygmunt Bauman, Batistella resalta el hecho de que ese cuadro favorece la fragilización de los “lazos que entrelazan las opciones individuales en proyectos y acciones colectivas”. “Los estándares y configuraciones que hacen posible la pertenencia a determinados grupos de referencia no son más ‘dados’, ni ‘autoevidentes’, quedando a cargo de los individuos su búsqueda y reconocimiento”, destaca. “Para Bauman, en la época actual, que él denomina ‘modernidad líquida’, los seres humanos no nacen más en sus identidades. El proceso de individualización substituye las determinaciones sociales por la autodeterminación compulsiva, es decir, lo que antes era algo dado pasa a ser una tarea cuya realización trae serias consecuencias y ‘efectos colaterales’ para los individuos”, completa.

Para sobrevivir en el ambiente competitivo del capitalismo globalizado, las organizaciones sociales necesitan reestructurarse continuamente y, en ese proceso, las antiguas y rígidas estructuras jerárquicas de las empresas acaban dando lugar a las configuraciones más leves y flexibles de las redes. Tales cambios impiden que las nuevas organizaciones sirvan de referencia para las acciones humanas y para las estrategias existenciales de largo plazo.

Tantas transformaciones, de orden económica, política, social y cultural, acaban poniendo en cuestión las identidades nacionales – forjadas históricamente a través del ejercicio de diferentes formas de poder cultural – y personales, que se tornan cada vez más provisionales. Esos cambios tienden a valorizar la flexibilidad y el desarrollo de competencias individuales como valores fundamentales para la sobrevivencia en el sistema. Las propias comunidades, que servían para definir nuestras identidades se tornan cada vez más efímeras y circunstanciales, exponiendo los sujetos a conflictos internos, ambivalencias y contradicciones.

## Identidad y diferencia

En su trabajo Batistella alerta sobre el hecho de que la inclusión de la categoría “identidad” en los debates contemporáneos implica en la necesidad de pensar también la cuestión de la “diferencia”, ya que una no existe sin la otra. “Los sujetos definen su identidad en la relación con el otro y, en ese proceso, las diferencias acaban estableciendo límites y fronteras entre los grupos. A través de las diferencias se define quien pertenece o no pertenece a aquel grupo”, acrecienta el investigador.

La cuestión de la diferencia gana protagonismo en la actualidad y eso queda muy evidente cuando las políticas homogenizadoras enfocadas en las ideas de unidad e identidad nacional, comienzan a ceder espacio a políticas multiculturales, basadas en el reconocimiento y en la posibilidad de integración de las diferencias.

Tal reconocimiento, entretanto, obliga, según Batistella, a una reflexión sobre las diferentes formas, muchas veces diametralmente opuestas, como esas diferencias fueron tratadas a lo largo de la historia.

“Podemos observar que en los abordajes asimilacionistas, la propuesta era producir políticas compensatorias visando la integración de los diferentes a la cultura hegemónica. En la perspectiva del multiculturalismo diferencialista, el reconocimiento de las diferencias resultaba en la garantía de espacios propios de expresión de las diferentes identidades, lo que, en alguna medida, acaba favoreciendo el surgimiento de nuevos apartheids socioculturales. Finalmente, en la perspectiva intercultural, lo que se busca es promover la interrelación entre los diferentes grupos, concibiendo las culturas en continuo y considerando que los intercambios culturales son permanentemente permeados por cuestiones de poder, prejuicios y discriminación, además de estar vinculadas a las desigualdades que existen en cada sociedad”, resume Batistella.

## A construcción de identidades profesionales

La formación profesional, una de las dimensiones más importantes de la **calificación**, acontece tanto en instituciones escolares cuanto en los espacios de trabajo.

## “Es preciso considerar el propio currículo como un concepto que comporta varios significados”

*Batistella*

Puede ser de tipos distintos – formación inicial o continuada –, y de diferentes modalidades y niveles – educación técnica de nivel medio o superior, graduación y postgrado –, dependiendo de la legislación de cada país y de los objetivos a los cuales se propone. Entretanto, como recuerda Batistella, cualquiera que sea el proceso formativo que tengamos en mente, siempre es posible considerar la existencia de un currículo, es decir, un modo de concebir y organizar las prácticas pedagógicas que permea ese proceso.

De acuerdo con el investigador, la construcción curricular implica, entre otras acciones, en la selección y organización de experiencias de aprendizaje y conocimientos necesarios a la formación de individuos, ciudadanos o profesionales en el perfil deseado. “Como a ese perfil corresponde una identidad proyectada, esto es, un modo de percibir y actuar sobre una dada realidad, que buscamos desarrollar en todos los egresados, podemos afirmar que el currículo desempeña un papel importante en la construcción de las identidades profesionales”, explica.

La cuestión, según el autor, es que existen diversas comprensiones y representaciones sobre el currículo y que las diferentes teorías curriculares acaban concibiendo formas distintas de relación entre el currículo y las identidades. “Es preciso considerar el propio currículo como un concepto que comporta varios significados”, enfatiza.

