

El desarrollo de los trabajadores en la reforma del Sector Salud

(Primera Parte)

Jorge Haddad Quiñónez*

RESUMEN. El contenido del trabajo ha sido organizado de una manera que evidencia la necesidad de revisar nuestra concepción acerca del proceso de desarrollo de los trabajadores de la salud en nuestro país y en el mundo, en virtud de los cambios sociales y económicos que afectan la visión tradicional acerca de la salud. El autor ha identificado tres elementos de trabajo como contribuyentes esenciales para alcanzar una redefinición del objeto de trabajo de los profesionales y los técnicos del sector, así: A) la transformación del concepto de Salud predominante, pasando a considerarla como un derecho humano fundamental, estrechamente vinculado al concepto integral de bienestar individual y colectivo; B) el impacto en la salud de los cambios sociales, políticos y económicos que están ocurriendo en la sociedad; C) Las propuestas de reforma del sistema de servicios y de la atención a la salud que tienen lugar en Honduras y en otros países. Partiendo de los resultados del análisis de estos parámetros, el autor propone el desarrollo de investigaciones y estudios a través del seguimiento y monitoreo de los procesos formativos y de gestión de personal, que permitan identificar las discrepancias entre el desempeño de los trabajadores y las nuevas demandas y necesidad, y considerar nuevas opciones y estrategias de trabajo para resolverlas.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como propósito estimular el interés de los profesionales de la Salud para reflexionar sobre algunas ideas y pensamientos alrededor de uno de los componentes fundamentales del proceso de la Salud en nuestro país y en el mundo, que es el que trata sobre el desarrollo de los trabajadores del sector.

Desde los años 30 los médicos hondureños han buscado mecanismos para poder analizar colectivamente los avances de la medicina, y también los problemas surgidos del cambio constante de la práctica y del ejercicio profesional; la Revista Médica Hondureña por una parte, y los Congresos Médicos anuales que se iniciaron a finales de la década de los años 50, incluso antes de que el Colegio Médico de Honduras fuera creado, han sido las opciones más relevantes, y las de mayor permanencia para el logro de esos fines. En los Congresos Médicos los médicos no solamente hemos examinado los avances científicos y tecnológicos de la medicina, sino que también hemos orientado los debates hacia la identificación de mecanismos para utilizar de la mejor manera posible el nuevo conocimiento médico en el manejo de los problemas de salud de la población hondureña, al tiempo que hemos procurado de esta manera, continuar en ese proceso de aprendizaje al que nos comprometimos al ser juramentados previo a recibir el título profesional que nos otorgara nuestra vieja Facultad de Ciencias Médicas, proceso que, supuestamente, no debería finalizar nunca.

* Gastroenterólogo y Salubrista. Tegucigalpa.
Dirigir Correspondencia a: haddadj@yahoo.com

Pero a partir del XLV Congreso, celebrado en el año 2002, sus organizadores ampliaron el alcance de la agenda científica de los médicos, y han incorporado a la misma la discusión de otro tipo de temática que hasta ahora había sido tratada en eventos previos de una manera marginal, colateral, y es la que se refiere a las cuestiones relativas al personal que trabaja en el sector, que a la fecha ha cobrado mayor importancia dadas las características que se generan como consecuencia de una concepción distinta de la Salud de los grupos humanos, y del reordenamiento de los sistemas creados para atender sus problemas, vale decir, de las propuestas de reforma que actualmente ocupan la atención de los gobiernos y de la sociedad en casi todos los países del mundo.

