



CAMBIOS EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE CIENCIAS DE LA SALUD EN PANDEMIA

*Experiencias del diálogo interinstitucional
andino y suramericano*





CAMBIOS EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE CIENCIAS DE LA SALUD EN PANDEMIA

*Experiencias del diálogo interinstitucional
andino y suramericano*

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

CAMBIOS EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE CIENCIAS DE LA SALUD EN PANDEMIA.
ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE. ORAS-CONHU; 2023.
38 p.; ilus.tab
SALUD/ RECURSOS HUMANOS EN SALUD/ TALENTO HUMANO / TÉCNICOS EN SALUD/
REGIÓN ANDINA/ Sistemas de Salud/ Políticas públicas/
Implementación/ Enfoques / Competencias / Derechos / Igualdad

Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila. Secretaria Ejecutiva.

Dra. Marisela Mallqui Osorio. Secretaria Adjunta.

Mag. Yadira Salas G. Coordinadora del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud
Bach. Forlly Chávez, Equipo técnico del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud

Coordinadora de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo, Responsable de Comunicaciones.

ISBN: 978-612-49039-4-6



9 786124 903946

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° **2023-00915**

Primera edición digital, Enero 2023

ISBN: 978-612-49039-4-6

Libro digital disponible en: www.orasconhu.org

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2021 Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700
<http://www.orasconhu.org/> contacto@conhu.org.pe



Atribución-NoComercial-CompartirIgual
CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE
2023**

Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto

MINISTRO DE SALUD DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Dra. Ximena Aguilera Sanhueza

MINISTRA DE SALUD DE CHILE

Dra. Carolina Corcho Mejía

MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

Dr. José Leonardo Ruales Estupiñán

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Dra. Rosa Gutiérrez Palomino

MINISTRA DE SALUD DEL PERÚ

Abog. Magaly Gutiérrez Viña

MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. María del Carmen Calle Dávila

SECRETARIA EJECUTIVA

Dra. Marisela Mallqui Osorio

SECRETARIA ADJUNTA

COMITÉ ANDINO DE RECURSOS HUMANOS

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia

Dr. Jorge Gerardo Suárez

Dra. Silvia Cuencas

Ministerio de Salud de Chile

Dra. Claudia Godoy Cubillos

Dra. Olga Correa

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Edilma Marlen Suárez castro

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dra. Alicia Zavala

Ministerio de Salud del Perú

Dr. Alfonso Quispe Chuquicondo

Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Mag. Elsy Betancourt

Dra. Leonor Franco

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Mag. Yadira Salas González

Coordinadora del Comité Andino de Recursos Humanos para la Salud

Bach. Forlly Chavez

Equipo técnico del Comité Andino de Recursos Humanos para la Salud

CONTENIDO

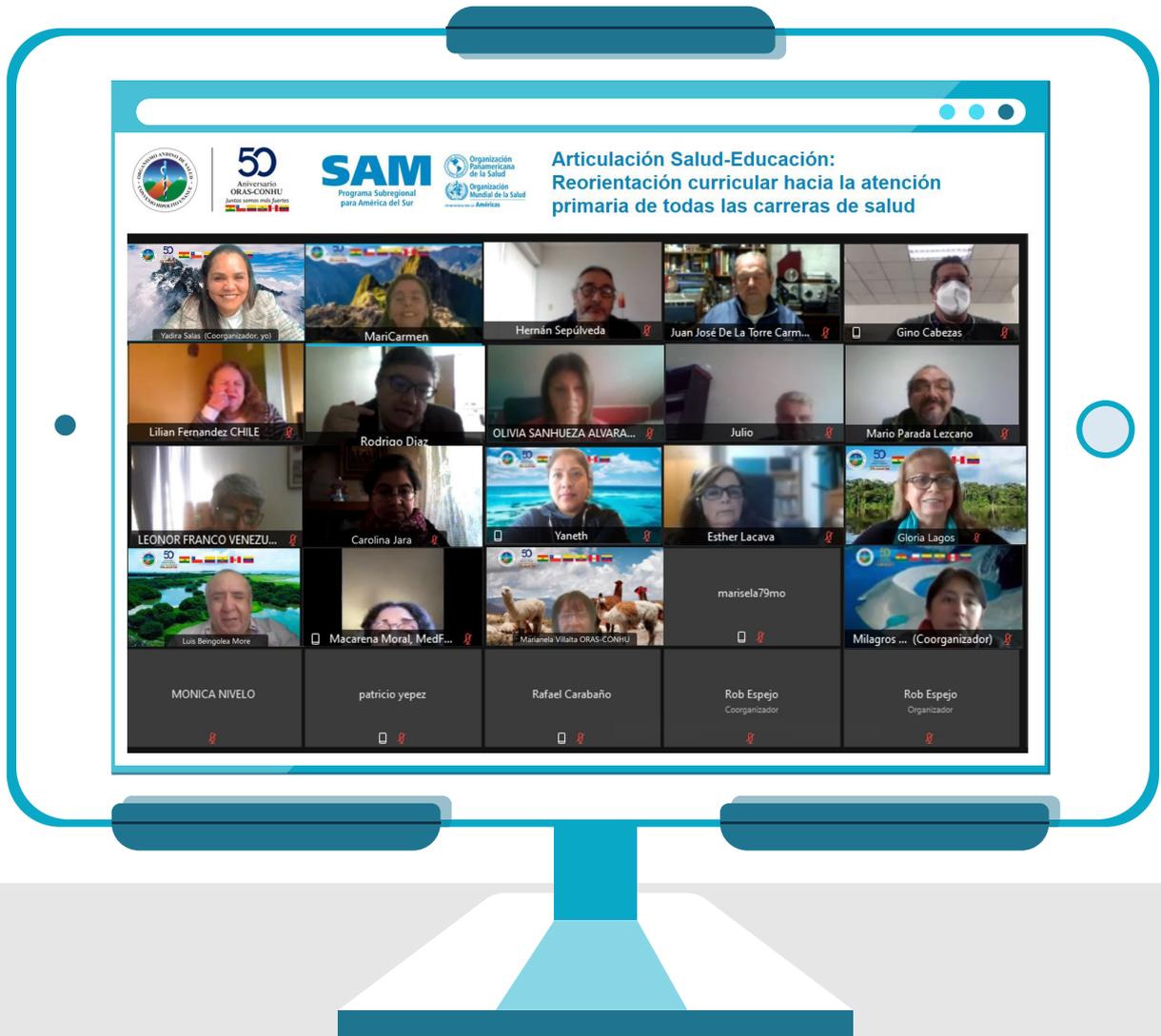
Agradecimientos.....	7
Presentación.....	9
Resumen.....	10
Antecedentes.....	11
Articulación Salud-Educación: Reorientación curricular hacia la atención primaria de todas las carreras de salud	16
Hacia la formación de profesionales que Chile necesita	20
Uruguay	23
Ecuador.....	25
Venezuela.....	27
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	34
Referencias Bibliográficas	36