La noción de calificación puede representar una importante contribución para la profundización de las discusiones sobre las identidades profesionales, enriqueciendo los análisis críticos de la realidad social del trabajo. El gran problema es que, por causa de su carácter polisémico, el término acaba siendo frecuentemente utilizado apenas como justificativa para una supuesta “inevitable” adaptación de la fuerza de trabajo a las nuevas exigencias del mercado.

## En búsqueda de un concepto

“La dificultad de conceptualizar el currículo es nítida, inclusive entre los educadores. La simple mención al término currículo evoca imágenes e ideas bastante distintas, como objetivos, plan, grade, selección de contenidos, recorrido, trayectoria, eje, proyecto, prácticas, arena de disputa política, ideología, identidad y discurso”, resalta Batistella, señalando que, a pesar de designar prácticas que constituyen la propia historia de la educación, el uso de ese término como concepto pedagógico es relativamente reciente.

Él también observa que el término “currículo” no está presente apenas en el campo educacional y que, en el mundo del trabajo, en la forma de curriculum vitae, representa la trayectoria formativa y las experiencias profesionales de las personas, estando directamente asociado a la calificación de quien se candidata a un empleo.

“De una percepción usualmente asociada al aspecto formal y prescrito, el currículo pasó a ser visto también como el currículo practicado, vivido entre las contradicciones del cotidiano escolar. De una perspectiva funcional y tecnicista, que discute apenas las estrategias metodológicas capaces de conferir mayor eficiencia a la enseñanza, el currículo se torna un espacio de disputa para la construcción de identidades, donde otras instituciones actúan con igual o mayor eficiencia que las instituciones escolares, como la media, la propaganda y la industria cultural”, explica.

En ese sentido, él también señala el riesgo de ampliarse demás el universo de análisis. “Si todo es currículo, ¿cómo buscar las respuestas a los desafíos cotidianos que se presentan?”, alerta, complementando: “En la generalización se disipan las posibilidades de acción”.

## Al principio de todo: el currículo clásico

Como afirma Batistella, la idea de selección de conocimientos y de prácticas consideradas deseables para la formación de los individuos siempre estuvo presente en el pensamiento pedagógico, pero no se puede hablar propiamente de una teoría de los currículos antes del siglo XX.

“A pesar de no utilizar la denominación currículo, las diferentes tradiciones pedagógicas se esfuerzan por definir aquello que consideraban fundamental a los procesos educativos. Desde el surgimiento de las primeras escuelas, en Egipto y en la antigua Grecia, con su cultura retórico-literaria y de respeto a las reglas sociales rígidamente establecidas, pasando por la pedagogía cristiana y la escolástica, la variedad de modelos educativos que se desarrollan a lo largo de la historia siempre fue acompañada de propuestas y teorizaciones sobre la formación humana”, esclarece.

Con base en Franco Cambi, en “La Historia de la Pedagogía” (1999), el investigador cuenta que el currículo clásico humanista tiene sus raíces en la antigua Grecia, donde la **paideia** representaba la búsqueda por el “ideal de formación humana nutrida de cultura y civilización”: “De acuerdo con Cambi, la educación griega utiliza la reflexión estética y filosófica para promover la laicización, racionalización y universalización de la cultura, tornándola distinta de las demás civilizaciones del Mediterráneo”.

Según Franco Cambi, tal modelo acaba resultando en una organización minuciosa del sistema de estudios en el **período helenístico**. En la escuela elemental, en la cual los alumnos ingresaban a los siete años, la enseñanza envolvía la lectura y la escritura, la gramática, la música y el dibujo. A partir de los doce años, ya en la escuela secundaria, la educación se centraba en la gramática, la retórica, la lógica, la matemática y en estudios de literatura. El museo y las bibliotecas eran el centro de la formación superior,

Inicialmente la palabra “paideia” significaba simplemente “criar niños”. Poco a poco pasó a representar un ideal de formación educacional, cuyo objetivo era desarrollar todas las potencialidades que transformarían al individuo un ciudadano mejor.

El periodo helenístico tiene una duración de cerca de 300 años, durando desde la muerte de Alejandro Magno, cuyas conquistas militares llevaron la civilización griega a Egipto, Macedonia y Siria, hasta aproximadamente 30 A.C., cuando los romanos conquistaron Egipto. La época se caracteriza por una ascensión de la ciencia y del conocimiento y por el dominio de la cultura griega en la región.

cuyo modelo eran las escuelas filosóficas que, posteriormente, pasan a privilegiar la observación de la naturaleza y la ciencia de los números.

Futuramente, la educación universitaria de la Edad Media y del Renacimiento toma como modelo el currículo griego y se establece en la forma del trivium (gramática, retórica y dialéctica) y en el quadrivium (astronomía, geometría, música y aritmética). La diferencia es en la tradición escolástico-medieval el currículo colocaba Dios y la fe como el centro de todo.

El surgimiento de la infancia, como construcción y categoría social, también trae nuevas exigencias para la educación y, consecuentemente, algunas profundas alteraciones en la enseñanza.

La sustitución del modo de producción feudal por el capitalismo, la Revolución Científica, el Iluminismo, la Revolución Francesa y la Revolución Industrial también acarrearán, por varias razones, cambios importantes en la sistematización de los currículos.