Consecuente con tales aspiraciones, el autor intenta promover el interés de los trabajadores de salud sobre el problema, a través del estudio, la reflexión y el debate alrededor de tres áreas de trabajo esenciales:

1. Una primera área en la que el propósito es avanzar en la construcción de una definición y una caracterización de lo que entenderemos como "trabajadores de la salud" en los nuevos marcos conceptuales, a partir del reconocimiento de que debe existir correspondencia entre dicha caracterización por una parte, y el vigente de la Salud en un momento histórico determinado, por otra;
2. Una segunda área en la que la meta a alcanzar es identificar las contradicciones que existen entre el proceso formativo y la gestión del personal médico y de otros profesionales y técnicos del sector tal como se dan actualmente, y los requerimientos del concepto de Salud y bienestar en una nueva dimensión, de las tendencias universales en materia de atención sanitaria, y de las expectativas y necesidades de los grupos sociales;
3. Finalmente, una tercera área en la que el trabajo se orienta al desarrollo de procesos de estudio, trabajo e investigación tendentes a redefinir el objeto de trabajo de las profesiones de la salud, a través de la organización y la puesta en práctica de sistemas de seguimiento y monitoreo de la formación y la gestión de personal, y del suministro de información inteligente acerca de nuevas necesidades en Salud, y acerca de diversas opiniones para utilizar y adminis-

trar mejor el conocimiento que se genera en el trabajo cotidiano.

Primera área de trabajo: redefiniendo a los trabajadores de la salud en el contexto de las reformas. Si revisamos la evolución que la Medicina y la Salud Pública han tenido a lo largo de la historia de la humanidad, concluiremos en que, paralelamente a las transformaciones ocurridas en la concepción de la Salud humana en las distintas épocas, también se ha ido modificando nuestra manera de percibir a los actores que de una manera u otra han contribuido a que dicha concepción se materialice y se traduzca en hechos concretos. Los cambios en la visión acerca de los trabajadores sanitarios, son parte integral de esa transformación conceptual y operativa, de la Salud.

Se reconocen ocho etapas en la evolución de la Medicina, cada una de ellas definida en función de una situación contextual sanitaria, política o social prevalente en el mundo, en cada momento histórico;^{1,2} por razones de espacio, es oportuno agrupar dichas etapas utilizando como criterio esencial, la existencia de cambios significativos en la manera como han sido percibidos los trabajadores de la Salud en cada una de ellas.

Procede incluir en un primer grupo a los períodos de la medicina primitiva y la medicina antigua, en las que los problemas prioritarios de salud eran, por una parte, los riesgos por el enfrentamiento constante con animales para asegurar la subsistencia, y los que eran consecuencia de guerras y conquistas intertribales; por otra parte, la temática sanitaria se sujetaba predominantemente a cuestiones místicas, mágicas y religiosas: se atribuía el origen de las hambrunas, sequías, inundaciones, y las epidemias, a los equinoccios, eclipses y otros fenómenos; las pestes o "plagas" eran consideradas formas de castigo que los dioses enviaban a la población. En estas etapas el personal calificado para enfrentar y combatir curanderos primitivos, y posteriormente los sacerdotes, los magos y otros personajes que eran facultados para ejercer ese oficio por los faraones y otros representativos del poder político.

Un segundo grupo se conforma con las etapas de la medicina griega, en la que se cuestionaban ya los dogmas y creencias, para dar espacio a los primeros intentos de utilizar el pensamiento científico y médico; se creó la primera escuela de medicina en Alejandría; la época de la

medicina romana vio surgir los primeros problemas de salud pública, particularmente los de salud ambiental en Roma y otras urbes que crecían rápida y desorganizadamente como consecuencia de la expansión acelerada del Imperio; es en esta que surge la primera versión de un hospital, destinado al cuidado de los esclavos y prisioneros que estaban en condiciones de productividad laboral; la medicina de la edad media tuvo sus epicentros en Persia y en China, y fueron hechos relevantes la aparición de las primeras bibliotecas médicas, la revisión del concepto del hospital (para privilegiar la atención de soldados de las guarniciones militares) y el reconocimiento del valor del conocimiento científico como base de las decisiones médicas; la primera escuela médica basada en programas con contenido científico se creó en Salerno. También fue esta la época de las grandes epidemias (de lepra, sífilis y de viruela), que tuvieron repercusiones económicas y comerciales importantes. La Salud Pública empezó a manifestar identidad propia, y ya no como un campo agregado, marginal, de la práctica médica. Durante el Renacimiento se comenzó a reconocer la importancia de los estudios básicos, al aparecer los primeros estudios sobre anatomía humana, en parte promovidos por el florecimiento del arte y la cultura en esa época, debidos al genio creador de artistas florentinos; en los Siglos XVII y XVIII ocurrieron los primeros descubrimientos de fisiología humana, particularmente los relativos a la circulación sanguínea y a la conducción nerviosa motora y sensitiva. Estos hechos fueron determinantes del concepto de que los trabajadores de la salud debían ser técnicos y profesionales formalmente entrenados y capacitados para un desempeño laboral basado en el dominio de un conocimiento científico para enfrentar las necesidades sociales de salud.³