AGRADECIMIENTOS

Esta publicación ha sido posible gracias a los diferentes encuentros de intercambio de experiencias entre los equipos técnicos de los ministerios de salud de la subregión andina, las Universidades de Chile, la Universidad de la República de Uruguay, el equipo técnico encargado del Comité Andino de Recursos Humanos del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), al asesor de Recursos Humanos del Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de salud (OPS/OMS) y la Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (UDUAL), la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Nuestro agradecimiento al aporte que han hecho a la información entregada.

Desde el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, nos mantenemos disponibles para seguir promoviendo el diálogo y el intercambio de experiencias que apoyen nuestra cooperación técnica y sinergia de agendas en esta materia.



PRESENTACIÓN

Uno de los temas que se ha desarrollado con mayor fuerza en la agenda conjunta del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU y otros aliados como: el Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS y la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) es la articulación **Salud y Educación**.

El comité andino de Recursos Humanos para la Salud reconoce que es importante lograr cambios significativos, y uno de ellos, es poder generar cambios **estructurales**, como las transformaciones profundas socio-culturales al incorporar la Atención Primaria en Salud con enfoque de derechos en los currículos de pregrado, para sostener el sistema de cuidados completo con la presencia de profesionales de las ciencias de la salud formados adecuadamente para estos fines.

Este encuentro fue la respuesta conjunta para analizar y reconocer los desafíos, así como propiciar el diálogo de actores claves entre las instituciones académicas, los representantes de los ministerios de Salud Andinos, los profesionales de la salud y la comunidad.

A partir del “análisis de los cambios necesarios en los Planes de Estudio post pandemia en las carreras de ciencias de la salud” desde la mirada de la **Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería**, de la presentación del documento “Hacia la formación de profesionales de salud que **Chile** necesita”, de las experiencias de las facultades de enfermería y medicina de la Universidad de la República de **Uruguay**; así como las de la Comisión Interinstitucional de salud, en el trabajo articulado entre salud y educación de **Ecuador** y del trabajo intersectorial en pregrado de la universidad de las ciencias de la salud con los ministerios de salud y educación universitaria de **Venezuela**.

El tema de reorientación curricular se seguirá desarrollando con mayor fuerza, y las siguientes líneas de acción serán orientadas a la acreditación, la abogacía y la formación de formadores.

Que este documento sirva como catalizador para seguir impulsando el diálogo y el intercambio de experiencias orientadas a una reforma exitosa en la formación del recurso humano en salud, que aborde oportunamente las necesidades actuales y futuras de la comunidad.

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaría Ejecutiva
ORAS – CONHU

Resumen

El poder direccionar las acciones en materia de recursos humanos para la salud ha sido de provecho para optimizar la respuesta de los países de la subregión andina y surge de la necesidad de concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas sanitarios y el fortalecimiento de la atención primaria de la salud a partir de modelos de atención centrados en la promoción y prevención de la salud, así como la integralidad de equipos interdisciplinarios de salud.

Este encuentro es la respuesta conjunta para analizar, reconocer los desafíos, propiciar el diálogo de actores claves entre las instituciones académicas, los representantes de los ministerios de salud andinos, los profesionales de la salud y la comunidad, y como catalizador para impulsar el diálogo y el intercambio de experiencias orientadas a una reforma exitosa en la formación de talento humano para la salud, que aborde oportunamente las necesidades actuales y futuras de la comunidad.

Palabras clave:

Fuerza Laboral en Salud, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Educación Continua

ANTECEDENTES



Si algo positivo nos ha traído esta pandemia es que ha permitido visibilizar con mayor claridad los problemas estructurales en los sistemas de salud planteados desde hace mucho tiempo, así como el rol clave del personal de salud para la respuesta ante cualquier crisis sanitaria.

En este contexto adquieren mayor relevancia la Política y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2018-2022 del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y las líneas estratégicas y objetivos del Plan de Acción de RHS aprobado por el 56° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2018).

La ausencia de coordinación e integración entre las instituciones formadoras del talento humano en salud y los entes rectores o responsables de la planificación y ejecución de las políticas de salud es un factor fundamental para comprender las contradicciones entre las características de los profesionales que egresan de las facultades y/o escuelas y las necesidades del sistema de salud.

Es perentoria una reforma exitosa en la formación de RHS, que aborde oportunamente las necesidades actuales y futuras de la comunidad y ello depende principalmente de la articulación y compromiso de

los sectores de salud y educación. Ambos son cruciales para formar un personal que esté disponible, accesible, aceptable y de calidad; debido a que estos sectores tienen la autoridad para impulsar un sistema eficiente de gestión de RHS (proceso cíclico que incluye: planificación de plazas educativas para la preparación de profesionales con alta demanda, formación, contratación, distribución y desarrollo) (Mallqui et al., 2020).

La estrategia 2014 para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (OPS/OMS) reconoce el valor de la salud pública y la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud, así como la declaración de Astana de 2018 sobre Atención Primaria de Salud (OPS/OMS) reconoce que los gobiernos y las sociedades deben priorizar, promover y proteger la salud.

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) desde sus definiciones se ha interpretado como una estrategia política de los Estados y la sociedad civil, para transformar los sistemas de salud y los procesos de determinación social de la población (Sanhueza, 2021), sin embargo, su aplicación se ha visto interpretada de distintas formas, la **tabla 1** muestra el enfoque e interpretación de la APS en programas, otras como primer nivel de atención y otros de forma ampliada, por lo tanto, su aplicación.

Tabla 1. Enfoque e interpretación de la APS

Enfoque	Interpretación	Países	Aplicación en el Sistema de Salud
APS SELECTIVA	Número limitado de servicios de alto impacto Materno/infantil	Mundo en desarrollo	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
APS COMO PRIMER NIVEL DE ATENCION	Puerta de entrada / Médicos de Familia	Europa	Nivel de atención
APS AMPLIADA	Integral	Algunos países	Estrategia

Fuente: Julio Vignolo, 2021.

