

RETS

Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud

Bilingual edition
English Spanish

RECIFE, BRASIL/2013

Reuniones y Foro Mundial muestran que hay mucho que pensar y discutir acerca de la fuerza de trabajo en salud.



RETS, RETS-UNASUR y RETS-CPLP: reuniones en Recife consolidan y fortalecen las tres redes



Foro Mundial de RHS: mucha expectativa, pero poco espacio Para los técnicos de salud

Estimado lector, estamos concluyendo un año más de trabajo. Como Secretaría Ejecutiva conseguimos, a pesar de las innúmeras dificultades inherentes a la función, publicar cuatro números de nuestra revista, materializar el proyecto del nuevo sitio web (que estará en línea a mediados de enero), fortalecer nuestra presencia en las redes sociales y realizar, en los días 7 y 8 de noviembre, nuestra 3ª Reunión General, además de las reuniones específicas de la RETS-Unasur y de la RETS-CPLP.

Ciertamente la realización de esas reuniones – con algunas pequeñas fallas, pero con un gran saldo positivo –, en las cuales estuvieron presentes más de 80 personas de casi 20 países de las Américas, África y Europa, solamente fue posible porque contamos con el apoyo incondicional de la Dirección y con la dedicación de varios profesionales de comunicación y de informática de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), así como también con el apoyo de varias instituciones asociadas.

No podemos, por lo tanto, dejar de agradecer a la representación brasileña de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), al Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags), que viene fortaleciendo a cada día su trabajo en conjunto con la RETS, en el ámbito de la Unión de las Naciones Suramericanas (Unasur); a la Coordinación del Grupo Técnico de Recursos Humanos de la Unasur-Salud que ha buscado ampliar la interlocución con la red, en los temas referentes a la formación y al trabajo de los técnicos en salud; y a la Coordinación de Cooperación Internacional de la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP) que, con extrema eficiencia y espíritu de colaboración, atiende prontamente a cada una de nuestras solicitudes, tornando posible el fortalecimiento de la RETS-CPLP y, consecuentemente, de sus miembros. Pero eso no es todo, también queremos dejar registrado

nuestro agradecimiento al Centro de Relaciones Internacionales de la Fiocruz, que estuvo con nosotros a lo largo de todo el año y, al personal de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SG-TES), del Ministerio de Salud de Brasil que, además de cooperar con nuestras reuniones, también se movilizó para la participación de la RETS en el 3º Foro Global de RHS, realizado Recife, en seguida a nuestra reunión.

Cuanto a esta edición de la Revista, no hay mucho que decir, pues trata específicamente de los eventos de noviembre. Queda, para el próximo año, la promesa de retomar algunos temas que venían siendo discutidos y algunas secciones que consideramos fundamentales. Queda también nuestro mensaje de año nuevo y el firme deseo de que, en el 2014, aunque cometamos muchos errores (vea la página anterior), podamos fortalecer el trabajo en conjunto, en la realización de los objetivos que nos unen.

Les deseamos a todos una buena lectura. ¡Feliz 2014!

Secretaría Ejecutiva de la RETS

EXPEDIENTE

Año 5 – N° 18 – Oct./Nov./Dic. 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

SECRETARIA EJECUTIVA DE LA RETS

**Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio**

Paulo César de Castro Ribeiro (director)

COORDENACIÓN DE COOPERACIÓN

INTERNACIONAL

Grácia Maria de Miranda Gondim
(coordinadora)

Ana Beatriz de Noronha
Kelly Robert
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



3^a Reunião Geral da RETS
 3^a Reunión General de la RETS
 3rd General Meeting of RETS

2^a Reunião da RETS-Unasul
 2^a Reunión de la RETS-Unasul
 2nd Meeting of RETS-Unasul

2^a Reunião da RETS-CPLP
 2^a Reunión de la RETS-CPLP
 2nd Meeting of RETS-CPLP



Miembros evalúan el trabajo realizado y asumen compromisos para fortalecer futuras acciones

Por Elisandra Galvão y Raphael Peixoto, con colaboración de Talita Rodrigues (EPSJV/Fiocruz)

Fotos: Maycon Gomes and Paulo Alves/PHD Produções Audiovisuais



Paulo César de Castro Ribeiro, director de la EPSJV/Fiocruz

“Este es un momento en que nos reunimos para planificar y definir el direccionamiento que daremos a la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS) y a las Redes de Escuelas Técnicas de la CPLP y de la Unasur durante los próximos años, de forma a que ellas puedan contribuir efectivamente para el perfeccionamiento de los sistemas nacionales de salud. Es el momento de asumir el compromiso de hacerlo de la mejor manera y conforme a la especificidad de cada país miembro”. Fue con esas palabras que el director de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Paulo César de Castro Ribeiro, dio inicio a la 3^a Reunión General de la RETS, realizada en los días 7 e 8 de noviembre, en Recife (Pernambuco-Brasil), juntamente con la 2^a Reunión de la RETS-CPLP y de la RETS-Unasur.

Después del mensaje de la Dirección de la EPSJV/Fiocruz los demás miembros de la mesa de apertura transmitieron sus mensajes de bienvenida a los participantes del encuentro. En pocas palabras y de forma bastante calurosa el Coordinador de Cooperación Internacional de la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP), Manuel Clarote Lapão; el Coordinador Alterno de Argentina en la Unión de Nacionales Suramericanas (Unasur), Sebastián Tobar; la Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud de la OPS/OMS, Silvia Cassiani; el Coordinador Técnico del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), Henry Jouval; el Coordinador General de Acciones Técnicas en Educación en Salud del Ministerio de Salud de Brasil, Aldiney Doreto; y el Coordinador del Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz (Cris/Fiocruz), Paulo Buss, destacaron, entre otras puntos, la importancia técnica y política de la reunión, la necesidad de fortalecer la iniciativa y el papel de los presentes en las discusiones posteriores, trayendo una visión singular de los problemas de cada institución y país y una mirada plural hacia las cuestiones que afectan a los técnicos en salud y a la Red.

El evento, cuyo tema fue “La Red como espacio de producción de conocimiento sobre la educación y el trabajo de los técnicos en salud”, fue realizada como actividad previa al 3^o Foro Global de Recursos Humanos en Salud (ver página 10), y reunió a cerca de 80 representantes de países e instituciones que integran las redes.



Durante la mesa de apertura, Silvia Cassiani, de la OPS/OMS, congratuló el trabajo que a RETS viene desarrollando en los últimos años

En el temario oficial del encuentro estaban la discusión y aprobación del plan de trabajo y del reglamento de las tres redes y la elección de la futura sede de la Secretaría Ejecutiva de la RETS y de la RETS-Unasur, además de la elaboración conjunta del “Documento de Recife sobre la Formación y el Trabajo de los Técnicos en Salud” (ver página 10), a ser divulgado entre los participantes del Foro Global. En el temario afectivo, el estrechamiento de los lazos entre los miembros y el fortalecimiento de los vínculos que tornan posible el trabajo de la RETS y de sus subredes.

Ponencia inicial discute el trabajo de los técnicos en salud en el contexto global

La primera actividad programada para la Reunión tuvo por objetivo contextualizar las discusiones que serían realizadas durante el evento en un escenario más amplio. La tarea fue desempeñada por el ex-presidente de la Fiocruz, Paulo Buss, uno de los grandes incentivadores de la RETS y uno de los responsables por la creación de la RETS-Unasur y de la RETS-CPLP, con la ponencia “Salud en la Agenda Global del Desarrollo Post 2015: el papel del trabajador técnico en salud y de las redes estructurantes”.

En su presentación, seguida de debate, Buss mostró de que forma la actual situación social, política y económica interfiere en la agenda del desarrollo global; resaltó la cuestión de la determinación social de la salud; comparó los aspectos referentes a la salud en el ámbito de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que se insieren en la Agenda post 2015 y; enunció algunos de los principales desafíos globales, nacionales y locales, incluyendo aspectos de la formación y del trabajo en salud.

Sobre la situación mundial, él mencionó algunas de las principales consecuencias y transformaciones resultantes de la crisis económica instalada en el 2008, que tuvo inicio

en los EUA, y que repercutió en casi todos los países. Según él, por causa de una “dictadura del consumismo, encabezada por los grandes medios de comunicación”, hubo una amplificación de la pobreza y del desempleo, además de una crisis alimentaria, energética y ética. “Observamos la amplificación de la pobreza y del desempleo entre los jóvenes en el mundo, además del trabajo informal precario, pero entre los de menores ingresos. Apenas en Latinoamérica y en el Caribe, son 127 millones y 47% de los trabajadores urbanos en esa situación”, señaló el ponente, manifestando su preocupación con el hecho de haber en el mundo, según datos del 2011 de las Naciones

Unidas, cerca de 925 millones de personas con hambre crónica, 885 millones sin acceso al agua potable y 2,6 mil millones sin acceso al saneamiento básico. “En ese escenario hay una carga triple de enfermedades y globalización de formas insalubres de vida, muchas veces condicionadas por intereses comerciales”. Buss resaltó el hecho de que la expectativa de vida en África Subsahariana es de apenas 53 años, es decir, 27 a menos que en países de altos ingresos. “Es inadmisibles que seres de una misma especie tengan una expectativa de vida tan diferente, apenas por cuestiones de inversiones de capital”, lamentó.