El tercer grupo en esta revisión corresponde a la etapa conocida como de la medicina moderna, misma que surge condicionada por las reformas sociales ocurridas en Europa y por la revolución industrial que tuvo su asiento principal en Inglaterra y los Estados Unidos, en el Siglo XIX y en la primera mitad del XX; en este último ocurrieron además la I y II Guerras Mundiales, y tuvieron lugar los movimientos revolucionarios socialistas en Rusia y China, los dos países más poblados del orbe. Tales acontecimientos dieron paso a importantes cambios económicos y sociales que afectaron la percepción que la sociedad tenía acerca de la Salud: se le concibe entonces como un

derecho humano fundamental, como componente del estado de bienestar y desarrollo integral de la sociedad, y como la resultante de un esfuerzo colectivo de diversos sectores y grupos. En respuesta al cambio conceptual, la educación médica fue transformada radicalmente a partir del Informe de la Comisión Flexner en Estados Unidos a principios del siglo XX; simultáneamente surgió también la figura de la Enfermera como ente profesional y científico y ya no como vehículo de la atención "de caridad" influida por la cuestión religiosa; finalmente, en esta etapa se sentaron las bases para que la Salud Pública empezara a adquirir identidad propia, como campo de conocimiento y de un trabajo específico orientado a la atención de los problemas colectivos de salud.

A partir de entonces, la Salud Pública ha continuado con una dinámica de cambio acelerado como consecuencia de las tendencias económicas que cobran cada vez más fuerza en el mundo, de la aspiración para consolidar el proceso democrático en lo que concierne a salud, de la emergencia de nuevos problemas de salud y la reemergencia de otros ya conocidos, y de las propuestas para reformar los sistemas de atención que surgen por la insatisfacción ante el agotamiento y la ineficiencia de los modelos tradicionales.

De donde, nos enfrentamos con la necesidad de redefinir lo que hemos estado entendiendo por "trabajadores de la Salud", y de empezar a construir, con el esfuerzo de todos, una etapa más en el proceso histórico que hemos relatado; no cabe duda de que en esa etapa prospectiva habrá que enfrentar necesidades nuevas, cayo abordaje probablemente implicará romper con varios de los esquemas de trabajo tradicionales; entre tales necesidades son relevantes las siguientes:

- a) la de incorporar nuevos actores y participantes en el trabajo sanitaria, a fin de posicionarnos mejor para abordar y enfrentar problemas,
- b) la de identificar nuevos campos de conocimiento para responder a necesidades nuevas, y que deberán ser incorporados a los programas formativos,
- c) la de redefinir el objeto de trabajo de los profesionales y técnicos de la salud, y la de plantear modos alterna-

tivos para la gestión del desempeño y de la práctica, acorde con las nuevas demandas, y

- d) la de redefinir el rol de las instituciones formadoras y utilizadoras de personal, en el contexto de las reformas sectoriales propuestas.

Segunda área de trabajo: rompiendo tradiciones y mitos en el proceso formativo y en la gestión de los trabajadores.

En el momento actual es posible identificar la existencia de tres parámetros para el análisis que, vistas en conjunto, están contribuyendo a generar una concepción diferente de la Salud, a poner en práctica modos alternativos para identificar y caracterizar los problemas prioritarios de Salud de la población, y a definir y poner en práctica estrategias innovadoras para su abordaje y tratamiento. Entre ellas es prioridad proceder a la búsqueda de formas no tradicionales de acción para la formación, la práctica y la gestión de los profesionales y técnicos que trabajan en el campo de Salud.