En toda la historia de la educación, es posible percibir cuanto cambiaron los contenidos y las formas de enseñanza, la emergencia del currículo como un campo especializado de estudios e investigaciones, entretanto, solamente ocurriría, según Batistella, entre el final del siglo XIX y el inicio del siglo XX, en Estados Unidos, en medio a las preocupaciones con los procesos de racionalización, sistematización y control de la escuela y del propio currículo.

Es, por lo tanto, a partir de esa época, que comienzan a ser formuladas diversas teorías sobre el tema, las cuales serán presentadas en las próximas ediciones de la Revista con el propósito de fomentar las discusiones sobre el asunto. ¡Hasta luego! ■





# Técnico en Registro e Información en Salud: formación debe estar de acuerdo con la importancia de la función

Por Elisandra Galvão y Ana Beatriz de Noronha

En el área de salud, la **información** es fundamental para la población, de una forma general; para los propios profesionales de salud, en el ejercicio de su función y en el perfeccionamiento de sus conocimientos profesionales; para los gestores de las instituciones de salud; y para las autoridades responsables por la tomada de decisiones. Los registros e informaciones en salud son esenciales porque hacen posible, entre otras cosas, opciones más saludables por parte de las personas, el intercambio de conocimientos, la democratización de la salud, la mejoría de la gestión y el control social sobre los recursos disponibles.

La planificación, la evaluación y la gestión de los servicios de salud son hechos con base en los datos disponibles y la calidad de las informaciones es central para el sistema de salud. En ese sentido, es posible decir que al orientar la planificación y el acompañamiento de acciones y servicios, subsidiando la evaluación del impacto de esas acciones en la realidad de la salud en el

país, el sector de informaciones y registros en salud se torna estratégico para el perfeccionamiento de los sistemas nacionales de salud.

Como todos los demás sistemas, los **sistemas de informaciones en salud** (SIS) incluyen varios componentes, las relaciones entre ellos y las finalidades que acaban por definir la propia creación del sistema. Por otro lado, su buen funcionamiento depende de la disponibilidad de recursos y tecnologías que permitan que la información producida sea organizada y transformada y esté disponible en un formato que haga posible la tomada de decisiones. La capacidad que un sistema tiene de suministrar la información adecuada a los procesos de gestión de la salud, en lo que se refiere al tipo y al grado de desagregación, calidad y actualidad de los datos demanda, entre otras cosas, una estrecha relación entre los principales usuarios y los productores de esos datos.

De forma general, los SIS reúnen y tratan informaciones oriundas de fuentes múltiples. Hay datos e informaciones generados por el propio sistema de salud – nacimientos, internaciones y enfermedades, entre muchos otros – datos demográficos, socioeconómicos y ambientales relativos a los factores determinantes de la situación de salud pro-



“¿Usted podría decirme, por favor, qué camino debo tomar para salir de aquí?”, pregunta Alice.

“Eso depende mucho de a dónde quieres ir”, responde el Gato, sentado sobre la rama de un árbol, con su enigmática sonrisa de oreja a oreja.

(*Alicia en el País de las Maravillas*, de Lewis Carroll, 1865)

Para muchos, la información es indefinible. Su concepto es vago e intuitivo. Sobre ella, de la misma forma que sobre el tiempo, el espacio, la fuerza, la distancia y la probabilidad, entre otros, podemos, como diría Thomas Kuhn, cuanto mucho, dar ejemplos y no definiciones.

Para los autores que se proponen definir la información, uno de los criterios más usados es el de sus propósitos, de entre los cuales, tornar la acción eficaz, reducir la incerteza y transformar las estructuras.



Fotos: Elisandra Galvão

ducidos por otros sectores e inclusive informaciones disponibles en documentación técnico-científica relacionada con el área.

Seleccionar los contenidos que serán insertados en los SIS es, entretanto, apenas el inicio de un proceso bastante complejo que transforma los datos e informaciones técnico-científicas colectadas en informacio-

nes capaces de atender a las necesidades del sector. Después de la selección es necesario identificar las fuentes que serán utilizadas – registros administrativos y de encuestas, entre otras. La sistematización de los datos en forma de indicadores; y la organización de bases de sustentación bibliográfica son algunos de los pasos siguientes. Todo eso,

entretanto, no tendrá mucho sentido si no son realizadas análisis sistemáticas, coyunturales y de tendencias, cuyas conclusiones y recomendaciones son legitimadas por medio de procesos institucionales y publicadas en informes claros y objetivos que puedan orientar la tomada de decisiones y proponer alternativas a los gestores. Finalmente, es siempre importante divulgar, en lenguaje adecuado, contenidos para públicos específicos que actúan en el área o pueden, de alguna forma, colaborar con las acciones de salud.

El perfeccionamiento de un SIS, a través del establecimiento gradual de un proceso de trabajo articulado y metodológicamente apropiado a las necesidades de la gestión, depende de la continua realización de ese conjunto de funciones. El uso sistemático por los gestores de las informaciones generadas por el sistema también es fundamental para que la información generada se torne un subsidio cada vez más consistente para la tomada de decisiones.