Reafirmando la determinación social de la salud, que resulta no apenas de factores biológicos, sino de cuestiones relativas a ingresos, educación, empleo, desarrollo infantil, cultura, género y condiciones ambientales, entre otras, él garantizó que sin reducciones significativas de las desigualdades e inequidades económicas y sociales, será imposible disminuir las inequidades sanitarias y mejorar la salud. “Salud y sistemas saludables de salud exigen transformaciones en las políticas económicas, sociales y ambientales globales”, defendió.

Sobre el papel de las escuelas técnicas de salud (ETS) en el escenario global, él fue conclusivo. “Ellas deben generar evidencias y traducirlas en políticas; defender la salud y la ciencia para la transformación de políticas sociales y de salud en pro de la equidad social y sanitaria en las esferas nacionales y globales; formar recursos humanos capaces de intervenir técnica y políticamente en los procesos; defender sistemas de salud universales, equitativos, integrales y de calidad; hacer la monitorización político-técnica; reali-



Paulo Buss, coordinador del Cris/Fiocruz

zar trabajos en redes nacionales, regionales y globales para ampliar las capacidades políticas y técnicas”, enumeró, destacando aún la importancia de formación de redes nacionales, regionales y globales para potenciar los resultados.

Para finalizar la programación de la mañana del día 7 se hizo un breve resumen del trabajo desarrollado por la Secretaría Ejecutiva de la Red en los últimos años. La periodista Elisandra Galvão presentó el nuevo sitio web de la RETS, cuyo lanzamiento simbólico ocurrió durante el evento y estará en línea en enero. “El nuevo sitio web, construido a partir de las evaluaciones hechas por los participantes de la 2ª Reunión General de la RETS, en el 2009, presenta una interface más intuitiva, que favorece la localización de noticias y documentos deseados y la interacción entre los usuarios”, explicó. Ella también resaltó el uso creciente que la RETS viene haciendo de las redes sociales para la disseminación de temas de interés e informaciones relevantes sobre la formación y el trabajo de los técnicos en salud.



El encuentro de la RETS contó con la participación de aproximadamente 80 profesionales de diversos países

¿Cómo fortalecer las Redes?

Coordinada por Ana Beatriz de Noronha (EPSJV/Fiocruz), la mesa-redonda “El trabajo en red: el desafío de la institucionalización y la definición de compromisos” reunió Silvia Cassiani (OPS-WDC), Manuel Lapão (CPLP) e Isabel Duré (Ministerio de Salud – Argentina) para discutir estrategias que permitan la continuidad del trabajo de las tres redes: la RETS, una red de conocimiento, creada en 1996 y reactivada en el 2005, por iniciativa de la OPS/OMS; y sus dos subredes – la RETS-CPLP y la RETS-Unasur – creadas en el 2009, como redes de instituciones estructurantes de la salud.

¿Cómo impedir el vaciamiento de la RETS y ampliar la producción y disseminación de saberes que puedan contribuir para el fortalecimiento de la educación de los técnicos en salud en los países? ¿De qué forma la OPS/OMS puede, retomando su papel original, contribuir efectivamente para tal? ¿Cómo hacer para que tanto la RETS-CPLP cuanto la RETS-Unasur, cuya creación fue propuesta y aprobada por las autoridades responsables por los respectivos bloques, consigan superar las dificultades de institucionalización en los países con la finalidad de cumplir su misión de contribuir para la creación de sistemas de salud más adecuados a las necesidades de las diferentes poblaciones? Esas fueron algunas de las cuestiones que nortearon las participaciones de los integrantes de la mesa.

El director de Cooperación de la CPLP, Manuel Lapão, hizo una breve presentación del Plan Indicativo de Cooperación (PIC) 2013-2016, que destina más de seis millones de euros a diversos proyectos y confirma, en la práctica, la cooperación en diversos dominios como uno de los objetivos estatutarios de la CPLP. Lapão destacó el trabajo desarrollado por la RETS en el ámbito del Plan Estratégico de Cooperación en Salud (Pecs) y presentó un video sobre la compra de equipamientos multimedia – televisores, notebooks, proyectores y telones – destinados a 33 instituciones de formación de técnicos en salud de los Palop que integran la Red. Él resaltó el importante papel que la sociedad civil tiene de influenciar las políticas públicas de los Estados y señaló que la discontinuidad geográfica enfrentada por los países de la CPLP, localizados en cuatro regiones geográficas distintas, representa un desafío para la Comunidad y la Red. “Creo que el perfeccionamiento de los mecanis-

mos de comunicación es fundamental para el establecimiento del diálogo y el fortalecimiento de la iniciativa”, afirmó.

En su ponencia, la directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de Argentina, Isabel Duré, buscó reflexionar sobre la RETS y sobre la RETS-Unasur, tomando como base algunos conceptos importantes de red desarrollados por el también argentino Mario Rovere. En ese sentido, ella buscó dar claridad al papel desempeñado por cada uno de los actores involucrados en el proceso y a la propia función de gestión de la red. Sobre las dificultades enfrentadas, ella mostró que algunas son inherentes a la propia forma de organización en red, pero que otras pueden ser superadas con el trabajo en conjunto: “Creo que no hay una solución mágica, pero pienso que para superar algunos de los problemas con los cuales nos deparamos, necesitamos volver a los orígenes y centralizar los esfuerzos en la producción y acumulación de conocimiento en el área de la formación técnica en salud: mapear lo que cada asociado puede ofrecer, es decir, el capital constituido y transferible de cada institución miembro; generar y cumplir acuerdos de trabajo y; buscar fuentes de financiación que puedan viabilizar las acciones propuestas”.

Silvia Cassiani, asesora Regional de Enfermería y Técnicos de Salud de la OPS/OMS, reafirmó el papel de articulación que las representaciones nacionales pueden ejercer en los países con relación a las redes. Utilizando como ejemplo las redes de enfermería de las Américas, Silvia enfatizó la necesidad de construcción de redes nacionales de educación de técnicos, con la finalidad



Isabel Duré, representante del Ministerio de Salud de Argentina

de promover la capilaridad y amplitud de las discusiones y acciones, el fortalecimiento de la sensación de pertenencia y, consecuentemente, el trabajo en varios niveles. “Si tenemos 19 países, podemos tener 19 redes formadas”, resaltó. Según ella, los problemas enfrentados por la RETS son los mismos enfrentados por otras redes y, aunque tengamos el objetivo de mejorar nuestra situación, tenemos que reconocer que la RETS alcanzó una madurez que las otras redes aún necesitan conseguir.

Sobre la cuestión del vaciamiento de la red, ella reforzó la necesidad de divulgación del trabajo y de la propuesta. “Quien está en la RETS necesita saber lo que es una red y cuales son la ventajas y desventajas de pertenecer a la red, de participar del trabajo realizado”, sugirió. Para ella, entre las ventajas y fortalezas de las redes, es posible destacar la posibilidad de aprendizaje mutuo entre los miembros y la formación de un espacio privilegiado para el surgimiento de nuevas ideas y soluciones innovadoras para los problemas existentes.

Todas las ponencias realizadas están disponibles en el sitio web de la RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br)

Reuniones específicas discuten reglamento y planes de trabajo de las subredes

La mañana del día 8 fue reservada para las discusiones específicas de la RETS-CPLP y de la RETS-Unasur. El objetivo de cada una de las reuniones era discutir las propuestas de reglamento y de plan de trabajo para los próximos dos años presentadas por la Secretaria Ejecutiva, así como elegir la institución encargada de la gestión de las redes en ese período. Todos los documentos aprobados en las reuniones están disponibles en el sitio web de la RETS.

En la reunión de la RETS-Unasur, coordinada por la vicedirectora de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la EPSJV/Fiocruz, Marcela Pronko, una propuesta de reglamento fue concluida y será enviada a la Presidencia Pro Tempore de la Unasur-Salud para aprobación. El Plan de Trabajo, pensado de forma integrada con el compromiso asumido por la Unasur durante el 3º Foro Global de Recursos Humanos en Salud (ver página 10), fue aprobado prácticamente sin restricciones. “La idea fue construir un Plan de Trabajo más realista y menos ambicioso que pudiera ser realizado de forma integral, con la participación efectiva de todos los países y que sirviera para generar informaciones cruciales para futuras acciones de la Red. En ese sentido propusimos la realización, en conjunto con el ISAGS, de un estudio a nivel de gobierno que nos permita diseñar un panorama general de la formación y del trabajo de los técnicos en salud en los 12 países de la región, identificando el tipo de formación existente, el marco legal de esa formación, las profesiones regularizadas y otros aspectos legales y organizacionales relevantes”, explica Ana Beatriz de Noronha, resaltando la importancia del proyecto: “Hoy, existe un cuadro muy distinto de formación técnica en los países y un gran desconocimiento de lo que ocurre en cada uno. Eso acaba dificultando la realización de algunas acciones de cooperación que podrían ser plenamente realizadas a despecho de las diferencias existentes. Además, como los datos serán obtenidos en el ámbito de los gobiernos, nuestra expectativa es de que eso pueda fortalecer el proceso de institucionalización de la RETS-Unasur en los países”.