La concepción de la acción sanitaria de la estrategia de APS encabezando el continuo de la acción de salud, en términos de promoción, prevención, acción curativa y rehabilitación, que tiene un conjunto de componentes, como es: Educación para la salud, agua potable, entre otros, todos deben ser brindados por el trabajo en equipo interdisciplinario de profesionales (Vignolio, 2021).

La tabla 2 señala de manera sucinta la renovación de la APS, comprende valores sociales, como el derecho a la salud, los principios que están dentro de este y otros elementos que debe tener un sistema de salud, es decir, el paso de la teoría a la puesta en práctica de la APS (Vignolio, 2021).

Tabla 2. Sistemas de Salud basados en APS

Valores sociales (Objetivos sociales o estándares aceptados en el nivel individual y colectivo)	Principios (Fundamento sobre el cual se apoyan los demás elementos)	Elemento (Parte o condición de un componente que es básico o esencial)
Proveen la base moral para el desarrollo de políticas y programas: <ul style="list-style-type: none"> • Derecho al más alto nivel de salud • Equidad • Solidaridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar respuesta a las necesidades de la población • Orientado hacia calidad • Rendición de cuenta en los gobiernos • Justicia Social • Sostenibilidad • Participación • Intersectorialidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura Universal • Atención Integral e integrada • Énfasis en promoción y prevención • Orientación familiar y comunitaria • Participación • Organización y gestión óptimas • Políticas y programas pro equidad • Recursos humanos apropiados • Recursos adecuados sostenibles • Acciones intersectoriales

Fuente: Julio Vignolo, 2021.

Sin embargo, no existe un real trabajo en equipo dado que los profesionales son formados en un medio hospitalario principalmente, orientado hacia las tareas curativas y centralizado en las grandes ciudades (Rando, 2016).

De allí se desprende la necesidad de la acción intersectorial de salud, entendida como la coordinación con diversos actores. Lograr la coordinación con los distintos sectores es una tarea impostergable, amerita lograr un consenso entre los puntos de vista transversales para enfocar los problemas de las personas y comunidades, y realizar una acción más integral.

Acá subyace la concepción de la Salud como un tema complejo, que tiene múltiples aristas, todas necesarias de enfrentar con equipos de salud interdisciplinarios, que requieren otras disciplinas que apoyen en la complejidad de la salud: sociólogos, comunicadores, arquitectos, etc. Actualmente, se destaca la Educación Interprofesional (EIP) para ejercer la práctica colaborativa al interior del equipo de salud.

La tabla 3 muestra como los países miembros del ORAS-CONHU destacan la APS como estrategia para la garantía de la atención integral y la equidad en salud con diferentes conceptualizaciones (Giovannella et. al 2015 citada por Parada, 2019).

Tabla 3. Conceptualización actual de la APS en los países andinos

País	Conceptualización
Bolivia	Bolivia asumía la Atención Primaria Selectiva (APSS) desarrolla programas verticales de salud materno infantil, salud reproductiva y de control de enfermedades transmisibles (...) desde el año 2006 con la implementación del SAFCI se acerca fuertemente al enfoque de salud y derechos humanos.
Chile	Desarrolla la APS a través del MAIS poniendo al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y además estimulando la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera. La concepción es de una APS que se refiere a la puerta de entrada del sistema público de salud (ISAPRE y FFAA no tienen configurada la APS) y al lugar donde se materializa la continuidad de la atención para la mayor parte de la población.
Colombia	Se define la APS como la estrategia básica y como la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Sin embargo, la implementación mayoritaria a través de las EPS deja la APS en una conceptualización de tipo APS selectiva.
Ecuador	El modelo de atención integral en salud caracterizado por integrar la APS transversal a todos los niveles de atención, promueve la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se basa en la salud de la familia y la comunidad, y toma como preceptos de interculturalidad
Perú	El "Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC)" toma como punto de partida la definición de APS de Alma Ata y los principios, valores y estrategias de la APS renovada, fundamento del sistema de salud, estableciéndose el requerimiento adicional de talento humano formado en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio.
Venezuela	Existe claro consenso sobre su base en los principios de Alma-Ata y Montevideo, y se entiende como sinónimo de Barrio Adentro. Su conceptualización está en el enfoque de salud y derechos humanos.

Fuente: Paradas, 2019. Adaptado por ORAS-CONHU 2022

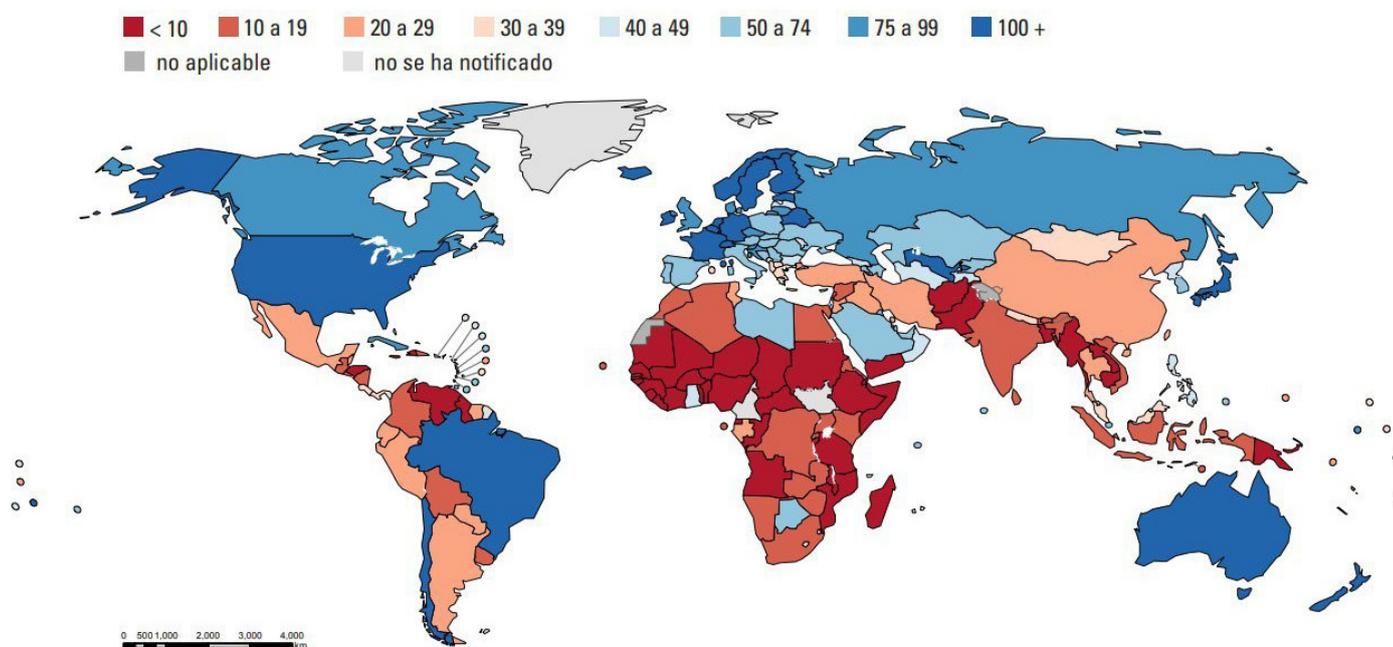
Persisten desafíos sociales, de la asistencia y curriculares, empezando por los recursos humanos en salud, por ejemplo, el caso de los profesionales de enfermería: en el mundo hay 29 millones de profesionales de enfermería, 8,4 trabajan en la Región de las Américas, lo que representa el 56% de la fuerza laboral de salud.