He aquí los tres parámetros a que me he referido en el párrafo anterior:

- A. la tendencia, en la mayoría de los países del orbe a consolidar una nueva visión de la salud, particularmente una que trasciende la concepción que la ha relacionado exclusivamente con el estado de salud-enfermedad-riesgo de morir de las personas, que tiende más bien a evidenciar una dimensión más amplia, ligada al estado de bienestar integral, individual y colectivo, y que es un componente fundamental del desarrollo humano sostenible en el sentido correcto del término. En la práctica, una conceptualización de la Salud con estas características solo puede justificarse si se fundamenta en la consolidación gradual de una cultura sanitaria en la población, que enfatice la promoción de la salud y la toma de conciencia acerca de que es la propia sociedad la principal responsable del cuidado y la conservación de su salud;³
- B. la transformación dinámica del contexto social, político y económico, particularmente el avance del proceso democrático en gran número de países, y la percepción, por parte de la sociedad, de que la Salud es un derecho humano y ya no un objeto de compra-venta o de atención caritativa, así como el reconocimiento de ese derecho por parte de grupos que demandan modalidades particulares de atención

como los ancianos, los niños, los afectados por enfermedades y accidentes del trabajo o por la contaminación ambiental, los llamados grupos étnicos, y otros. De igual manera, es también urgente la discusión de las tendencias de la economía en el mundo y de su impacto en la salud en países como el nuestro, particularmente las propuestas de globalización de la economía y de privatización de los servicios de salud; se ha definido la primera como una "integración creciente de economías y sociedades diversas como consecuencia de un mayor flujo de bienes, capitales, personas e ideas" y se ha pretendido justificarla señalando que "el aumento de los ingresos de los pobres trae consigo el descenso de la mortalidad infantil y mejoras en la nutrición, la salud materna y la educación de la población femenina", para concluir que "un vínculo importante entre la globalización y la salud se establece a través de los ingresos".⁴

Pero, simultáneamente, una investigación realizada por economistas de universidades europeas demostró que una opinión muy extendida es que "la creciente integración económica internacional genera una mayor desigualdad entre los países ricos y los países pobres, así como dentro de los propios países, al beneficiar a los hogares ricos más que a los pobres", y que "la globalización ha incrementado espectacularmente la desigualdad entre las naciones y dentro de ellas".⁵ De donde, no existe un conocimiento consolidado y menos una interpretación homogénea de la cuestión por parte de los grupos afectados; tal situación es más grave en países como el nuestro, que se debate en una crisis de inflación, deuda creciente, desempleo y recesión; sus implicaciones en este caso, particularmente aquellas que afectan a la salud, demandan la existencia de políticas pertinentes, oportunas y viables. De lo que se trata entonces, es de construir un conocimiento relevante que permita a los profesionales y técnicos de la salud actuar de conformidad con los intereses mayoritarios de la población, y de evitar potenciales efectos negativos, entre ellos la reducción de las posibilidades que la población tiene de acceder libremente a los servicios y a la atención de salud;

- C. en ese contexto insertan en la mayor parte de los países del mundo (el nuestro entre ellos) las propuestas de reforma del sistema de salud; en nuestro caso, la propuesta reformista destaca una mayor partici-

pación de la sociedad en las decisiones y acciones de salud, la descentralización de los servicios y de la atención, que implica un esfuerzo para promover el desarrollo local por un lado, y la municipalización de los servicios por otro, esfuerzo que se concreta a través de acciones concertadas con las corporaciones municipales del país.

Al analizar la práctica de los médicos y de otros trabajadores de la salud, se hace evidente una serie de contradicciones entre las demandas derivadas de estos tres referentes por una parte, y los conocimientos y destrezas de los egresados de los entes formadores, tanto universitarios como de otros niveles, por otra. Hay una notoria discrepancia entre el modelo formativo actual y los requerimientos del trabajo en una concepción ampliada de la salud, en un contexto que cambia constantemente y ante las perspectivas de una reforma sanitaria, que aspira a crear nuevos modos en la práctica y la atención a la salud.