En la reunión de la CPLP, coordinada por Grácia Gondim, en ese entonces coordinadora de Cooperación Internacional de la ESPJV/Fiocruz, la discusión acabó



Miembros de la RETS-Unasur actualizan su plan de trabajo

restringida al reglamento de la red, quedando la discusión del Plan de Trabajo pospuesta para el primer semestre del 2014, en una reunión que será realizada en Portugal. De acuerdo con el texto del reglamento aprobado en la reunión, y que será presentado al Grupo Técnico en Salud de la CPLP, las cuatro funciones de la RETS-CPLP son:



Representantes de África en la reunión de la RETS-CPLP

1. Monitorización y sistematización permanente de las informaciones relacionadas con el área de formación de los trabajadores técnicos en salud y su interface con la organización del trabajo en salud, facilitando la identificación de tendencias y necesidades educacionales, con la finalidad de apoyar la definición de políticas públicas para a área.
2. promover la cooperación técnico-científica y pedagógica entre las instituciones miembros para la elaboración de propuestas educacionales, proyectos de currículo, cursos, material didáctico, metodologías y formación docente en áreas consideradas prioritarias, buscando alternativas y experiencias que puedan ser compartidas;
3. desarrollar mecanismos que faciliten la producción, la divulgación y la sistematización de la información y de la comunicación sobre el área de educación de técnicos en salud entre los integrantes de la Red;
4. fomentar el desarrollo de investigaciones entre las instituciones miembros en la interface de las áreas de Salud, Educación y Trabajo, que permitan ampliar y fortalecer sus actividades de enseñanza y cooperación técnica.

En el caso de la RETS-CPLP, la coordinación técnica de la Red continúa bajo los cuidados de la EPSJV/Fiocruz, que también fue indicada para permanecer como institución gestora de la RETS-Unasur. “Esa situación nos halaga mucho pues representa un reconocimiento al trabajo que hemos desarrollado. Entretanto, nosotros también sabemos que es muy importante compartir la responsabilidad de la gestión con otros miembros de la Red, inclusive para que, en el futuro, ellos se sientan más dispuestos a asumir la función”, dijo Ana Beatriz.

Panel prepara a los participantes para las discusiones finales

La tarde del día 8 comenzó con el panel “El trabajo en red: reconociendo las potencialidades y superando las dificultades”, cuyo objetivo era anticipar algunas cuestiones que serían importantes para la plenaria final de la RETS. En el panel, coordinado por Gracia Gondim, la consultora de Recursos Humanos de la OPS/OMS para la Subregión de América Central y República Dominicana, Mónica Padilla, y Marcela Pronko, compartieron su valiosa experiencia práctica de trabajo e investigación en red con los presentes.



Monica Padilla, de la OPS/OMS, divulga herramientas educativas orientadas a la educación técnica

En su presentación, Mónica enfatizó el aprendizaje en el trabajo en red e hizo una revisión crítica del trabajo que realizó, y viene realizando, en el establecimiento de la Red Andina y de la Red Centro Americana de Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Destacando algunas estrategias ya consagradas, elle señaló la importancia del uso adecuado de los recursos gerenciales y tecnológicos para el fortalecimiento del trabajo, así como la necesidad de la formación de capacidades en esa área. “Nosotros podemos citar el sistema de información integrado del Observatorio de RHS (<http://dev.observatoriorh.org/centro>), en el cual están disponibles informaciones sobre la Medición de las Metas Regionales de RHS y el Campus Virtual de Salud Pública (www.campusvirtualsp.org), que ha desempeñado un papel importante en el desarrollo del personal de salud”, dijo. Otro buen ejemplo de capacitación para el trabajo en red, según ella, sería el curso práctico “Gestión de Recursos Humanos en Salud para los países de Centroamérica y República Dominicana”, que está disponible gratuitamente en la internet (<http://dev.observatoriorh.org/centro/?q=node/75>) y que agrega materiales bastante útiles para el desarrollo de observatorios de RHS, así como para la gestión de sitios web y sus contenidos con el uso del CMS Drupal.

Como coordinadora del denominado “Proyecto Mercosur” (ver RETS 10), que buscó evaluar cuantitativa y cualitativamente la oferta de formación de trabajadores técnicos en salud en los países del Cono Sur – Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay –, Marcela presentó la metodología utilizada y algunos resultados obtenidos en el estudio. Su presentación tuvo el objetivo de aclarar previamente algunos aspectos relevantes sobre la propuesta de plan de trabajo para la RETS para los próximos cuatro años, cuyo punto central es intentar extender la “investigación Mercosur” a otros países interesados, con los debidos ajustes a las especificidades de cada país y con el apoyo de los equipos que ya participaron del proyecto.

Cambios en el reglamento de la RETS quedan para otra ocasión

La plenaria final de la Reunión tenía cuatro objetivos: discusión y aprobación del Plan de Trabajo para el período de 2014

al 2017; revisión del reglamento, elección de la sede de la Secretaría Ejecutiva y, por fin, la elaboración conjunta de un documento sobre la educación de técnicos en salud a ser llevado al 3° Foro Global de Recursos Humanos en Salud.

“Nuestra propuesta de Plan de Trabajo para la Red siguió la misma lógica de los demás. Queríamos algo que pudiera ser cumplido y que nos permitiera mantener el enfoque. Nosotros estamos felices porque el documento que presentamos, y que fue aprobado con pequeñas modificaciones, incorpora tres objetivos – (1) producir, divulgar y promover el intercambio de conocimientos en el área de educación de técnicos en salud; (2) fortalecer, ampliar y difundir la RETS; y, (3) perfeccionar y ampliar las acciones de comunicación en el ámbito de la Red – y apenas cuatro acciones, entre las cuales, la realización, con apoyo de la OPS/OMS, de una investigación multicéntrica en los países que respondan a nuestra invitación y que se comprometan a trabajar en conformidad con la metodología ya aplicada por los países del Mercosur”, comentó Ana Beatriz.

La elección de la sede de la Secretaría Ejecutiva también ocurrió sin mayores



problemas. Como no hubo presentación de ninguna candidatura fue decidido que la EPSJV permanecería con esa función por los próximos cuatro años.

La falta de tiempo llevó a la plenaria a optar por la discusión sobre el Documento de Recife, considerada más política, dejando las modificaciones del reglamento para un momento posterior. El documento aprobado, después de amplio debate y negociación, llama la atención de las autoridades mundiales hacia la falta de visibilidad del trabajo y del trabajador técnico en salud y pide que el tema sea presentado con más frecuencia en los espacios de discusión sobre la fuerza de trabajo en salud.

Al final de dos días de trabajo intenso, pero vigorizante, el director de la EPSJV/Fiocruz, Paulo César Ribeiro, concluyó la Reunión con agradecimientos y promesas. “Me emociona mucho estar aquí. Este es un espacio de mucha energía y, al mismo tiempo en que agradezco la confianza depositada en la Escuela, también me comprometo a trabajar con más empeño aún, juntamente con todo el equipo que está directamente involucrado con las cuestiones de la Red, para fortalecer esta iniciativa que representa una voz aislada en defensa de esos trabajadores que, a pesar de su importancia estratégica para los sistemas de salud, son constantemente olvidados por las autoridades del sector”, afirmó.

Con la palabra, algunos miembros de la Red

Para João Lobato, que es presidente de la Escuela de Tecnologías en Salud de Lisboa (ESTeSL), la Reunión constituyó un momento de consolidación de la RETS como red temática de interés internacional para la formación de profesionales de salud. Él también considera relevante el hecho de que los paneles hayan contribuido para una ampliación de la conciencia sobre la naturaleza y el concepto de red, bien como para la ampliación del sentimiento de pertenencia y de integración plena de los asociados.

“En el caso específico de la reunión de la RETS-CPLP, destaco la posibilidad de reencontrar compañeros con los cuales trabajamos a lo largo de los últimos años, en proyectos colaterales y la discusión y aprobación del Reglamento, que hizo posible el refuerzo del entendimiento sobre el posicionamiento y la importancia de



João Lobato, de la ESTeSL.

los integrantes en la RETS, además de promover una discusión proficua sobre el estatuto de la red asociada de la Red, en una base de entendimiento de adhesión libre y universal”, agregó. “Para los próximos encuentros pienso que además de uno o dos paneles temáticos generales sobre la naturaleza, la importancia y el papel de las redes, también sería de gran valía ofrecer espacio a los asociados, en el sentido de dar a conocer las diversas realidades y experiencias en los países. Eso serviría para ampliar el conocimien-



Al final del 3° encuentro los miembros conmemoraron los avances alcanzados colectivamente durante actualización de los documentos de la Red y del Documento de Recife

to mutuo entre ellos de la red y el intercambio de experiencias. También podría ser interesante promover espacios con inscripción previa de los asociados para que presenten comunicaciones libres, abriendo así la Reunión de la RETS a la integración de una perspectiva política, científica, pedagógica y técnica”, sugiere João, señalando también que podría pensarse en algunos talleres o espacios propios más orientados hacia los docentes, otros para los dirigentes y otros momentos para el encuentro de estudiantes de las varias instituciones y realidades retratadas por la RETS, viabilizados a través de inscripción libre y pagada por los propios participantes/asociados. “Para finalizar, dejo mis votos de continuidad de un buen trabajo y un fuerte agradecimiento por el esfuerzo y dedicación de la Secretaría Ejecutiva de la RETS. ¡Felicitaciones! Saludos a todos desde este lado del Atlántico”, concluye.