A pesar de su extrema importancia, ni siempre la cuestión de la información en salud recibe la atención necesaria de las autoridades nacionales. El resultado es que esa área se desarrolla en ritmos bastante distintos en los diferentes países, dependiendo, entre otras cosas, de la creación de políticas

Un sistema puede ser definido como el conjunto integrado de partes que se articulan para una finalidad común. En el caso de los sistemas de información, eso puede referirse a varios aspectos distintos tales como: (1) El conjunto de unidades de producción, análisis y divulgación de datos que actúan integradas y articuladamente con el propósito de atender a las demandas para las cuales fue concebido; (2) La reunión de personas y máquinas, con el objetivo de obtener y procesar datos que atiendan a la necesidad de información de la institución que lo implementa; (3) El conjunto de estructuras administrativas y unidades de producción, perfectamente articuladas, con vista a la obtención de datos mediante su registro, colecta, procesamiento, análisis, transformación en información y oportuna divulgación.

En ese sentido un Sistema de Información en Salud (SIS) debe ser comprendido, de acuerdo con la OMS, como un mecanismo de colecta, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para planificar, organizar, operar y evaluar los servicios de salud. Los SIS, por lo tanto, deben ser capaces de transformar datos en informaciones, además de permitir la divulgación democrática de esas informaciones, ofreciendo análisis de la situación y recomendaciones para la acción no apenas de los gobiernos y de los gestores, sino también de los usuarios, organizaciones internacionales y movimientos sociales.

De forma general, los SIS buscan presentar informaciones sobre los contextos demográfico y epidemiológico de los países, sobre la estructura y la cobertura del sistema de salud, los recursos físicos, materiales y humanos y el financiamiento. También pueden presentar datos sobre la gestión, la voz de los usuarios y las innovaciones recientes en los sistemas de salud.

específicas para el sector, de la cantidad de inversiones realizadas e, inclusive, de la calidad de la formación de los trabajadores de salud dedicados a la colecta de los datos y al análisis de las informaciones disponibles.

## Los SIS no viven apenas de epidemiólogos

En enero de este año, una de las cuestiones tratadas por los miembros de la lista de discusiones de **Hifa-PT** fue el papel desempeñado por aquellos que trabajan en el área de información en salud y que pueden ser oriundos de diversas áreas de formación: biblioteconomía, archivología, comunicación, estadística e informática, entre otras.

En el ámbito de la salud son los gestores y trabajadores de diversas instituciones, con variados tipos y niveles de formación, que producen y organizan informaciones sobre el perfil epidemiológico de la población, servicios prestados, materiales y medicamentos consumidos, con la finalidad de comprender la situación de la salud y de la atención prestada. En lo que se refiere a esos profesionales, aunque el protagonismo parezca ser de los epidemiólogos, es imposible negar la importancia de los técnicos en Registros e Informaciones en Salud, que actúan en la organización, administración y coordinación de los servicios de documentación, registros y estadísticas de salud.

Los técnicos apoyan la atención al paciente, pues son responsables por la organización de los registros e historias clínicas, ayudan en la planificación, control y evaluación de las acciones y servicios de salud, y pueden trabajar dando soporte a las investigaciones y estudios clínicos. Generalmente son considerados trabajadores del área de salud, pero su función mantiene una interface bastante amplia con las áreas de gestión y de planificación.

El papel de ese técnico es amplio, pues incluye aún las actividades de guardar, catalogar y mantener registros y procesar datos, producir informaciones en salud, como indicadores gerenciales y epidemiológicos, e informes estadísticos. La producción de informaciones también se realiza a través de los sistemas de informaciones, estructurados en actividades de colecta de datos, procesamiento y consolidación de informaciones. Los sistemas pueden utilizar los formularios en papel y los boletines impresos, las nuevas tecnologías de información y comunicación, con sistemas de informaciones en la internet, tanto para la colecta de datos como para la consolidación de indicadores y difusión de informaciones. Todo debe funcionar de forma integrada. Uno de los documentos utilizados como principal fuente es la historia clínica del paciente, que es utilizada por parte de los sistemas de nivel nacional.



Hifa-PT es el resultado de la asociación entre la Red Global de Información en Cuidados de Salud - HIFA2015 y la Red ePORTUGUÊSe, una plataforma desarrollada por la OMS para promover la colaboración entre los países de lengua portuguesa en las áreas de información y capacitación de recursos humanos en salud. El portugués es la séptima lengua más hablada del mundo, la tercera más hablada del hemisferio occidental y el idioma más hablado abajo de la línea del Ecuador.

Sergio Munck, uno de los coordinadores del Curso de Especialización Técnica en Registros y Producción de Informaciones en Salud, de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), explica con más detalles el trabajo de esos técnicos. “Hoy veo el papel de los técnicos en dos situaciones: en la punta, en el servicio, registrando la información, teniendo contacto directo con el paciente, o haciendo la clasificación a partir de la documentación médica. Cuando el médico atiende a un paciente en el ambulatorio, él ciertamente registra en el formulario o en la historia clínica alguna patología que está en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cabe entonces al técnico hacer la colecta y el registro de la información registrada por el médico. Esto significa que el técnico, generalmente, trabaja con un dato más primario, el dato bruto de la asistencia. Lo que no implica en que no deba estar apto a calcular los indicadores, actividad que ocurre más comúnmente en las secretarías de salud”, señala.