En efecto, hasta finales de la década de los años 50 nuestra Facultad de Ciencias Médicas operaba siguiendo un modelo educativo tomado de las universidades europeas, especialmente de Alemania y Francia, que enfatizaba los aspectos clínicos de la medicina, propiamente el reconocimiento de síntomas y signos, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades; el conocimiento médico se distribuía en un currículo que debía cumplirse en siete años, y el método docente privilegiaba la memorización de textos, que iban desde descripciones anatómicas hasta el aprendizaje, también memorista, de cuadros clínicos y esquemas terapéuticos. No fue sino hasta los años 60 que se dio la primera reforma importante en la Facultad, en la cual destacaban la incorporación en el pensum de las ciencias básicas, de Patología, de las ciencias psicológicas, así como la creación de la carrera de Enfermería y del Dpto. de Medicina Preventiva y Social, que reflejaban ya una preocupación de la Facultad por ajustar su producto a las necesidades cambiantes que ya se avizoraban en el escenario de la Salud. Los cambios curriculares se acompañaron de cambios fundamentales en el aspecto metodológico; la obsesión por "la enseñanza" cedió el paso a la preocupación por "el aprendizaje" de los futuros médicos y enfermeras.

Pero a pesar de la reforma, el currículo siguió mostrando varias de las características tradicionales, entre ellos una

estructura curricular rígida, el predominio de contenidos preestablecidos que privilegiaban el conocimiento científico pero postergaban el aprendizaje de problemas sociales y colectivos, la ausencia de políticas para un desarrollo curricular flexible y acorde con los cambios contextuales, la naturaleza individualista de la práctica médica, el aprendizaje de la Salud Pública como campo de conocimiento marginal y secundario, un limitado contacto de la actividad educativa con las necesidades de salud de la población, y la convicción de que la responsabilidad de la Facultad con sus estudiantes termina cuando estos cumplen con un número de años o semestres, o cuando completan un número de unidades valorativas arbitrariamente establecido, o cuando se someten a un determinado número de exámenes y pruebas, que les "califica" para recibir un título profesional. Los tres referentes enunciados antes, están marcando, repetimos, un modo diferente de percibir la salud, y una manera alternativa de definir el objeto de trabajo de los profesionales y técnicos del sector. Hay necesidad entonces, de buscar caminos para resolver la contradicción que hemos señalado. Intentaremos, a continuación, ser más explícitos sobre este particular.

De donde, la formación de los equipos de trabajo que concretarán los cambios propuestos deberá promover la construcción de conocimiento relevante para el desarrollo pleno de cada uno de los ejes; ello significa que, al mismo tiempo que se trate de fortalecer el aprendizaje de conocimientos técnicos y científicos en materia de Salud, también se promoverá el aprendizaje de cuestiones que tradicionalmente han sido consideradas "no médicas", tales como economía de la salud, desarrollo humano, políticas públicas, el reconocimiento, manejo y prevención del conflicto, la negociación como instrumento para alcanzar decisiones concertadas, y el respeto a los valores y modos de pensar de trabajadores, autoridades, subalternos y de la población que acude a los servicios.

Tercera área de trabajo: redefiniendo el objeto de trabajo de los profesionales de la salud. La reflexión constante alrededor de estas cuestiones, y el trabajo realizado con distintos grupos latinoamericanos durante varias décadas me permiten proponer una agenda mínima de cambios que en mi opinión es urgente introducir en el proceso de desarrollo de los trabajadores de la salud, a fin de responder mejor a las transformaciones y reformas que han sido planteadas en el sector:

A. No hay duda de que la formación inicial de los pro-

fesionales de la salud debe continuar siendo una función privativa de las universidades; sin embargo, su educación integral para alcanzar y mantener niveles de desempeño coherentes con un contexto en cambio constante, requiere de un ámbito más representativo de las condiciones reales en que ocurren las incidencias más importantes de la vida de las personas; requiere asimismo, de la participación en el quehacer educativo, de los propios trabajadores de los servicios de salud, de los colegios profesionales y gremios, de otros sectores de la sociedad y de quienes buscan atención de salud.