También de Portugal llegan las palabras cariñosas de Deolinda Cruz, que participó de la Reunión representando al Instituto de Higiene y Medicina Tropical (IHMT), un tradicional asociado de la RETS. Para ella, la RETS-CPLP es un espacio privilegiado, es un “encuentro de amigos” que la misma lengua aproxima y constituye un Foro importante de intercambio de impresiones y enriquecimiento personal, pues permite alargar conocimientos y entender las dificultades y los esfuerzos hercúleos, y no siempre reconocidos, de los dirigentes de Escuelas con problemas tan diferentes, originarios de países en que muchas veces solamente la lengua es común, pues las realidades divergen marcadamente. “El discurso es vivo y espontáneo, con discusión encen-



Deolinda Cruz, del IHMT

dida y con el consenso siempre alcanzado, aunque algunas veces con dificultad. Creo que el esfuerzo de la Secretaría Ejecutiva, en el futuro, reside en intentar mantener una línea de continuidad de los participantes, y que ellos, dejando de lado una visión de participación individual, pasen a representar efectivamente a su país y a su escuela”, dijo, completando: “Pienso que lo conseguiremos, pero llevará tiempo”.

“La RETS-Unasur fue para mí una experiencia nueva, pero muy agradable, pues me permitió conocer una realidad diferente, aliada a una cultura desconocida para mí. Será más difícil el consenso por las diferencias existentes, pero es sin duda un local privilegiado para el intercambio de experiencias que pueden ser complementarias y enriquecer a ambas las partes”, afirma. “Realzo de nuevo el trabajo de la Secretaría Ejecutiva en conseguir juntar ‘dos mundos’ de forma profesional, con elevado rigor técnico, pero también en un ambiente extraordinariamente amigable en que todos se involucraron y que, estoy segura, dará frutos en el futuro”, agrega.

En la opinión de Carlos Einisman, presidente de la Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear (AATMN), la Reunión de la RETS significó una nueva oportunidad de reencontrar y de profundizar los vínculos entre los miembros, conocer las diferentes situaciones y poder construir una visión más amplia y enriquecedora de la realidad regional. “Vemos, con placer, los pasos dados en este espacio y el reconocimiento del lugar que ocupan los trabajadores y profesionales de la salud, así como las importantes diferencias que persisten en las diversas realidades locales. La Red es un excelente escenario político e intelectual para la interacción entre los miembros y la mejor estrategia de fortalecimiento del trabajo en conjunto”, defiende, sugiriendo que ya es hora de generar, en el ámbito de la RETS, investigaciones sobre la invisibilidad de los técnicos en salud y de pensar en conjunto una estrategia para revertirla. “Que nosotros de las asociaciones de técnicos en salud participemos más de la RETS, ya que la educación es determinante para la calidad y el alcance del ejercicio profesional”, finaliza. ■



Carlos Einisman, de la AATMN



Miembros de la RETS-CPLP, director de la EPSJV/Fiocruz y el equipo de la Coordinación de Cooperación Internacional

DOCUMENTO DE RECIFE SOBRE LA FORMACIÓN DE TRABAJADORES Y PROFESIONALES TÉCNICOS DE SALUD

Discutido y aprobado durante la 3ª Reunión General de la Red Internacional de Educación de Técnicos de Salud (RETS), realizada durante los días 7 y 8 de noviembre de 2013, en Recife-PE, Brasil, como actividad previa al 3º Fórum Global de Recursos Humanos de Salud, este documento aborda algunos desafíos que desde el inicio orientan el trabajo desarrollado en el ámbito de la Red y de sus dos sub-redes: las Redes de Escuelas Técnicas de la Unión de Naciones Sudamericanas (RETS-UNASUR) y de la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (RETS-CPLP). Su objetivo es dar visibilidad y fomentar la reflexión y los debates acerca de la educación y del trabajo de los técnicos de salud y su papel en la organización y funcionamiento de sistemas de salud capaces de atender plenamente a las necesidades de salud de las poblaciones.

La RETS y sus sub-redes – RETS-CPLP y RETS-Unasur –, compuestas por casi 100 miembros de 19 países, deciden hacer público su análisis sobre el contexto actual de la formación de técnicos de salud y sus propuestas de allí derivadas.

I. Considerando que:

1. En las últimas décadas, nuestros países atravesaron reformas liberalizantes, con enfoque en el mercado, donde las políticas de educación y de salud fueron particularmente reconfiguradas en este contexto, tensionando herencias históricas con las recetas homogeneizantes para hacer frente a los desafíos de la globalización. En consecuencia, entre los países que integran la RETS se profundizaron las diferencias estructurales y desigualdades políticas, sociales y culturales. La Educación de Técnicos en Salud condensa elementos clave tanto en lo que se refiere a la regulación de las relaciones de trabajo, como a las políticas de educación y se relaciona, directamente, con los principios y características de las políticas nacionales y regionales de salud.
2. La Educación de Técnicos en Salud condensa elementos clave tanto en lo que se refiere a la regulación de las relaciones de trabajo, como a las políticas de educación y se relaciona, directamente, con los principios y características de las políticas nacionales y regionales de salud.
3. Los trabajadores técnicos en salud representan la porción más significativa del personal vinculado a los servicios de salud. Sin embargo, no hay una definición unívoca, en los países que integran la Red, del significado de las expresiones “trabajadores técnicos en salud” y “profesionales técnicos en salud”, dado que el carácter de “técnicos” y de “profesional” está relacionado tanto al desarrollo histórico de los sistemas educacionales nacionales cuanto al carácter particular que asume el trabajo en salud. En ese sentido, es fácil constatar la existencia de un desconocimiento sobre quiénes son, qué hacen y dónde están esos trabajadores, lo que reafirma la poca visibilidad de la categoría y la falta de reconocimiento profesional.

4. Indicios señalan que:

- a. La formación de los trabajadores técnicos en salud se encuentra determinada por imperativos de mercado (sea

en la oferta institucional de formación, sea en la definición curricular de las especializaciones) que contribuyen para profundizar, de forma específica en cada caso, el cuadro de las desigualdades sociales nacionales y regionales.

b. La formación ofrecida a esos trabajadores señala un alto grado de instrumentalidad, fragmentación y especialización, lo que tiende a comprometer una apropiación integral de las técnicas necesarias al trabajo en salud, presentadas de forma desarticulada de sus fundamentos científicos y sociales, y, principalmente, el desarrollo de una mirada crítica y reflexiva sobre su quehacer social, su inserción en los sistemas públicos de salud, y los determinantes sociales de su actuación profesional, precondition para la propia construcción de los sistemas públicos universales de salud que nuestros países anhelan.

II. Reafirman su disposición de:

1. Incentivar, en el ámbito de las Redes, la realización de estudios, que, estimulando el desarrollo de bases de datos integrados, resulten en nuevos conocimientos sobre la educación de los trabajadores técnicos de salud, su inserción en el mercado de trabajo, así como su movilidad en el ámbito nacional, regional y global.
2. Intensificar la dimensión de divulgación, información y comunicación en salud, como elemento indispensable para el fortalecimiento de un colectivo crítico en el campo de la educación de técnicos de salud, buscando involucrar otros colaboradores y a las autoridades nacionales responsables por la toma de decisiones referidas a las diversas dimensiones contenidas en el tema.
- 3.3. Apoyar el carácter integrado e integral de cualquier proyecto público que se proponga a articular la educación de trabajadores técnicos de salud, que incorpore los fundamentos científico-tecnológicos y sociales de su actividad, los presupuestos y los problemas que orientan la organización de los sistemas nacionales de salud, a la luz de los determinantes sociales y de la atención primaria de la salud.

III. Y reivindican que:

1. Las autoridades nacionales, regionales y globales de salud, así como los organismos internacionales que discuten temas referidos a la fuerza de trabajo en salud, incorporen definitivamente la cuestión de los trabajadores y profesionales técnicos de salud en sus agendas y espacios de discusión, retirándolos de su condición de invisibilidad histórica y trabajando por la solución de los problemas señalados en este documento.

Sitio de la RETS (rets@epsjv.fiocruz.br)
Secretaría Ejecutiva de la RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br)

Evento realizado en Brasil señala los problemas de los países y busca soluciones en común

Por Ana Beatriz de Noronha, con colaboración de André Antunes (Revista Poli – EPSJV/Fiocruz) y Mariana Moreno (ISAGS)

El 3° Foro Global sobre Recursos Humanos para la Salud, realizado en Recife, Brasil, del 9 al 13 de noviembre del 2013, tuvo el desafío de elaborar propuestas concretas para ampliar la cobertura universal de salud a nivel mundial a través de políticas de calificación y aumento del número de trabajadores de salud. El evento, que permitió la realización de un balance de los resultados alcanzados en los últimos diez años en el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con los trabajadores de la salud, también servirá de base para la elaboración de futuras estrategias en esa área.

Realizado por iniciativa de la **Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario** (GHWA, del inglés Global Health Workforce Alliance) y organizado por el Ministerio de Salud de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Foro, cuyo tema fue “Recursos Humanos para la Salud: fundación para la cobertura universal de salud y agenda de desarrollo post 2015”, acabó reuniendo aproximadamente a dos mil personas de más de 90 países.

Fotos: Ana Paula Evangelista (RET-SUS) y Ministerio de Salud de Brasil

La GHWA fue creada en el 2006 como una plataforma común de acción para enfrentar la crisis en el área de recursos humanos en salud. Estrechamente relacionada con la OMS, la Alianza es un trabajo en conjunto entre gobiernos nacionales, sociedad civil, organismos internacionales, instituciones financieras, investigadores, educadores y asociaciones profesionales dedicada a identificar, implementar y defender soluciones para la crisis.