Según Munck, estos datos permiten analizar lo que la unidad de salud produce y son elementales para construir indicadores que puedan medir el perfil de morbilidad de la población, de la productividad, de las consultas, de las internaciones y de la media de permanencia de los pacientes en los lechos. Todo esto es hecho aún a partir del sistema de información. “Los técnicos de esa área son realmente muy importantes, sea en la punta o en otro estatus diferenciado. Su trabajo no se resume al simple registro de las informaciones. Ellos también tienen la posibilidad de manipular y tratar la información”, destaca el coordinador.

“El papel de los técnicos es fundamental y yo pude comprobarlo en mi práctica profesional. Hice un curso de clasificación de enfermedades con un profesional que tenía apenas



nivel medio y lo vi cuestionando profesionales de salud sobre lo que estaba escrito en la historia clínica, sobre algo que no estaba en consonancia con lo que la norma internacional recomendaba. A partir de su cuestionamiento reformularon un diagnóstico. Creo que vale la pena apostar también en la formación de los técnicos y no apenas en la de los médicos y enfermeros”, defiende Munck.

## Es necesario invertir en la formación

Munck recuerda que el curso que coordina en la EPSJV/Fiocruz fue creado en 1986, con base en una propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), cuya inspiración era una experiencia realizada en América Central. La misma propuesta fue llevada a los EUA, pero allá el curso sería para enfermeros. Hoy, de acuerdo con él, los alumnos de los tres cursos de especialización para técnicos que la Fiocruz ofrece en esa área – Registros y Producción de Informaciones en Salud; Informaciones y Salud; e Informaciones en Salud y Registro de Cáncer – aprenden que la apropiación de la información, sea en el servicio o a través de la historia clínica, acaba revertiendo en beneficio de los ciudadanos. Para Munck, la calidad del registro camina lado a lado con la calidad de la asistencia prestada. “Cuando hacemos un movimiento para mejoría del sistema de información, eso acaba generando un movimiento por la calidad de la asistencia”, garantiza.

Según Munck, el técnico necesita tener un buen conocimiento sobre el concepto y el organigrama del sistema, las políticas públi-

cas de salud en el contexto de su propio país, la política nacional de informática e información; y contenidos de cuño más político y de contextualización, que permiten que el profesional sepa en cual universo está operando. Además, necesita aprender a utilizar herramientas de informática, estadística básica, epidemiología y demografía en salud, para que pueda tener una visión amplia y discutir cuestiones relacionadas a la información en salud. “La mejoría de la formación de esos técnicos puede ayudar a perfeccionar los servicios de salud de adentro hacia afuera. Por eso es necesario que los gestores comprendan la importancia de la calificación permanente de esos trabajadores”, defiende.

Munck constata que hay pocos programas de formación de técnicos para ese sector y lamenta que aún no sean valorizados como deberían. Y, si en Brasil el resultado de un estudio reciente sobre el trabajador técnico en salud mostró que la formación aún no es satisfactoria frente a las necesidades, la realidad en los demás países no parece ser muy diferente. “La EPSJV/Fiocruz recibe constantemente solicitudes de cursos para otros estados brasileños y para países africanos y de Latinoamérica. El gran problema es que generalmente no hay continuidad en la formación, por causa de la dificultad de liberación de esos trabajadores para participar de las aulas. No tiene sentido hacer un curso de formación para pocos y pensar que eso va a suplir las necesidades. Cuando el profesional vuelve a su local de trabajo, si se siente aislado, suelto en un sistema defectuoso y estancado, de nada va a servir la formación recibida. Si él no está integrado en un sistema que esté en

permanente proceso de reformulación, todo el conocimiento adquirido se va a perder. Es necesario que haya un mayor involucramiento de los gestores y un comprometimiento de los órganos formadores”, alerta. ■

### Sitios web de interés:

Global Health Observatory (GHO/WHO): [www.who.int/research](http://www.who.int/research)

Afro/OMS – African Health Observatory: [www.who.int/aho](http://www.who.int/aho)

OPS/OMS ([www.paho.org](http://www.paho.org)) > ‘Data and Statistics’

Argentina – Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino Ministerio de Salud de la Nación: <http://sis.msa.gov.ar>

Brasil – Departamento de informática do SUS (Datusus): [www.datusus.gov.br](http://www.datusus.gov.br)

Brasil - Rede Interagencial de informações para a Saúde (Ripsa): [www.ripsa.org.br](http://www.ripsa.org.br)

Brasil – EPSJV ([www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)) > ‘Ensino’ > ‘Especializações Técnicas’ > ‘Cursos da Área de Informação e Registros em Saúde’.

Chile – Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS/Minsal): [www.deis.cl](http://www.deis.cl)

Colombia – Sistemas de Información en el Sector de Salud em Colombia (Alba Marina Rueda Olivella, 2013): <http://slidesha.re/12qAjMv>

Ecuador – Sistema Nacional de Información (SNI): [www.sni.gob.ec](http://www.sni.gob.ec)

Perú – Ministerio de Salud – Estadística: [www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2](http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2)

Uruguay – Curso de Registros Médicos (EUTM/UdelaR): <http://bit.ly/12fTM1i>





## Uruguay (parte 2)

En el ámbito de la RETS, el trabajo técnico en salud es considerado como todo aquel que es realizado por el conjunto de trabajadores que ejercen actividades técnico-científicas en el sector e incluye tanto a los agentes comunitarios de salud y auxiliares, cuanto a los técnicos de nivel superior.