- B. La participación de grupos de trabajo multidisciplinarios en los estudios para identificar y priorizar problemas es ya una práctica cada vez más común en el nivel local; pero no sucede lo mismo en los servicios de mayor complejidad, como los hospitales; pero en todos existen limitantes y obstáculos para un trabajo fluido, sobre todo cuando se trata de tomar decisiones políticas, de definir estrategias y líneas de acción y de decidir sobre opciones para abordar problemas. Uno de los determinantes para ello es la ausencia de condiciones para que el aprendizaje ocurra como proceso colectivo, interdisciplinario, solidario y con un sentido de complementariedad. Trabajar en equipo, implica educarse en equipo.⁶
- C. La estructura curricular en nuestro sistema educativo es rígida; la dinámica para ajustar el currículo a los cambios en las demandas y necesidades de la población en una dimensión ampliada de la salud, y frente a las propuestas de reforma sectorial, implica, en las condiciones actuales, procesos prolongados que cuando llegan a completarse, ya son tardíos. Un mecanismo para resolver esta contradicción puede ser el establecimiento de un sistema permanente de monitoreo y seguimiento de los procesos educativos, que permita no solo la detección de oportunidades para el ajuste curricular en función de los cambios contextuales, sino también la identificación de conocimientos y destrezas significativas para poder responder a ellos y la reorientación oportuna del proceso de aprendizaje; la gestión del proceso formativo, particularmente su monitoreo y seguimiento requiere de la participación de los servicios, los gremios y otras instancias pertinentes.
- D. La identificación de los nuevos campos de conocimiento que se requieren para alcanzar una capacidad integral, permanente y de un nivel apropiado para

trabajar en el marco de una Salud reconceptuada, es cuestión crítica. Obviamente, es necesario fortalecer y dar continuidad a la formación de profesionales, esencialmente de los médicos, en los avances científicos y tecnológicos de la profesión médica, incluyendo sus especialidades, como campos de conocimiento y de trabajo; pero dadas las tendencias sociales y económicas que se avizoran en la evolución de la sociedad hondureña, es igualmente necesario consolidar dicha formación en los aspectos sociales de la medicina, cualquiera que sea su campo particular de trabajo (clínico, administrativo, docente o de salud pública).

Partiendo de los tres referentes ya mencionados, es posible identificar campos del conocimiento que son relevantes para la educación de los trabajadores de la salud, tanto en la etapa universitaria como en la de la práctica, sea esta institucional o privada, individual o grupal:

- a) Al plantear una concepción diferente de la salud (el primer referente) hay necesidad de redefinir el objeto de trabajo de los profesionales y técnicos de salud; en tal sentido, precede enfatizar la construcción gradual de una "cultura de salud" en la población, sustentada en la promoción de hábitos y comportamientos individuales y colectivos que protejan, preserven y cuiden la salud, así como en el cuidado del ambiente y el entorno social; esto solo puede alcanzarse a través de esfuerzos concertados para reorientar la educación de la población hacia tal fin; y dada que la participación de los médicos y las enfermeras en el proceso es esencial, el currículo de formación de estos trabajadores debe incorporar conocimientos y destrezas requeridas para que su ulterior desempeño incluya como tarea esencial la educación de las personas y grupos que buscarán atención en los servicios.
- b) El segundo referente que hemos señalado se relaciona con el contexto nacional, y con las variaciones que han ocurrido y seguirán ocurriendo en el país, particularmente las de naturaleza económica y social. Para ilustrar esto, mencionemos las tendencias hacia la privatización de los servicios de salud y hacia lo que se ha denominado globalización de la economía y de la sociedad, a la que nos hemos referido antes;⁵ estas y otras propuestas similares están ya determi-

nando modificaciones estructurales y operativas en los servicios, cambios en la calidad y la equidad en la provisión de la atención a los usuarios, poniendo en riesgo incluso, las mejoras que se han ido logrando (y que son aún precarias), en las posibilidades que la población tiene de acceder a los servicios de salud. Asumimos que una alternativa para prever estos desequilibrios es la creación de condiciones para que los trabajadores de los servicios, los médicos especialmente, adquieran conocimientos y destrezas para desempeñarse en escenarios sociales y laborales diferentes de los tradicionales, particularmente los que resultan de las propuestas económicas que se trata de introducir en países como el nuestro.