Énfasis a la necesidad de implementar cambios fue la tónica de la ceremonia de apertura

“Nuestra meta es explícita y profunda: nada menos que garantizar el acceso de todas las familias y comunidades a un cuidado de salud amplio y de calidad, no importando los ingresos, la lengua, orientación sexual, local de residencia o etnia”, afirmó la directora de la OPS/OMS, Carissa Etienne, durante la ceremonia de apertura del evento. Según ella, a pesar de la región de las Américas haber avanzado en ese sentido en los últimos años, ampliando el número de personas con acceso a la salud, los desafíos persisten. “Aún hay mucho que hacer si queremos alcanzar y superar los desafíos de un ambiente que cambia continuamente, con la finalidad de atender a aquellos que aún no tienen acceso a la salud, sin hacerlos sufrir financieramente. Necesitamos cambiar la manera como vemos a la fuerza de trabajo en salud; no apenas como componentes de la producción de servicios, sino como agentes de cambio en la sociedad”, continuó Carissa. Ella defendió la necesidad de direccionamiento en las políticas de recursos humanos en el sentido de instituir una “cultura de gestión abierta, que de poder a los trabajadores y a su creatividad, y que, a través de políticas de educación que van más allá de la fragmentación de los sistemas médicos, sea posible la formación de trabajadores con una visión holística de la salud y fuertemente imbuidos de los valores esenciales de la cobertura universal”, señaló la directora de la OPS. Carissa concluyó su intervención resaltando la necesidad de que la formación de los trabajadores de la salud sea capaz de provocar su comprometimiento político, contribuyendo para que ellos “se recusen a aceptar las desigualdades de la pobreza y de la injusticia social, para crear un cambio social constructivo” e indagó “¿Cómo ayudarlos, por ejemplo, a cuestionar una industria como la del tabaco, que crea lucros a partir del vicio de las personas? Nada de eso es fácil o simple, pero esos trabajadores son necesarios, a menos que queramos comprometer el futuro”.

Marie-Paule Kieny, directora general asistente de la OMS para el área de Sistemas de Salud e Innovación, afirmó que el objetivo de que todos los países tengan sistemas universales de salud es ambicioso, principalmente si se considera el déficit de trabajadores de salud en el mundo, que según ella, llega actualmente a los 7,2 millones de profesionales. “Ese vacío va a aumentar aún más si no hacemos nada. Las enfermedades transmisibles y el envejecimiento de la población pueden tornarse un problema agudo. Necesitamos cambios de paradigma en varias dimensiones: financiación, gestión, gobernanza. Es necesario un abordaje más sistémico que reconozca las relaciones entre las acciones y las coloque dentro de un sistema más amplio de salud”, enfatizó. Para ella, los debates e informes producidos durante el Foro deben contribuir en ese sentido. “Nuestro claro desafío es la movilización de los recursos políticos para la renovación de los recursos humanos en salud. Este Foro va a enfatizar la centralidad de los recursos humanos en salud y estimular fuertes decisiones que aseguren que los trabajadores estén comprometidos y motivados y que ellos tengan acceso al trabajo”.

El ministro de salud de Brasil, Alexandre Padilha, señaló el desafío del país de ofrecer cobertura universal y gratuita a su población de más de 200 millones de personas y enumeró los cuatro principales retos estratégicos que deben ser superados: (1) financiación del sistema, (2) gestión y planificación coordinada de las acciones en los tres niveles de gobierno – nacional, estadual y municipal –, (3) producción de insumos y medicamentos esenciales y; (4) la formación con calidad y en cantidad de trabajadores que puedan garantizar la salud universal y gratuita para la población brasileña. “Ese es



Compromiso asumido por la Unasur reitera la importancia de la formación de los técnicos en salud

De acuerdo con la GHWA, el suceso de su acción depende directamente de la contribución de sus miembros y asociados empuñados en resolver la crisis de los recursos humanos en salud. En ese sentido, el Foro realizado en Brasil sirvió tanto para que los miembros de la Alianza pudieran hablar sobre el trabajo que vienen realizando cuanto para asumir nuevos compromisos (*commitments*) y responsabilidades que tengan como objetivo contribuir para la reducción de la crisis. Por causa del Foro la Alianza ya recibió, desde el evento, más de 80 compromisos de Estados integrantes de la OMS y de otros grupos, entidades y organizaciones, todos ellos estructurados de acuerdo con un modelo previamente definido por la propia Alianza y por el Secretariado de la OMS. De los compromisos asumidos, 70 fueron presentados durante el Foro de Recife, divididos en cinco sesiones diferentes y están disponibles en el sitio web de la GHWA.

El día 11 de noviembre, en la sesión destinada a América Latina y coordinada por la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa Etienne, además de varios compromisos nacionales, fueron presentados también los compromisos del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue (Oras-Conhu), que es parte del Sistema Andino de Integración, del Consejo de Ministros de Salud de América Central y de la República Dominicana (Comisca) y de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur).

El peruano Pedro Díaz, en nombre de la Coordinación del Grupo Técnico e Recursos Humanos (GTRHS) del Consejo Suramericano de Salud (Unasur-Salud), hizo la presentación del compromiso asumido por el bloque, fruto de un trabajo colectivo articulado por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), que envolvió a la Red de Escuelas Técnicas (RETS), a la Red de Escuelas de Salud Pública (RESP) y a los miembros del Grupo Técnico.

El documento entregado a la GHWA reitera las obligaciones referentes a los RHS previamente asumidas por la Unasur a nivel global, con la OMS y la Declaración de Kampala, a nivel regional, con las metas regionales de la OPS/OMS y, subregionalmente, con el Mercosur, el Oras-Conhu y la Comunidad del Caribe (Caricom). Además, también se refiere directamente al Plan Quinquenal 2010-2015 de la propia Unasur en aquello que está relacionado con la cuestión de los recursos humanos en salud.

En lo que se refiere a los técnicos en salud la Unasur se comprometió a realizar, en los próximos años, una amplia recopilación de datos con los gobiernos nacionales, con la finalidad de diseñar un panorama de la formación de esos trabajadores en los 12 países que componen el bloque. La iniciativa pretende identificar, entre muchas otras cosas: la legislación relacionada al tema, la naturaleza de las instituciones responsables por la formación (públicas y privadas), las profesiones (carreras) reconocidas oficialmente, los órganos responsables por la regulación de la enseñanza y del ejercicio profesional, los requisitos previos y el tiempo de formación. La idea es que el resultado del trabajo pueda servir para aumentar el conocimiento que se tiene sobre el tema, facilitando la identificación de las particularidades y semejanzas que existen entre los países y, consecuentemente, fortaleciendo las acciones de cooperación técnica para la educación de técnicos en salud en el ámbito regional.

Eventos paralelos confirman complejidad de la cuestión de los RHS

Con la finalidad de ampliar los debates sobre algunos temas específicos, fueron realizados 44 eventos paralelos al 3° Foro Global de RHS, seleccionados entre las innumerables propuestas recibidas por la GHWA. La selección de los eventos, que ocurrieron el 9, 10 y 13 de noviembre, fue realizada, de acuerdo con la Alianza, de forma a atender a la necesidad de equilibrio regional/institucional, la representación multisectorial de las organizaciones miembros/asociadas de la GHWA, la relevancia del tema y las expectativas de los participantes. Seis de las 44 actividades fueron propuestas por el gobierno brasileño y mostraron algunas experiencias que se vienen realizando en el país.

Los eventos paralelos abordaron temas como: planificación, reclutamiento y retención, liderazgo, gestión, seguridad y salud ocupacional, los papeles del sector privado y de la sociedad civil, agentes comunitarios de salud, enfermeros y parteras, entre otros.

no muere precozmente necesita pediatras, nutricionistas, sicólogos y agentes de salud calificados. Todos estos problemas exigen políticas públicas capaces de ofrecer profesionales con calidad para enfrentarlos”.

El ministro brasileño aprovechó la ocasión para resaltar la escasez de médicos en el país. “Brasil tiene 1,8 médicos para cada mil habitantes, número inferior al de países como Argentina, Uruguay y Portugal. Son pocos los médicos y los que tenemos están mal distribuidos: 22 estados tienen menos médicos que la media nacional de 1,8 para cada mil habitantes y cinco estados tienen menos de un médico para cada mil habitantes”, justificó.

El papel del Estado en la regulación: tema gana centralidad durante el segundo día del Foro

El papel del Estado en la regulación del trabajo y de la educación en la salud fue el tema central de varias discusiones realizadas en el segundo día del evento. La mesa redonda “Necesidades sociales y el papel regulador del Estado”, de la cual participaron representantes de los Ministerios de Salud de Argentina, Brasil, Francia e Italia, buscó entender cuándo y cómo el Estado debe intervenir para garantizar la cobertura universal de salud a la población a través de políticas de formación de trabajadores de salud y de su distribución por el territorio, de acuerdo con las necesidades y características epidemiológicas de cada región. La idea era pesar que políticas el Estado debe adoptar para inducir la distribución equitativa de trabajadores de salud por todo el territorio nacional, sin desconsiderar la autonomía de los centros de formación y el derecho de los trabajadores de escoger donde quieren trabajar.