El número de profesionales de enfermería no guardan relación con el necesario para lograr la cobertura sanitaria universal y las metas de Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS). Más del 80% de estos profesionales se encuentran en países que suman sólo la mitad de la población mundial. En el año

2018, existía una escases de 5,9 millones de profesionales. Se calcula que el 89%, es decir, 5,3 millones de este déficit está en países de ingresos bajos y medianos-bajos, donde el número de enfermeras crece sólo por el ritmo del crecimiento demográfico (Sanhueza, 2021).

El número de enfermeras por 1000 habitantes es muy dispar entre países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), existiendo 10 enfermeras por cada 1000 habitantes en Canadá, EEUU; 8 de media en Europa; 18 en Alemania; 5 en España; y, otros como Bolivia, es de 1 ó 0 (Sanhueza, 2021).

Gráfico 1. Densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes en 2018



*Se incluyen los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Fuente: Cuentas nacionales del Personal de Salud, Organización Mundial de la Salud 2019, citado por Sanhueza, 2021.

Las mayores diferencias están en regiones como África, Asia Sudoriental y Mediterránea Oriental y algunos países de América Latina.

ARTICULACIÓN SALUD - EDUCACIÓN: REORIENTACIÓN CURRICULAR HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE TODAS LAS CARRERAS DE SALUD



El 23 de junio de 2021, el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) en coordinación con el Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en colaboración con la Unión de Universidades de América Latina y el Caribe realizó el Evento de Articulación Salud - Educación: Reorientación curricular hacia la atención primaria de todas las carreras de salud.

El objetivo principal fue avanzar en la consolidación y redefinición de los equipos de salud considerados como el sujeto protagónico de la accesibilidad y la cobertura territorial, expandiendo sustancialmente la formación en salud familiar y comunitaria, así como promover los equipos interprofesionales

dentro de las redes integradas de servicios de salud.

El encuentro fue un espacio común donde docentes universitarios, investigadores, funcionarios y equipos técnicos de los ministerios de salud andinos realizaron un diálogo interinstitucional que respondió de manera crítica y reflexiva a las necesidades identificadas para lograr cambios significativos en los currículos de salud.

La tabla 4 muestra la distribución porcentual de contribuciones al encuentro por afiliación y procedencia de los panelistas y la tabla 5 desglosa los actores según su área de acción en este encuentro: salud, educación, organismos y agencias.

Tabla 4. Contribuciones al encuentro por afiliación de los panelistas

Afiliación	Contribuciones
Unión de Universidades de América Latina y el Caribe - Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE/UDUAL)	1 (6,25%)
Universidad de Valparaíso (Universidades por el Territorio de Chile)	1 (6,25%)
Universidad de la Frontera (Universidades por el Territorio de Chile)	1 (6,25%)
Universidad de Chile (Universidades por el Territorio de Chile)	1 (6,25%)
Universidad de Concepción (Universidades por el Territorio de Chile)	1 (6,25%)
Universidad de Santiago (Universidades por el Territorio de Chile)	1 (6,25%)
Universidad de la República de Uruguay, Facultad de Medicina	1 (6,25%)
Universidad de la República de Uruguay, Facultad de Enfermería	1 (6,25%)
Ministerio de Salud Bolivia	1 (6,25%)
Ministerio de Salud Colombia	1 (6,25%)
Ministerio de Salud Chile	1 (6,25%)
Ministerio de Salud Pública de Ecuador	1 (6,25%)

Ministerio de Salud del Perú	1 (6,25%)
Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela	1 (6,25%)
Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS	1 (6,25%)
Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue	1 (6,25%)

Fuente: ORAS-CONHU, Estadísticas del Encuentro Salud y Educación, 2021

Tabla 5. Actores salud y educación en el diálogo

Salud	Educación
<p>Ecuador: Experiencias significativas de la Comisión Interinstitucional de Salud, en el trabajo articulado entre salud y educación. Ministerio de Salud del Ecuador.</p> <p>Venezuela: Experiencia del trabajo intersectorial en pregrado de las ciencias de la salud. Ministerio del Poder Popular para la Salud.</p> <p>Miembros del Comité Andino de Recursos Humanos de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela</p>	<p>Chile: Hacia la formación de profesionales que Chile necesita. Agrupación de Universidades por el Territorio. (Universidad de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción, Universidad de La Frontera, Universidad de Santiago).</p> <p>Uruguay: Facultad de Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad de la República de Uruguay</p>
<p>Organismos y/o Agencias</p> <p>UDUAL – Unión de Universidades de América Latina y el Caribe ALADEFE/UDUAL - Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería ORAS-CONHU – Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue SAM OPS/OMS - Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS</p>	

Fuente: ORAS-CONHU, Estadísticas del Encuentro Salud y Educación, 2021

Entre las líneas de acción puestas como punto de análisis y discusión para los planes de estudio, enfocadas en la función esencial de la salud pública, se señalaron:

- ❖ Contenidos curriculares en todas las disciplinas que actúan en salud en el ámbito humanista-social, incorporando la equidad de género (Sanhueza, 2021).
- ❖ Estándares de acreditación acorde a lo que la sociedad espera de los profesionales de salud, así como las condiciones sanitarias locales y globales.
- ❖ Políticas públicas en salud con planes de promoción de la salud, donde los estudiantes desarrollen actividades y modos de vida que promuevan la salud a través de acciones colaborativas, colectivas e individuales (Sanhueza, 2021).
- ❖ Políticas públicas integrales de prevención de la salud como estrategia para abordar factores comunes de riesgo de padecer Enfermedades No Trasmisibles (sedentarismo, alimentación poco saludable).