- c) El tercer referente es la propuesta de reforma del sector. Si bien en nuestro país está todavía en construcción, desde ya se señalan como ejes centrales el apoyo al desarrollo local y a la participación social y el fortalecimiento de la descentralización de la administración y la provisión de los servicios.⁷ Ha ido tomando fuerza en el país, como vía de elección para desarrollar estos ejes, un plan para coordinar acciones con los gobiernos locales, lo que parece ser una decisión correcta desde los puntos de vista técnico, administrativa y político. Pero preocupa que las propuestas de reforma no contemplan cambios en el proceso de desarrollo de los trabajadores, generando así vacíos conceptuales y metodológicos que, de persistir, ponen en riesgo el alcance de las metas, propósitos y aspiraciones.

Para concluir, (o más bien para partir de aquí hacia adelante), repito, las consideraciones que anteceden constituyen una agenda mínima de cuestiones críticas alrededor del desarrollo de los trabajadores de la salud en una situación de reforma sectorial, y son, en nuestra opinión, aportes para iniciar un proceso de estudio y de trabajo que pueda llevarnos a la redefinición del objeto de trabajo de las profesiones de la salud, como elemento fundamental para transformar la concepción actual acerca de los llamados "recursos humanos para la salud".

Proponemos dos líneas esenciales de trabajo para avanzar en ese proceso:

1. El desarrollo de estudios e investigaciones acerca de los problemas del desarrollo de personal, basada en el

monitoreo del proceso formativo y de la gestión del trabajo, con miras a identificar discrepancias entre el desempeño actual de los trabajadores frente a las nuevas demandas y necesidades, y a construir opciones para resolver tales contradicciones. Las investigaciones deberán ser realizadas con participación de los propios actores de los servicios, y en el mismo ámbito del trabajo cotidiano.³

2. La orientación de un proceso de cambios en el desarrollo del personal de salud, como componente fundamental de la reforma del sector, debe estar a cargo de un coordinador integrado por entes formadores y utilizadores de personal, por los gremios, los usuarios y otros actores relacionados; en nuestro país se dio ya un esfuerzo en este sentido hace dos décadas, al crearse una Comisión de Recursos Humanos para Salud; el escenario y los condicionantes eran diferentes pero la intencionalidad era similar a la que motiva esta propuesta. Legalmente se sustentaba en un Decreto Presidencial que no ha sido derogado y que, por lo tanto, sigue teniendo fuerza de ley.

Esta comunicación será complementada con la presentación de una propuesta y un Plan General de trabajo para la investigación y el monitoreo de los procesos de desarrollo de los trabajadores de la Salud ante las instituciones y grupos de trabajo pertinentes del país, y que también será publicada próximamente.

REFERENCIAS

1. Sigerist H. *A history of Medicine*. Oxford University Press, N. York, EE. UU., 1967.
2. O'Malley CD (Editor). *The history of medical education*. Univ. of California Press, Berkeley, California, Estados Unidos, 1970.
3. Haddad Quinónez J. *Los trabajadores de la salud: lecciones de la historia, contradicciones del presente, una agenda para el futuro*. Tegucigalpa, Honduras (En prensa).
4. Dollar D. ¿Es la globalización buena para la salud? *Boletín de la Organiz. Mundial de la Salud*, recopilación de artículos No. 6, Ginebra, 2002.
5. Mazar J. *Labor's new internationalism*. *Journal of Foreign Affairs* No. 79, Cambridge, Mass., Estados Unidos, 2000.
6. Haddad Quiñonez J y Pineda E. *Educación Permanente: la gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud, Representación en Honduras; Tegucigalpa, M.D.C., 1997.
7. Secretaría de Salud de Honduras: *La Reforma del Sector Salud*. Tegucigalpa, M.D. C.. 2001.