Para el secretario de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del Ministerio de Salud de Brasil, Mozart Sales, “la perspectiva de que entidades profesionales trabajen junto con el Estado es fundamental. El trabajo en conjunto es necesario, pero lo más importante es el interés sanitario de la

el desafío más crítico, que exige el mayor esfuerzo político, el mayor intercambio de experiencias y de conocimiento”, dijo el ministro. Según él, a lo largo de los últimos 25 años, a través del Sistema Único de Salud (SUS), Brasil trabajó mucho para alcanzar los ODM, principalmente con la reducción de las tasas de mortalidad infantil. “Brasil fue el país que más las redujo en Latinoamérica y para eso fue decisivo el abordaje multiprofesional, no apenas enfocado en los médicos, dando un peso importante a los agentes comunitarios de salud, que son liderazgos comunitarios que conocen la realidad de la población”, explicó Padilha. El ministro también destacó que la reducción de la tasa de mortalidad y el envejecimiento de la población, que ocurren simultáneamente, acaban trayendo nuevas cuestiones al SUS. “El país envejece rápidamente y eso acaba ejerciendo un fuerte impacto en los costos de la salud, además de exigir la formación de profesionales y de equipos multiprofesionales con otros perfiles. Esos adultos mayores necesitan de un cuidado especial de salud, de lechos de terapia intensiva, de médicos capacitados para cuidar del envejecimiento, de espacios públicos para ejercicios”, dijo, para enfatizar en seguida la atención a la salud infantil: “el niño que



La programación incluyó diversos debates a lo largo de tres días

población, que puede entrar en choque con los intereses de reserva de mercado”. Según Sales, el Estado debe guiarse por los intereses colectivos de la mayoría, no puede desconocer cuales son los enfrentamientos y reconfiguraciones necesarios para realizar los cambios precisos. “Por eso estamos realizando un registro nacional de especialistas médicos. Brasil, hasta hoy, no tenía esta base de datos de especialistas con el área de formación y la región donde están. Esta herramienta es importante para planear por hasta 15 años las necesidades de formación de profesionales de salud de acuerdo con los aspectos epidemiológicos de la población”, complementó.

Cuestionado por la periodista Ghida Fakhry, mediadora de la mesa, sobre cómo el Estado debe actuar para garantizar la fijación de profesionales de salud en regiones pobres y distantes de grandes centros urbanos, Mozart Sales fue enfático: “Hoy, en Brasil, enfrentamos problemas por causa de la superespecialización precoz de los profesionales y por la dificultad de las instituciones de formación de establecer procesos formativos centrados en la atención primaria. En las regiones donde la fijación se ha mostrado casi imposible tenemos que crear condiciones atractivas. En áreas de difícil proveimiento debido a su localización geográfica, como la Amazonía o los distritos indígenas, es necesario pensar en el establecimiento de un plan de carrera para los profesionales, darles acceso a herramientas que

permitan la toma de decisión y ofrecerles infraestructura necesaria para que puedan actuar. También creo que debemos estructurar el aparato de formación de forma a que se piense en las necesidades sanitarias y en formar personal que trabaje para ayudar a disminuir la miseria”.



Participaron del Foro dos mil personas de más de 90 países

A Jean Marc Braichet, jefe de gabinete del Ministerio de Salud de Francia, la periodista preguntó si es papel del Estado obligar a los trabajadores a desplazarse a locales donde ellos no quieren ir. Braichet respondió que el Estado debe adoptar políticas con base en el estímulo al desplazamiento. “Tomo el ejemplo de Francia, donde tenemos regiones donde no hay médicos porque no hay regulación que los obligue a ir. Vamos a conservar la total libertad de los médicos, pero vamos a instituir una regulación basada en el estímulo a fijar médicos donde hay necesidad de médicos, entre ellas: la firma de los contratos con el Estado, caso lo deseen, y becas de estudio correspondientes a la duración del contrato, que puede ser de dos o tres años. Eso sería importante para motivar a los profesionales de salud a fijarse en zonas deficitarias, principalmente parteras, médicos y enfermeras recién graduados. El joven diplomado hoy tiene nuevas expectativas y tenemos que ver como desean trabajar y lo que puede motivarlos a trabajar donde se les necesita”, explicó.

Al ser cuestionado por la mediadora sobre si la reglamentación no significa una carga financiera para el Estado, Gabriel Yedlin, representante del Ministerio de Salud de Argentina, concordó con la perspectiva de que colocar al Estado no apenas como regulador, sino como prestador de servicios, como ocurre en Argentina, cuesta menos dinero, pero ponderó: “Cuando los países crecen mucho, el aumento del costo por causa del aumento del número de funcionarios públicos encargados de la prestación de servicios es bastante comprensible. Tenemos que considerar que eso puede representar el aumento de la accesibilidad de la población a esos servicios, especialmente de aquellos que no tengan ese derecho”. De acuerdo con Gabriel, el Estado también tiene la obligación de actuar en la regulación de aquellos sectores que impactan en el sector salud, como la industria del alcohol, del tabaco y de los alimentos procesados. “Todo eso repercute en la salud a largo plazo. Cuando analizamos el problema bajo esa perspectiva, percibimos que cualquier solución debe abarcar a la sociedad en su conjunto. Una sociedad regulada no es una sociedad sin libertad, es una sociedad que crea normas para que su población sea más sana”, justificó el argentino.

Mozart Sales, a su vez, hizo referencia a la Constitución Brasileña de 1988 para defender que el Estado debe tener un papel activo también en la orientación de la formación de trabajadores para el sistema de salud. “Nuestra Constitución dispone que cabe al SUS ordenar la formación de recursos humanos. Esa comprensión de la regulación es la construcción de políticas afirmativas, de acompañamiento del mercado de trabajo, de construcción y adquisición de tecnologías para tomarlas accesibles. Eso debe estar articulado con el sistema formador. No es admisible que eso quede subordinado a los intereses corporativos, que quieren reducir la capacidad del Estado de implantar las transformaciones necesarias”, dijo, para en seguida concluir que “el Estado no es un proceso autoritario y sin la representación jurídico-social de una plataforma política cuya posesión es disputada a cada cuatro años”.

La formación en salud debe atender a los intereses del sistema

Después de finalizada la mesa redonda, tuvo inicio una ronda de debates menores que buscaron discutir posibles desdoblamientos del tema central. La regulación de las instituciones formadoras de trabajadores de la salud fue tema del debate “Cultivando excelencia: regulación de las instituciones encargadas de la educación y entrenamiento de trabajadores de la salud”, del cual participaron el secretario ejecutivo de la Universidad Abierta del Sistema Único de Salud (UNASUS), Francisco Campos, el profesor de la Facultad de Medicina de Marfilia, Carlos Rodrigues da Silva Filho, además del Ministro de Salud y Asistencia Social de Guatemala, Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez y un representante del gobierno de Camboya. La centralidad dada a las cuestiones relativas a la formación de médicos y enfermeros generó polémica en el debate.

“Hoy tenemos, en Brasil, cinco estados con una proporción muy baja de médicos por habitante y, al mismo tiempo, tenemos más enfermeros de lo que necesitamos. La formación de médicos y enfermeros cuenta con subsidios públicos y tenemos que pensar si, del punto de vista de los recursos utilizados, vale la pena tener 200 escuelas de medicina y 500 de enfermería vertiendo profesionales en el mercado de trabajo. No podemos abrir mano del Estado para regular esa formación para que los intereses públicos sean cubiertos”, afirmó Francisco Campos, destacando el hecho de que, aunque el dinero público subsidia la formación de médicos y enfermeras, la oferta de educación permanente hoy es direccionada por intereses privados. “Un médico pasa 30 años en el servicio de salud y ¿cuál ha sido la oferta de educación permanente para él? Aquí en Brasil una investigación del Consejo Federal de Medicina (CFM) constató que la mayor parte de la oferta viene de representantes de laboratorios farmacéuticos, que tienen intereses vinculados a su industria. El sector público no puede dejar que la única forma de educación permanente sea direccionada

por intereses de la industria farmacéutica. Es en ese sentido que defendemos la presencia del Estado en el aparato regulatorio de la formación en salud”, concluyó.

Carlos Rodrigues da Silva Filho, a su vez, defendió el programa “Más Médicos”, del gobierno brasileño, el cual, en su opinión, tiene potencial para disminuir las desigualdades en la proporción de médicos entre las regiones brasileñas. “En el 2011, al mismo tiempo en que el nordeste brasileño tenía 300 ciudades sin ningún profesional de salud la gran mayoría de las escuelas médicas estaba en la región sudeste del país. Ni siempre el Estado y las corporaciones médicas tienen agendas en común y los países necesitan rescatar su capacidad de planificación a medio y largo plazo. Lo que “Más Médicos” va a hacer es abrir escuelas por licitación, de acuerdo con la necesidad social, y establecer parámetros para las instituciones que quieran abrir nuevos cursos como una forma de planificar la fuerza de trabajo, cosa que no se hizo en los últimos 20 años”, dijo Carlos. Según él, las corporaciones médicas que se han posicionado contra el programa estaban “habituadas a colocar su agenda sobre la agenda nacional”, y necesitan “parar para reflexionar ya que 80% de la población apoya el programa. Tenemos que rescatar nuestra capacidad de ver cuantos médicos tenemos y cuantos necesitamos en cada área. Para eso es necesario dialogar”, comentó.