Hacia la formación de profesionales que Chile necesita

La agrupación de Universidades por el Territorio, académicos/as de cinco Universidades de Chile: Universidad de Valparaíso, Universidad de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de Santiago y Universidad de la Frontera¹ lograron integrar una visión conjunta del estado de situación de la enseñanza de las ciencias, a continuación algunas precisiones relevantes:

- La estrategia de la APS releva la visión de la comunidad, y en ese contexto se realizó una consulta ciudadana a nivel comunitario respecto a la pandemia COVID-19 organizada por este grupo de académicos a través de las redes sociales. Evidenció que las organizaciones comunitarias (estudiantes, adultos mayores, juntas de vecinos, entre otras) se reunieron espontáneamente, el 30% de sus acciones están alejadas de los servicios de salud, centros de salud y de las universidades. La comunidad tiene su propia forma de organización, de coordinarse y de organizarse (Fernández y Paradas, 2021).
- La pandemia facilitó el espacio para que organizaciones sociales y académicos se congregaran espontáneamente para buscar acciones para la COVID-19.
- La estrategia sanitaria está alejada de la participación social, definiéndose tres ámbitos de análisis: a) currículo, resumido en la tabla 6, b) campos clínicos resumido en la tabla 7, c) integración con la comunidad resumido en la tabla 8.

1 Universidad de Chile: María Soledad Barría Iroume, Lidia Campodónico Galdames, Deiza Troncoso Miranda, Sandra Oyarzo Torres, Mónica Espinoza Barrios y Hernán Aguilera Martínez. **Universidad de Valparaíso:** Astrid Arévalo Salinas y Mario Parada Lezcano. **Universidad de Concepción:** Patricia Villaseca Silva y Bárbara Sepúlveda Bustamante. **Universidad de La Frontera:** Roxana Sepúlveda y Lilian Fernández Fernández. **Universidad de Santiago:** Pedro Yáñez Alvarado.

Tabla 6. Ámbito 1: **Currículo.** Dilemas: la centralidad de la APS no se ha centrado en los currículos

Dilema	Desafío	Propuesta
<p>La centralidad de la atención primaria en salud no se ha concretado en los currículos.</p> <p>Al ingreso del pregrado existe alto compromiso que decae en el transcurso de la formación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Necesidad de un cambio profundo en la formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interdisciplinar e interprofesional. • Integrar a las ciencias sociales. • Pensamiento crítico. • Perspectiva de usuarios y comunidad. • Experiencia de agentes comunitarios y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Profundizar desde el pregrado la práctica con el Modelo de Salud Familia en APS. • Cambiar el modelo de campos clínicos por escenarios formadores. • Ampliar la visión de lo comunitario, con enfoque de género y derechos humanos. • Generar competencias en habilidades de comunicación. • Incluir contenidos y prácticas referidos al trabajo con la comunidad. • Desarrollar la habilitación de docentes, valorar el conocimiento y la experiencia de todos.

Fuente: ORAS-CONHU, construido a partir de Fernández y Paradas, 2021.

Tabla 7. Ámbito 2: **Campo Clínico** como escenario de formación

Dilema	Desafío	Propuesta
<p>Egresados inician trabajo en APS y su formación de pregrado es mayoritariamente hospitalaria.</p> <p>Falso saber: <i>el creer saber lo que no se sabe.</i></p> <p>El verdadero saber se construye en consenso, en la conversación, nadie tiene la verdad hasta que no la comparte con otro y logran un consenso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los saberes de la comunidad, validarlo e integrarlo como elemento clave en el trabajo de construir salud y enfrentar la enfermedad. • El territorio sea el campo de aprendizaje, es decir que la Universidad esté en el territorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Campos clínicos como oportunidades de exploración y experiencia ampliadas. • 50% de las asignaturas en y con APS y 50% correspondan al internado. • Incorporar agentes comunitarios en la docencia. • Docencia mixta en APS: personal de APS y académicos.

Fuente: ORAS-CONHU, construido a partir de Fernández y Paradas, 2021.

Tabla 8. Ámbito 3: Integración con la comunidad

Dilema	Desafío	Propuesta
<ul style="list-style-type: none"> • No siempre se vincula la teoría con el contexto social. • Enseñanza desde enfoque Biomédico. • Asociación de lo comunitario con: riesgo, inseguridad, pobreza. • Perfiles de egreso no consideran competencias para vincularse con APS. • No se validan las fuerzas de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revalorizar la APS como estrategia de desarrollo y cambio social. • Erradicar del imaginario docente que lo “comunitario” es poco serio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsanan brechas entre teoría y práctica. • Incluir formación en disciplinas como: sociología, antropología, historia, economía, pedagogía, etc. • Docencia en la comunidad.

Fuente: ORAS-CONHU, construido a partir de Fernández y Paradas, 2021.

Estos resultados fueron productos del levantamiento de información a través de seminarios participativos y mesas de trabajos, a la luz de los hechos arroja el eslogan:

“Estamos convencidos y convencidas de que requerimos un fuerte cambio en la enseñanza de las ciencias de la salud. Varias de nuestras universidades han realizado cambios curriculares, sin embargo, ello no ha sido suficiente. Seguimos formando para la enfermedad y no para la salud, para los hospitales y no para la atención primaria, para individuos y no desde la transdisciplinariedad para la comunidad. Esperamos continuar este análisis hasta lograr cambios efectivos” (Fernández y Paradas, 2021).

La Atención Primaria de Salud debe ser considerada como campo formador principal de pregrado.

Los programas formativos requieren ser interdisciplinarios, interprofesionales, colaborativos.

Implementar currículos, planes de formación y metodologías **“pertinentes en lo social”**.

Formar ciudadanos involucrados con las necesidades de su entorno **“constructores y cuidadores de saberes”**.

Erradicar currículos implícitos que estigmatizan la APS.