Para presentar un cuadro general de la educación de técnicos en salud en los países representados en la Red y dar más visibilidad al trabajo de esos trabajadores fue creada la sección “Técnicos en salud en el mundo”, que, en esta edición, presenta las carreras técnicas reglamentadas en Uruguay. El texto sirve de complemento al material publicado en la edición n° 15 de la Revista RETS, que presentó una visión general sobre el sistema educativo uruguayo, el origen de la enseñanza técnica en el país y el papel de la Universidad de la República (Udelar) en la formación técnica en salud.

### Los 18 cursos de la EUTM/Udelar

#### Anatomía patológica

La anatomía patológica trabaja con el diagnóstico de enfermedades basado en exámenes macroscópicos y microscópicos. El técnico, también conocido como histotecnólogo, evalúa y controla materiales biológicos para tornarlos adecuados para análisis microscópicos y, eventualmente, macroscópicos, tanto con fines diagnósticos, docentes o de investigación. Su trabajo es realizado de forma independiente o en equipos multidisciplinarios de salud, en laboratorios públicos y privados, empresas de asistencia médica, además de áreas no médicas (odontología, veterinaria, industria, etc.) y de educación (primaria, secundaria o terciaria).

Al recibir la solicitud de examen el técnico debe verificar si está todo de acuerdo con las normas y directrices especificadas. Durante el examen, debe ser capaz de manejar las técnicas y los equipamientos necesarios, con la finalidad de obtener las informaciones deseadas, procesando, registrando, evaluando técnicamente y estimando el valor diagnóstico de esas informaciones. El parecer final del examen debe ser elaborado por el médico o especialista responsable. El curso tiene una duración de tres años.

#### Cosmetología médica

Es el área de la ciencia farmacéutica que investiga, desarrolla, elabora, produce, comercializa y aplica productos cosméticos. El curso dura tres años y forma tecnólogos que actúan en la prevención, detección, educación, tratamiento y rehabilitación de personas con piel saludable y patologías cutáneas.

El trabajo desempeñado por el profesional es profiláctico, educacional y asistencial. Su actuación acontece en equipos multidisciplinarios de asistencia sanitaria, en instituciones de asistencia médica, tanto públicas cuanto privadas, además de industrias y empresas responsables por productos de uso cosmético y actividades laborales que impliquen riesgos cutáneos para los trabajadores.

#### Fisioterapia

Es la ciencia aplicada a la prevención y cuidado de la salud a través de recursos físicos. Al concluir los cuatro años del curso de licenciatura el fisioterapeuta puede desarrollar

trabajos orientados hacia la promoción, prevención, recuperación, reeducación y rehabilitación física y sensorial, integrando equipos multidisciplinares de salud.

En su trabajo puede actuar como profesional liberal y desarrollar sus funciones en el área deportiva y artística, en la atención primaria de salud (APS), y en instituciones asistenciales y educativas. El licenciado en fisioterapia está apto a decidir sobre las metodologías y técnicas que serán aplicadas en la recuperación de los pacientes con base en el diagnóstico médico, asumiendo la responsabilidad por el tratamiento. La formación también es ofrecida por la Universidad Católica del Uruguay (Ucudal) y por la Universidad de la Empresa (UDE), una institución privada de enseñanza en la cual también es concedido el título de técnico en fisioterapia después del tercer año del curso.

#### Fonoaudiología

La fonoaudiología es la ciencia que consiste en el desarrollo de actividades de investigación, prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento de las perturbaciones de la comunicación humana.

Después del curso de cuatro años el licenciado en fonoaudiología puede actuar en las áreas de habla, audición, lenguaje y deglución, con el

objetivo de mejorar la condición del paciente en la articulación y fluencia de la voz, atrasos en su desarrollo y pérdida de la capacidad del habla. Su actuación profesional puede ocurrir de forma particular o en organizaciones educativas y clínicas comunitarias, públicas y privadas.

### Hemoterapia

Es el sector dedicado al estudio de la sangre, sus disturbios y enfermedades. Actualmente la hemoterapia se destaca como disciplina mixta, basada en fundamentos biológicos y científicos fundamentales, utilizando la fisiología.

Después de tres años de curso, el técnico en hemoterapia puede actuar en todas las áreas de la salud pública y privada, principalmente en unidades hemoterápicas (bancos de sangre), servicios de transfusión y unidades de colecta fijas y móviles. Su rutina de trabajo está relacionada con el ciclo de la sangre y de los procedimientos con finalidades terapéuticas, siendo responsable por la captación y selección clínica de los donantes de sangre, colecta, estudio inmunohematológico y serológico, procesamiento manual o mecánico, conservación y transfusión de sangre humano.

### Imagenología

Consiste en el estudio de órganos o estructuras a través del uso de radiaciones u otros métodos con fundamentos físicos, generando una imagen.