El énfasis dado a los médicos en las discusiones provocó una crítica de Villavicencio Álvarez, que hizo incapié en que “no son apenas los médicos los que hacen la salud. Lamentablemente somos formados en hospitales y el concepto de salud pública asume un carácter biologicista, enfocado en a enfermedad y, consecuentemente, en los médicos”, dijo. Entretanto, según él, la reducción de la desnutrición, que afectaba a la mitad de los niños con menos de cinco años, y la mortalidad materna, que llevaba a 139 de cada cien mil partos, ocurrió gracias a una política de certificación de nutricionistas y parteras. “Infelizmente, aunque todos hablen de la Atención Primaria, el enfoque continúa en los hospitales y en los comprimidos. La Atención Primaria es fundamental, pero no tuvo la merecida repercusión en los países. Establecer la Atención Primaria en Salud en los Objetivos del Milenio es importante, pero eso no basta. Nosotros no podemos continuar haciendo la misma cosa, tenemos que enfocar en la prevención de las enfermedades, incorporando otros actores que no son apenas los médicos y enfermeros”, defendió el ministro guatemalteco.

Divulgación de la declaración política marca el fin del 3º Foro

La divulgación de una declaración política orientada, según sus organizadores, hacia la renovación de compromisos asumidos por los países en las dos ediciones anteriores del evento – Kampala (Uganda), en el 2008, y en Bangkok (Tailandia), en el 2011 – marcó el final del 3º Foro Global de RHS.

El documento será llevado a la 67ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, a ser realizada en mayo de este año en Ginebra (Suiza), y la expectativa es que de origen a una resolución específica a ser adoptada por los países miembros de la Organización.

En la ceremonia de clausura, al hablar en nombre de la OMS, la directora general asistente de Sistemas de Salud e Innovación, Marie-Paule Kieny, afirmó que las “conquistas” de la Declaración de Recife “no deben ser subestimadas”. En ella, dijo Marie-Paule, los países “diseñaron acciones que van a transformar y mejorar el escenario para los trabajadores de la salud y priorizar sus necesidades en un mundo donde ellos son cada vez más solicitados”.

Por el gobierno de Brasil, país sede del evento, el Secretario de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del Ministerio de Salud, Mozart Sales, afirmó que el documento “traduce nuestros anhelos y deseos, y expresa el camino que debemos seguir para superar el desafío de proveer profesionales de salud en número adecuado y distribuirlos de forma equitativa, con la finalidad de superar las desigualdades regionales, tanto en el mundo cuanto en el interior de los países”. De acuerdo con él, la Declaración debe servir como guía para el establecimiento de mecanismos de gobernanza regional articulada para construir procesos formativos interesantes, con base en el intercambio de experiencias y en la búsqueda de evidencias que muestren los caminos correctos.

A lo largo de sus 23 artículos la declaración aborda la necesidad de aumentar recursos financieros para el área de recursos humanos en salud a nivel global y también pide que los recursos ya existentes sean mejor utilizados a través de la mejoría de la gobernanza y gestión. Para la Alianza, la declaración enfatiza la importancia de fortalecer los sistemas de información sobre recursos humanos en salud, adoptando soluciones innovadoras e invirtiendo en investigación. Con base en el documento, cada país tendrá que tomar medidas apropiadas de acuerdo con su propia situación, teniendo en mente que la financiación es apenas parte del problema.

A pesar de ser considerado uno de los momentos más significativos del Foro, la presentación de la Declaración Final del 3º Foro Global fue marcada por críticas, entre ellas la de los representantes de los 12 países que integran la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur), los cuales intentaron, sin suceso, proponer pequeños cambios en el documento presentado. La principal crítica (ver cuadro en la pág. 11) es que, de forma distinta a los foros anteriores, cuyos documentos finales eran más democráticos y representaban la posición de todos los participantes del evento, la declaración del Foro realizado en Brasil

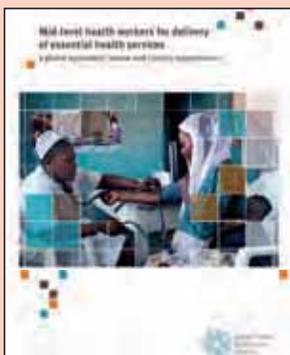
reflejó apenas la posición de los países que tienen representación en la OMS.

El documento comienza afirmando que el goce del más “alto estándar posible” de salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano, “sin distinción de raza, religión, convicción política o condición económica o social [...]”. Poblaciones sanas y sistemas nacionales de salud con un buen desempeño son fundamentales para un desarrollo sostenible, equitativo e inclusivo. La realización de los objetivos de salud requiere acción coordinada y solidaridad a nivel internacional, regional, nacional y local. Recursos humanos en salud desempeñan un papel indispensable en la realización de metas de salud como las Metas de Desarrollo del Milenio”. Entretanto, alerta la declaración más adelante, “la inversión en recursos humanos en salud continúa baja; existen discrepancias entre la oferta y la demanda de trabajadores de salud; la planificación en recursos humanos en salud es frecuentemente fragmentada por intervenciones descoordinadas en cuestiones aisladas, enfocando una situación o enfermedad específica y no la prevención [...]. Como consecuencia, carencias severas de recursos humanos en salud, deficiencias en la distribución y en el rendimiento, desequilibrios entre géneros y malos ambientes de trabajo para el personal de salud permanecen como cuestiones preocupantes”.

Publications posted on the event

Mid-level health workers for delivery of essential health services: a global systematic review and country experiences

(Global Health Workforce Alliance, nov/2013).



Disponible en la página del Foro: www.who.int/workforcealliance/forum/2013

Escasez crítica, mala distribución, retención y vacíos en el desempeño de recursos humanos en salud dificultan la prestación de servicios necesaria para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el camino en direc-

ción a una cobertura de salud universal (UHC). El objetivo de la publicación es evaluar la eficacia de la atención prestada por profesionales de salud considerados de nivel medio (MLHWs), es decir, que reciben de dos a cinco años de formación para adquirir habilidades básicas para el diagnóstico, la gestión de condiciones frecuentes y la prevención de enfermedades.

Transforming and scaling up health professionals education and training: WHO Education Guidelines 2013

(OMS, nov/2013).



Disponible en: www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/index.html

Esas directrices señalan nuevos abordajes en la educación de los profesionales de salud. Abordajes que vienen para transformar los sistemas, cambiando el enfoque tradicional, centralizado en los hospitales terciarios, para iniciativas que promuevan el involucramiento de la comunidad. La publicación trae recomendaciones que pueden facilitar la implantación de esfuerzos que vengán para transformar la educación e los profesionales de salud incentivando, entre otras cosas, la interacción entre las áreas de educación, salud y otros sectores con la finalidad de perfeccionar la planificación.



Representantes de la EPSJV/Fiocruz acompañaron los debates en el evento

En seguida, el texto afirma el reconocimiento de que “las necesidades de la fuerza de trabajo en salud en el futuro serán afectadas por una carga de enfermedades en evolución, caracterizadas por una mayor necesidad de prevención, tratamiento y cuidado sobre las enfermedades no transmisibles; tendencias demográficas, incluyendo el envejecimiento poblacional; avances tecnológicos y; factores macroeconómicos y de desarrollo más amplios, con potencial para reducir presupuestos del sector público, pero, al mismo tiempo, crear nuevas oportunidades para inversiones en salud”.

En lo que se refiere a la migración de trabajadores de la salud, que afecta principalmente a las naciones más pobres con la salida de trabajadores hacia otros países en busca de mejores salarios, la Declaración recomienda que se asuman compromisos globales como el Código Global de Prácticas sobre el Reclutamiento Internacional de Personal de Salud, lanzado en el 2010 por la OMS.

Además, otras medidas sugeridas por la Declaración son aumentar los sistemas de información sobre recursos humanos en salud para facilitar el análisis del mercado de trabajo en las proyecciones sobre los recursos humanos en salud; aumentar las competencias y habilidades del personal de salud a través de abordajes educativos transformadores y oportunidades continuas de desarrollo profesional; priorizar el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud en el nivel de los cuidados primarios en salud para aumentar la equidad en el acceso; promover oportunidades iguales en la educación, desarrollo, gestión y progresión de carrera para todos los trabajadores de la salud, sin ninguna forma de discriminación basada en género, raza, etnia u otras; mejorar la distribución y la retención de la fuerza de trabajo en salud y avanzar en la investigación y prácticas basadas en evidencias para informar y maximizar el retorno de la inversión en recursos humanos en salud, incluyendo la mejoría de la recopilación de datos y el fortalecimiento de los sistemas de información.

El Foro en una perspectiva crítica

El clima en Recife era de fiesta, personas de varios países y diferentes culturas con espíritu de confraternización, buscando intercambiar experiencias y creyendo realmente que pueden hacer la diferencia en el mundo. Una mirada más crítica, entretanto, acaba poniendo de manifiesto algunas cuestiones que no deben ser olvidadas y que necesitan ser efectivamente discutidas si el propósito es realmente hacer cambios en el mundo en que vivimos.