Uruguay

El caso Uruguay cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Salud y su modelo de atención a la Salud se fundamenta en el eje de la Reforma es la estrategia de APS, con la consolidación de un Primer Nivel de atención (Artículo 32 citado por Vignolio, 2021). La Facultad de Medicina de la Universidad de la República, dispone de un Nuevo Plan de Estudios aprobado por el Claustro de la Facultad de Medicina en diciembre de 2007, y en marzo de 2008 por el Consejo (Vignolio, 2021).

Una de las características a resaltar de este nuevo plan en la Carrera de Medicina es **“Aprendizaje en base a problemas, aplicando contenidos humanísticos, biológicos y cuantitativos, priorizando la participación activa del estudiante en el proceso de su formación”** y el trabajo en comunidad o trabajo en aprendizaje de campo o en territorio de manera intersectorial a lo largo de toda la carrera.

La realidad al 2021 es la alta demanda de estudiantes para ingresar a la carrera de medicina y la relación docente-estudiantes adecuada a esa

enseñanza quedó pospuesta, el trabajo en la comunidad quedó reducido a los primeros años de la carrera. En suma, el plan desarrollado fue modificado con una inserción importante en el primer nivel de atención, basado en la comunidad, centrado en el aprendizaje, pero no se mantuvo en el tiempo, la educación clínica quedó reducida a los últimos años y el trabajo en comunidad reducido al primer año de la carrera.

Uruguay sufre un déficit de profesionales de enfermería que afecta la relación usuario-enfermero, la relación es de 9 enfermeros por cada 10 000 habitantes y en los equipos de salud la relación es de 4 médicos por 1 enfermera, y la relación por cada licenciado en enfermería es de 1 por cada 3 auxiliares.

Este déficit tiene múltiples variables, resaltándose el desafío de lograr convergencia entre el nivel político y el sector formador, ya sea implementando cambios en los currículos de grado y ampliando la formación de postgrado, formación acompañada desde los servicios (Lacava, 2021).

El actual modelo de salud producto de la reforma dan marco normativo al ejercicio profesional de la enfermería, llevándose a un nuevo Plan de Estudio 2016, que exige de un profesional con formación generalista con capacidades, habilidades y prácticas para el cuidado enfermero en los diferentes grupos etarios, de la persona, familia y los colectivos, en los diferentes contextos sociales.

Un/a enfermero/a que privilegie la atención integral, en los distintos niveles de prevención con fortalezas en cuanto a la estrategia de APS y la determinación social de la salud. Todas estas acciones han evidenciado algunas debilidades en el ejercicio:

- 1) Trabajar en situación de masividad estudiantil,
- 2) Dificultad de parte del estudiante de visualizar el rol profesional en todos los servicios, dado los escasos recursos de enfermería profesional,
- 3) La distancia que se produce muchas veces entre la propuesta curricular y el servicio,
- 4) Los tiempos establecidos para las experiencias prácticas son muy limitados para que el estudiante pueda acompañar los procesos de construcción y de cambio con la población y los servicios de atención (Lacava, 2021).

Representantes de los ministerios de salud andinos de Ecuador y Venezuela, resaltaron algunos puntos en consideración con los avances y desafíos que se tienen en esta materia:

Ecuador



En el caso de Ecuador, el modelo de atención integral en salud caracterizado por integrar la APS transversal a todos los niveles de atención, promueve la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se basa en la salud de la familia y la comunidad, y toma como preceptos de interculturalidad.

El Ministerio de Salud Pública formó tres instituciones claves para la educación superior del país:

- 1) Consejo de Educación Superior, es el rector del sistema de educación superior,
- 2) El Consejo de aseguramiento a la calidad de la educación superior y,
- 3) La Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, estas tres instituciones más una reforma importante en el Ministerio de Salud: como rectoría y gobernanza y como proveedor de servicios de salud.

Dentro de la gobernanza, la Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano se encarga de coordinar con todas las instituciones de formación del país. Se resalta una experiencia nacional como el **Postgrado Nacional en Medicina Familiar** que logró reunir a 8 universidades nacionales, pudiendo definir y armar un perfil y una sola malla curricular (Díaz, 2021).

Con este precedente se conforma la comisión interinstitucional de salud mediante resolución 015-002-2011 creada por el Consejo de Educación Superior, para trabajar dentro del ámbito del Sistema de Educación Superior en los aspectos relativos al campo de la Salud.

El trabajo articulado de manera participativa con los actores involucrados logró armar **el perfil del Médico General que necesita el país** que tiene como eje la APS, este insumo fue parte fundamental para los rediseños de

todas las universidades y de todas sus carreras. Actualmente en coordinación con el Consejo de Educación Superior se está construyendo todos los perfiles de las profesiones de salud del país (Díaz, 2021).

Cuenta con un proyecto de formación nacional de postgrados y técnicos de atención primaria y que buscan fortalecer estructuralmente el sistema de salud entre la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, la Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano y el Ministerio de Salud Pública, este convenio ha servido de instrumento para el trabajo interinstitucional y de normatización del talento humano en salud.

Actualmente se está trabajando con el manual de carrera docente con los gremios, las universidades y la asamblea.

Venezuela



En el caso de Venezuela, en el 2020 por mandato presidencial se creó el Plan Nacional Dr. José Gregorio Hernández, como estrategia para incentivar, promover y articular los nuevos ingresos de estudiantes de medicina a las universidades del país, y se establece una mesa de articulación y coordinación entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria (MPPEU) en conjunto con la Universidad de la Ciencias de la Salud “Hugo Rafael Chávez Frías” (UCS HCh) y la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV) (Franco, 2021).

Conformación de la Mesa de Coordinación Inter institucional integrada como miembros permanentes: la Secretaría del Consejo

Nacional de Universidades, quien la coordina, las Viceministras de MPPEU, la Viceministra de Salud Integral del MPPS, la UCSHChF y la UBV.

Esta mesa estableció líneas de trabajo para corto, largo y mediano plazo, señalando de relevancia a largo plazo a la Elaboración del Plan Nacional para la Formación de los Profesionales que necesita el Sistema Público Nacional de Salud, entre sus propósitos está el análisis de la situación que se confronta para el desarrollo de las actividades de formación, desde el espacio universitario y los servicios asistenciales del ministerio de salud, la capacidad docente y los espacios de formación en el marco de la Integración Docente Asistencial e investigación (IDAI), la actualización

de los programas de formación de los profesionales de la salud.

Las principales fuentes o bases de información para la construcción del Plan Nacional son: a) Necesidades identificadas por el MPPS, b) Oferta académica de las universidades, c) Comportamiento del ingreso y egreso a los programas de salud de las universidades, d) Promedio de graduados de bachillerato por año y estado.