Durante la licenciatura, cuya duración es de cuatro años, este profesional está apto a trabajar en la producción y diagnóstico de imágenes. En su ejercicio profesional acompaña desde la preparación del paciente y del ambiente para la realización de los exámenes hasta el manejo de los equipamientos y producción de las imágenes.

También desarrolla actividades integrando equipos multidisciplinarios de salud, cumpliendo sus funciones específicas atendiendo la prescripción médica, en servicios de radiología y diagnóstico por imagen en hospitales, clínicas, unidades básicas de salud y en otras áreas con actividades de imágenes (veterinaria, industria, etc.).

La UDE también ofrece el curso de licenciatura, con posibilidad de obtener el título de técnico en imagenología después del tercer año.

### Instrumentación quirúrgica

En esta licenciatura de cuatro años, el alumno recibe formación teórico-práctica adecuada para la realización de todas las actividades técnicas en el manejo y cuidado del instrumental y aparato utilizado en las diversas intervenciones quirúrgicas.

Como licenciado su trabajo es realizado en los centros asistenciales públicos y privados, espacios quirúrgicos, comunes y especiales, donde administra los recursos humanos y el material de los bloques quirúrgicos, el control de calidad del instrumental y materiales, además de supervisar el proceso de esterilización y asepsia.

### Laboratorio clínico

Con formación en esta área, el técnico auxilia y ejecuta actividades necesarias al diagnóstico en las áreas de bioquímica clínica, inmunología, hematología y microbiología. Es responsable por obtener y procesar muestras para análisis, como la colecta de sangre, y dar el resultado. En su trabajo, el licenciado realiza todos los procedimientos o técnicas analíticas que se desarrollan en el laboratorio clínico con finalidad preventiva, de control terapéutico o evolutivo de las enfermedades.

Compone equipos multidisciplinarios y desempeña sus actividades en laboratorios de análisis clínicos, de investigación, clínicos y hospitales. La licenciatura en laboratorio clínico, con duración de cuatro años, también es ofrecida por la UDE, donde el alumno puede recibir el título de técnico en laboratorio clínico al final del tercer año.

### Neurofisiología clínica

El licenciado en neurofisiología clínica realiza procedimientos de evaluación fisiológica en las áreas de electroencefalografía, polígrafos, polisonografía, sistema nervioso periférico y otros procedimientos derivados de la especialidad. También desarrolla técnicas de análisis que son necesarias para el diagnóstico, investigación, orientación y prevención de disturbios del sistema nervioso.

Todos los servicios desempeñados pueden ser realizados de forma individual o en un equipo multidisciplinario de salud. Después de los cuatro años de la licenciatura el pro-

fesional puede ejecutar su trabajo en consultorios privados, en el domicilio de los pacientes, en instituciones públicas o privadas, en los departamentos de neurología, neuropediatría, neurocirugía, pediatría, unidades neonatales, quirúrgicas, unidades de tratamiento intensivo, recuperación post anestésica y nefrología.

### Oftalmología

Es la ciencia que consiste en la educación, prevención, rehabilitación y aplicación de procedimientos para el diagnóstico y terapia ocular. El objetivo en el área de prevención es la detección precoz de los problemas visuales en todos los grupos etarios y, a través de la educación, promover mejores hábitos para mantener la salud visual.

Durante los cuatro años del curso el licenciado en oftalmología adquiere conocimientos técnicos indispensables para la toma de decisiones sobre los métodos y técnicas diagnósticas y rehabilitadoras que utilizará en los pacientes.

Hospitales, sanatorios, consultorios privados, escuelas, locales laborales, entre otros, son campos de actuación del oftalmólogo, que también puede integrar equipos multiprofesionales e interdisciplinarios de salud.

### Neumocardiología

En el curso de licenciatura el alumno adquiere los conocimientos necesarios para la ejecución de técnicas de diagnóstico y realización de tratamientos dentro de las áreas de cardiología, neumología, unidades de terapia intensiva, recuperación post anestésica y cirugía cardíaca.

Las actividades bajo su responsabilidad pueden ser realizadas en el domicilio de los pacientes y en las instituciones públicas y privadas. En los servicios de emergencia ejecutan sus tareas individualmente o integrando un equipo de salud multiprofesional.

### Podología

Después de tres años de formación, el técnico en podología es capaz de identificar afecciones y disfunciones que acometen los pies, seleccionar y ejecutar procedimientos podológicos para diferentes patologías, incluyendo evaluación de alteraciones y deformidades y aplicación de técnicas básicas de reflexología.

Puede trabajar de forma independiente o en centros asistenciales públicos y privados, integrando equipos de salud re-



lacionados con las áreas de cirugía, dermatología, diabetología, geriatría, medicina del deporte, pediatría, reumatología y traumatología, entre otros.

### Psicomotricidad

Es un campo transdisciplinario que estudia e investiga las relaciones y las influencias recíprocas y sistémicas entre el psiquismo y la motricidad.

El licenciado en psicomotricidad realiza estimulación, educación, reeducación o terapia de mediación corporal y expresiva, en la cual estudia y compensa la expresión motora inadecuada o inadaptada, en diversas situaciones generalmente relacionadas con problemas de desarrollo y de maduración psicomotora, de comportamiento, de aprendizaje y de ámbito psicoafectivo. Como un trabajador técnico, puede ejercer sus funciones en instituciones de educación y centros de salud. También puede trabajar como profesional liberal. La licenciatura en psicomotricidad también puede ser cursada en la Ucuval.