Dos de los representantes de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) en el 3º Foro Global de RHS, el director, Paulo César de Castro Ribeiro, y el jefe de gabinete, Cláudio Gomes, se mostraron bastante aprehensivos con algunas discusiones de las que participaron. “En primer lugar es preocupante ver que, a pesar de ser un Foro sobre recursos humanos en salud solo se habla prácticamente de médicos y enfermeros. Yo no escuché casi nada sobre los técnicos en salud”, dijo Claudio. “Eso nos lleva a reiterar la importancia política del Documento firmado por los miembros de la RETS en la Reunión General de la Red, que ocurrió a vísperas del Foro (ver página 2). Las autoridades de salud necesitan realmente abrir espacio para discutir las cuestiones de los técnicos, los cuales, a pesar de trabajadores de suma importancia para los sistemas de salud, permanecen en una invisibilidad casi total”, comenta Paulo César.

Según ellos, cuando se habla de los técnicos o de trabajadores de nivel medio (mid-level workers, como define la OMS), es siempre de una forma prejuiciosa y reductora. «Esa oposición aparece hasta en los términos usados para la formación de esos dos segmentos de trabajadores.

En el caso de los denominados “profesionales de salud”, es frecuentemente utilizado el término “educación” (pensar), en cuanto para los trabajadores técnicos el término utilizado es “entrenamiento”, que significa dar habilidades para realizar tareas (hacer)”, justifica Cláudio.

Para ambos el tema de la migración, que también apareció con mucha fuerza durante los debates y pronunciamientos, es bastante polémico y significativo. “Por lo que yo pude acompañar de las discusiones, la cuestión de la migración de profesionales de salud, acaba reproduciendo lo que ocurre en casi todas las otras áreas de actividad humana y en la estructura de nuestra sociedad los países de bajos ingresos acaban sirviendo de exportadores de recursos que suplen los procesos productivos de los países más ricos”, constata el director.

“En uno de los debates en que estuve me impresionó oír a un representante del Banco Mundial referirse a los trabajadores de la salud como “commodities”. Además de pensar en seres humanos como “mercaderías”, eso refuerza la idea de que el “mercado de la salud” o de la salud como un mercado», cuenta Claudio. “Es la reproducción del modelo capitalista en la salud, un área de servicios, que transforma a los trabajadores del sector en mercaderías, al punto de haber necesidad de que se creen códigos y acuerdos que buscan regular los procesos”, agrega Paulo César.

Otro punto que merece destaque, según él, es la ausencia de organizaciones de trabajadores en un Foro de esta naturaleza. “Vemos representantes de gobiernos, de organismos internacionales, de organizaciones sin fines lucrativos y hasta de empresas, pero no vemos a las organizaciones de trabajadores o sindicatos, a no ser la de la Organización Mundial del Trabajo (OIT), que en verdad habla en nombre de los gobiernos y no de los trabajadores”, afirma, resaltando: “También me parece muy complicada esa idea de que es posible encontrar una solución que agrade a todos, como si todos tuviéramos los mismos intereses, independientemente de ser organizaciones públicas o privadas”.

“Es impresionante la naturalidad con que las personas, por ejemplo, hablan de una experiencia de formación patrocinada por la Nestlé, una de las empresas más poderosas en el ramo de los alimentos en todo el mundo, pero nadie se pregunta lo que viene junto con esa formación”, alerta Cláudio. ■

Todo el material sobre el Foro está disponible en:
www.who.int/workforcealliance/forum/2013

Comentarios en torno al proceso de elaboración y negociación de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud

Sebastián Tobar¹



El 3° Foro Global de Recursos Humanos en Salud ha constituido un primer paso para la consideración de los foros globales de salud de una problemática estratégica como son los recursos humanos en salud.

El sector salud está caracterizado por un uso intensivo de la fuerza de trabajo. Los recursos humanos en salud crean el proceso de producción y dan forma a los servicios de salud. Esos trabajadores no están en los servicios de salud, sino que son los propios servicios. En tal sentido, la gestión de los recursos humanos constituye un factor crítico de suceso en todo sistema de salud.

Solo se podrá avanzar en una cobertura universal en salud, equitativa, integral y de calidad, como parte de una Agenda de Desarrollo post 2015 y en la concreción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y en los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) si se toma en cuenta un factor clave de suceso como son los recursos humanos o la fuerza de trabajo en salud.

Esta consideración marca un quiebre con las agendas de reforma sectorial, impulsadas por organismos de crédito multilateral, que consideraban a los recursos humanos en forma similar a los recursos físicos y presupuestarios.

Asimismo, el Foro reconoce la complejidad del campo de los recursos humanos en salud, que es integrado tanto por las autoridades sanitarias y educativas, como por instituciones de enseñanza, sindicatos y asociaciones profesionales.

El 3° Foro de Recife, si bien reconoce los diferentes actores del campo de los RHS e impulse a la Alianza Global por la Fuerza (GHWFA, de su nombre en inglés Global Health Workforce Alliance), a diferencia de los anteriores – Kampala (2008) y Bangkok (2011) –, planteó una declaración final apenas en nombre de los países miembros del sistema de las Naciones Unidas y no de todos los participantes del Foro.

En este proceso de elaboración y negociación de la “Declaración Política de Recife sobre los Recursos Humanos para la Salud”, se pueden señalar algunos problemas o limitaciones:

- La Declaración fue negociada por 17 misiones diplomáticas de Ginebra, mientras que en el Foro se registró la presencia de más de 80 países.
- Los países desarrollados, como es el caso de Inglaterra, Suiza y Alemania, entre otros, se negaron a negociar la declaratoria durante el evento, en Recife, impidiendo, por lo tanto, la incorporación de las perspectivas de otros países presentes.
- En la versión final aparece mencionado el derecho a la salud de la misma forma que en la Constitución de la OMS, como: “el goce del más elevado estándar posible en salud de todos los seres humanos, sin distinción de raza, religión, orientación política o condición económica o social”. Sin embargo, esta consideración disuelve la responsabilidad del Estado por este derecho, de una forma muy distinta, por ejemplo, de la Constitución Federal del 1988 de Brasil, que sustenta a la salud como derecho de todos y como deber del Estado.
- La Declaración menciona que los RHS son indispensables para lograr objetivos en salud, como los ODM. Sin embargo, el cumplimiento de los mismos puede ser considerado como una condición necesaria, pero no suficiente, a la orientación de la formación y desarrollo de la fuerza de trabajo en salud. Los ODS, que fueron consensuados en la Conferencia de Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sustentable – Río+20, brindan un marco

más comprensivo y apropiado, entendiendo que los recursos humanos en salud deben trabajar no solo sobre la enfermedad sino en el abordaje de los determinantes sociales y ambientales de la salud, tanto para los sectores más pobres y vulnerables, así como para toda la población, para crear sociedades inclusivas, justas, productivas y saludables.

- En diversos párrafos la Declaración de Recife hace referencia a la Cobertura universal en salud, un concepto restrictivo que representa un retroceso en cuanto a muchos sistemas de salud suramericanos. La cobertura universal (alcanzar a todos) es apenas una de las dimensiones del sistema universal que comprende, por lo menos: la “integralidad” (todos los servicios para atender a todas las necesidades de las personas, en el momento oportuno), la “equidad” (oportunidad igualitaria de acceso) y la “calidad”. En tal sentido, se puede señalar la limitación o concepto restrictivo de universalidad de la cobertura, que no garantiza el derecho a la atención integral, equitativa y de calidad. Asimismo, el concepto de cobertura universal en salud es centrado más en la atención individual curativa que en la atención colectiva o salud pública. La cuestión, por lo tanto, es que la formación y desarrollo de la fuerza de trabajo en salud no debe dar cuenta solamente de la atención individual curativa, sino también debe tener la intención de fortalecer las llamadas “funciones esenciales de salud pública”².
- La Declaración de Recife, en su punto 13, numeral ii, plantea usar el “Código mundial de prácticas sobre contratación internacional de personal de salud de la OMS” para guiar el fortalecimiento de la inversión en salud de nuestros pueblos a través de sistemas de salud más fuerte y recursos humanos. El referido Código, sin embargo, se ha pensado como un elemento de regulación del reclutamiento del personal en salud por parte de los países y no como instrumento que guíe la inversión.
- Asimismo, la Declaración de Recife plantea la priorización del desarrollo de la fuerza de trabajo en el primer nivel de atención (punto 14, numeral iv), lejos de hacerlo en relación con la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

En conclusión, la Declaración del 3° Foro Global de Recursos Humanos para la Salud constituye un buen punto de partida, antes que de llegada, para la discusión en el seno de los Cuerpos Directivos de la OMS de una cuestión clave como son los recursos humanos o la fuerza de trabajo en salud y para la formación de alianzas internacionales entre los países, los bloques regionales, instituciones académicas, sociedad civil, sector privado, organizaciones laborales de salud y sindicatos para construir una política global para el sector.

Poder incidir en la Agenda Global en Salud con un tema tan estratégico va a depender, entre otras cosas, de la capacidad de fijar posiciones regionales en los bloques como Unasur y su articulación con otros países miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS y posteriormente en la Asamblea Mundial de la Salud.

¹ Coordinador Nacional Alterno de la Unasur Salud de Argentina y pesquisador del Cris/Fiocruz.

² Las funciones esenciales de salud pública son: (1) Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud; (3) promoción de la salud; (4) participación de los ciudadanos en salud; (5) desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; (6) fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; (7) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos de salud; (10) investigación en Salud Pública; y (11) salud ocupacional y ambiental, incluyendo la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud. Ver ‘Funciones Esenciales de Salud Pública’ (OPS, 2002).