El Observatorio de Talento Humano en Salud (MPPS, junio 2019 citado por

Franco, 2021) evidenció el déficit de profesionales en las diferentes carreras, así como las brechas existentes entre los estados; y el MPPEUCT presentó el número de egresados de todas las instituciones educativas formadoras en el área de salud correspondiente a los años 2008 al 2018.

El déficit para el 2019 es de: 16 médicos x 10 000 habitantes ver gráfico 1, 17 enfermeras x 10 000 habitantes, 0,31 promotores de salud x 2500 habitantes y 1 odontólogo x cada 10 000 habitantes (Franco, 2021).

Gráfico 2. Relación médicos x 10 000 Habitantes, Venezuela 2019

ENTIDAD	MEDICO	MEDICO ESPECIALISTA	MEDICO RESIDENTE	MEDICO RURAL o INTERNO	Total general	Nº de Habitantes	MEDICOS x 10.000 HAB (30)
VENEZUELA	4.809	23.967	9.625	10.060	48.461	29.713.487	16
MIRANDA	557	1.082	418	261	2.318	3.036.622	8
LA GUAIRA	57	178	46	87	368	349.504	11
BOLIVAR	248	1.018	371	493	2.130	1.720.328	12
LARA	68	1.415	604	438	2.525	1.888.545	13
ZULIA	212	2.915	977	1.471	5.575	3.976.267	14
NUEVA ESPARTA	74	375	97	271	817	569.082	14
ANZOATEGUI	180	1.216	405	536	2.337	1.617.441	14
TACHIRA	104	828	250	523	1.705	1.172.658	15
DELTA AMACURO	24	162	26	69	281	189.984	15
PORTUGUESA	146	694	221	418	1.479	973.169	15
CARABOBO	86	1.912	874	727	3.599	2.345.754	15
FALCON	86	701	357	400	1.544	993.854	16
YARACUY	48	531	284	207	1.070	683.043	16
MONAGAS	107	784	299	340	1.530	940.849	16
MERIDA	86	1.029	419	234	1.768	961.686	18
AMAZONAS	23	116	54	143	336	182.464	18
BARINAS	101	765	223	606	1.695	871.851	19
TRUJILLO	162	858	303	287	1.610	800.149	20
DTTO CAPITAL	507	2.388	1.056	199	4.150	1.926.529	22
SUCRE	98	945	463	772	2.278	1.006.445	23
COJEDES	50	356	172	217	795	341.255	23
ARAGUA	1.192	1.892	725	476	4.285	1.725.384	25
APURE	267	590	299	406	1.562	570.257	27
GUARICO	308	1.056	678	479	2.521	868.248	29

Fuentes: Nominas Estadales y Nivel Central

Gráfico 3. Relación enfermera x 10 000 habitantes. Venezuela. 2019

ESTADOS	ENFERMERAS	N° de Habitantes	ENFERMERAS + 10.000 HAB (88)
VENEZUELA	50.981	29.713.487	17
MONAGAS	737	940.849	8
MIRANDA	2.408	3.036.622	8
ZULIA	3.769	3.976.267	9
LARA	2.041	1.888.545	11
YARACUY	780	683.043	11
FALCON	1.236	993.854	12
NUEVA ESPARTA	730	569.082	13
TACHIRA	1.591	1.172.658	14
SUCRE	1.459	1.006.445	14
ANZOATEGUI	2.385	1.617.441	15
LA GUAIRA	536	349.504	15
CARABOBO	4.061	2.345.754	17
BOLIVAR	3.006	1.720.328	17
MERIDA	1.705	961.686	18
AMAZONAS	407	182.464	22
PORTUGUESA	2.225	973.169	23
ARAGUA	4.091	1.725.384	24
DELTA AMACURO	491	189.984	26
BARINAS	2.267	871.851	26
DTTO CAPITAL	5.915	1.926.529	31
GUARICO	2.784	868.248	32
APURE	1.902	570.257	33
TRUJILLO	2.718	800.149	34
COJEDES	1.532	341.255	45

Fuentes: Nominas Estadales y Nivel Central

Gráfico 4. Relación Promotor de Salud x 2500 habitantes, Venezuela 2019

ENTIDAD	ACI. ATENCION PRIARIA EN SALUD	ASISTENTE DE SALUD PUBLICA	ASISTENTE DE SERVICIO SOCIAL	T SU EN TRABAJO SOCIAL	TRABAJADOR SOCIAL	Total general	PROMOTORES * 2.500 HAB
VENEZUELA	113	366	1.843	445	945	3.712	0,31
MIRANDA	0	0	122	12	25	159	0,13
MERIDA	0	6	46	4	14	70	0,18
CARABOBO	0	31	76	19	45	171	0,18
TACHIRA	0	21	20	3	42	86	0,18
ZULIA	0	28	168	5	104	305	0,19
MONAGAS	15	8	35	4	18	80	0,21
FALCON	0	3	48	5	38	94	0,24
ARAGUA	0	7	100	13	45	165	0,24
PORTUGUESA	0	15	46	0	34	95	0,24
LARA	0	15	61	48	63	187	0,25
YARACUY	0	2	41	6	24	73	0,27
BOLIVAR	39	20	83	22	39	203	0,30
ANZOATEGUI	0	18	70	24	82	194	0,30
SUCRE	5	19	55	6	46	131	0,33
NUEVA ESPARTA	0	0	43	22	28	93	0,41
LA GUAIRA	0	2	47	7	4	60	0,43
APURE	0	25	36	4	34	99	0,43
DTTO CAPITAL	3	58	109	84	168	422	0,55
BARINAS	0	15	185	2	6	208	0,60
GUARICO	1	12	155	30	10	208	0,60
TRUJILLO	0	31	55	102	52	240	0,75
COJEDES	0	12	88	0	6	106	0,78
AMAZONAS	0	7	50	8	0	65	0,89
DELTA AMACURO	16	8	59	1	0	84	1,11