### Radioisótopos

En el curso de tres años de duración, los técnicos en radioisótopos reciben los conocimientos necesarios a la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que utilizan sustancias radioactivas en forma de fuentes abiertas, así como tareas de enseñanza, investigación y administración dentro de su área. Estos trabajadores ejercen funciones de asistencia, investigación, enseñanza y administración, con el objetivo de prevenir, mantener y recuperar el nivel de salud individual y de la comunidad. Desarrolla sus tareas en servicios de medicina nuclear y en laboratorios clínicos públicos o privados.

### Radioterapia

Radioterapia es el método capaz de destruir células tumorales utilizando un haz de radiaciones ionizantes. En el curso, con duración de tres años, el técnico de esta área se torna capaz, entre otras cosas, de interpretar la indicación médica, planificando el tratamiento, calculando el volumen a irradiar, definiendo los órganos o regiones que deben ser protegidas de las radiaciones y observando las reacciones secundarias al tratamiento.

En su trabajo está apto a manejar todos los equipamientos utilizados, así como a manipular material radioactivo, controlando su almacenamiento, las dosis a ser utili-

zadas y las prácticas de radioprotección. También debe tener conocimientos que permitan el correcto relacionamiento con los pacientes oncológicos y sus familiares. Su trabajo es realizado en el ámbito de un equipo multidisciplinario de salud formado por médico, radio-terapeuta, físico médico, dosimetrista, asistente social, psicólogo y enfermeros.

### Registros médicos

El profesional de esta área tiene la función de mantener completas y actualizadas todas las historias clínicas para uso en tratamientos, acompañamientos e investigaciones estadísticas. Es parte de su rutina idealizar, mantener e implementar sistemas de procesamiento, conservación y extracción de registros de salud en instalaciones médicas y otros locales de cuidados de salud.

La EUTM ofrece el curso de licenciatura, de cuatro años, brindando también la posibilidad de obtener el título de tecnólogo, al cabo de tres años. El licenciado adquiere conocimientos para planificar, organizar y dirigir una unidad de registros médicos en cualquier institución y realizar investigaciones con equipos de salud en el área, integrando principalmente los comités del cuerpo médico que analizan y evalúan cuantitativamente y cualitativamente la atención ofrecida al paciente. A los tecnólogos cabe coleccionar, analizar y procesar datos, además de guardar documentación médica para promover el estudio de la información recolectada para que puedan ser utilizadas en programas de salud.

### Salud ocupacional

Es el área de la salud orientada hacia la promoción de condiciones laborales que garanticen el bienestar físico, mental y social del trabajador, previniendo y controlando los accidentes y las enfermedades a través de la reducción de las condiciones de riesgo.

Después de tres años de curso, el tecnólogo en salud ocupacional está capacitado para reconocer los riesgos de diferentes procesos productivos, promover acciones de prevención con el auxilio de métodos y técnicas de identificación, evaluación y medidas de control de riesgos ambientales, en conjunto con un equipo interdisciplinario de salud. Puede actuar en instituciones públicas y privadas, fabricantes y representantes de equipamientos de seguridad.

### Terapia ocupacional

La terapia ocupacional es una ciencia orientada hacia el análisis y aplicación de técnicas terapéuticas en personas con disfunción física, mental y social, con el intuito de contribuir para la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

La práctica de la carrera de licenciatura en terapia ocupacional comprende evaluación, tratamiento y consultoría. La intervención profesional tiene como propósito la promoción del bienestar, reducción o corrección de disfunciones, estimulación y refuerzo de las capacidades funcionales, que tornan al individuo más adaptado a su medio social. El licenciado es el responsable por la indicación de adaptaciones funcionales que puedan facilitar el desempeño de actividades del cotidiano (alimentación, locomoción y comunicación). El profesional integra equipos interdisciplinarios y ejerce actividades en centros de salud, hospitales y escuelas, entre otros.

### Otras formaciones en el área de salud

- Facultad de Medicina (Udelar): Técnico Promotor de Salud y Prevención de Enfermedades – cuatro años (título intermediario de la graduación en medicina).
- Facultad de Odontología :  
Asistente Odontológico (Udelar), Asistente Dental (Ucuval) e Higienista en Odontología (Udelar) – dos años (títulos intermediarios de la graduación en Odontología);  
Laboratorista en Odontología (Udelar) – cuatro años de curso.
- Facultad de Enfermería (Udelar, Ucuval e UDE): Auxiliar de Enfermería – dos años (título intermediario de la graduación en enfermería).
- Instituto Superior de Educación Física ‘Prof. Alberto Langlade’ (Udelar): Salvavidas (un año); Técnico en Actividades Acuáticas (dos años); Técnico de Baloncesto, Técnico de Fútbol, Técnico en Atletismo y Técnico Deportivo (dos años).
- Escuela de Nutrición (Udelar): Técnico Operador de Alimentos (dos años).
- Facultad de Psicología (Ucuval): Técnico en Acompañamiento Terapéutico (dos años) ■