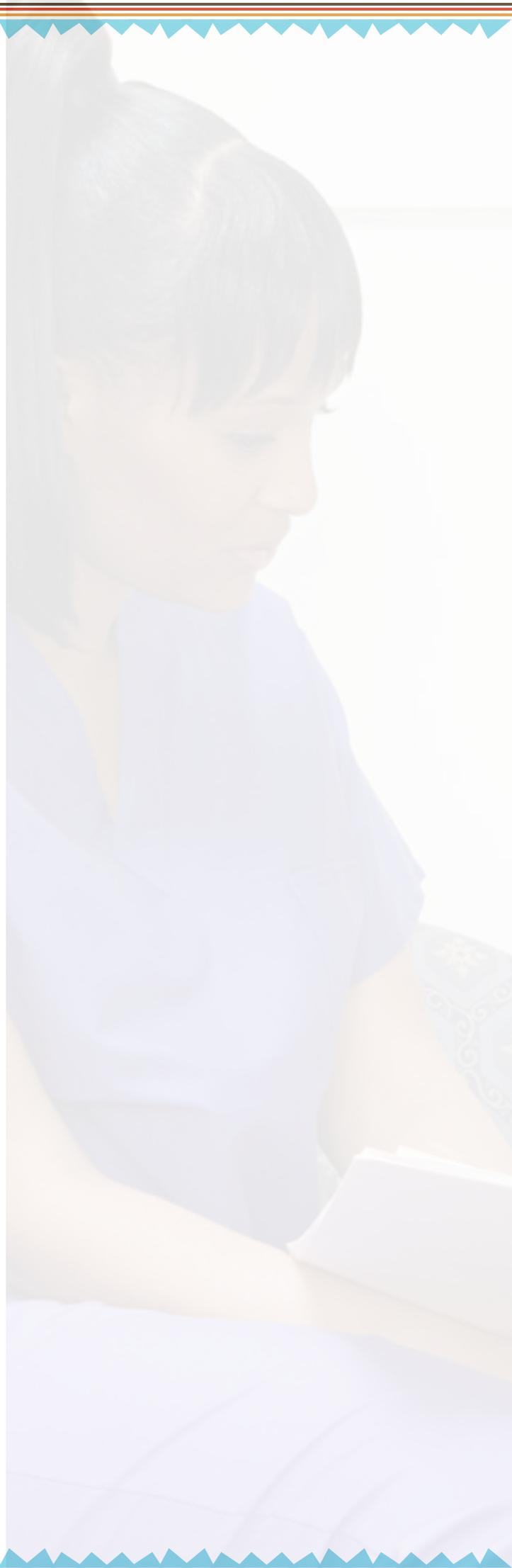
Fuentes: Nominas Estadales y Nivel Central

Gráfico 5. Relación odontólogo x 10000 habitantes. Venezuela 2019

ESTADOS	Total general	ODONTOLOGOS* 10.000 HAB (28)
VENEZUELA	2.962	1,00
DELTA AMACURO	7	0,37
BOLIVAR	79	0,46
MIRANDA	140	0,46
MONAGAS	48	0,51
LARA	106	0,56
TACHIRA	68	0,58
LA GUAIRA	25	0,72
ARAGUA	139	0,81
PORTUGUESA	80	0,82
YARACUY	57	0,83
CARABOBO	234	1,00
ANZOATEGUI	168	1,04
SUCRE	106	1,05
NUEVA ESPARTA	60	1,05
BARINAS	93	1,07
FALCON	112	1,13
MERIDA	109	1,13
APURE	66	1,16
AMAZONAS	22	1,21
ZULIA	551	1,39
COJEDES	50	1,47
DTTO CAPITAL	319	1,66
TRUJILLO	138	1,72
GUARICO	169	1,95

Fuentes: Nominas Estadales y Nivel Central

CONCLUSIONES



- La pandemia producida por COVID-19 ha mostrado la necesidad e importancia de tener voluntad política desde las instancias gubernamentales, y directivos del sector salud, educativo y laboral, para generar compromisos intersectoriales.
- La ausencia de coordinación integral entre las instituciones formadoras del talento humano en salud y los entes rectores de la planificación y ejecución de las políticas de salud, explica las contradicciones entre las características de los profesionales que egresan y las necesidades del sistema de salud.
- La universidad es un actor clave para combatir las desigualdades, mejorar la calidad de la educación, el medio ambiente y avanzar en la tarea para superar el subdesarrollo.
- Es necesario plantearse la salud universal como un propósito, el acceso universal, privilegiar la APS, fortalecer el primer nivel de atención. **¿Qué se está haciendo como país, para que los profesionales que están formando sean los necesarios para ese modelo de atención?** En este sentido, es esencial estos espacios de diálogos con los formadores quienes son socios claves en este desafío y no se pueden abordar sin el respaldo de las instituciones formadoras, con los responsables de la gestión de los RHUS de los ministerios de salud.
- Continuar el diálogo coordinado entre salud y educación, el tema de la formación interprofesional, y las experiencias innovadoras e interesantes comunes para seguir avanzando.
- Los recursos humanos en salud, suficientes, capacitados y con condiciones laborales dignas, son fundamentales para la garantía del derecho a la salud.
- A pesar de que los Estados han realizado gestiones para avanzar en la definición del perfil de desempeño del médico basado en APS, su aplicación dista de la relación universidad-sistema de salud.
- Formar enfermeros suficientes, calificados y dotados de cualidades que incidan en la eliminación de los desequilibrios e inequidades existentes.
- Incluir la perspectiva de determinación social, con enfoque de derechos y territorial.
- Propiciar la formación de la/el estudiante como agente transformador, innovador y en contacto permanente con la realidad sociosanitaria.
- Transitar a un currículo integrado de las carreras de la salud cuyo centro sea la persona, la familia y la comunidad.

RECOMENDACIONES



- Acudir al **trabajo colaborativo y trabajo interprofesional**. Trabajar el cambio de pensamiento, migrar de ese dominio del intelecto y poder migrar hacia la pasión, para que no sea solo el dominio cognitivo y técnico en habilidades, sino también la innovación y la co-creación que permite ser más empáticos y de alguna manera, mitigar un poco las brechas que se pueden generar.
- **Cambiar el paradigma**, reconocer que el enfoque biomédico es la base y es la que predomina en los ministerios de salud, de educación, en las universidades, los trabajadores, las asociaciones gremiales y la comunidad. Este pensamiento es “una barrera a derribar”.
- **Vinculación de la universidad con los territorios**, aquí debe darse la convergencia entre la comunidad, la universidad y los servicios.
- **Formación de formadores**, si los formadores no internalizan lo que es la esencia de la estrategia de Atención Primaria en Salud no puede trascender y compartir el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- **Instrumentos para convalidar profesiones de salud** en la región. La formación de los profesionales de salud es larga y compleja, y la migración ha generado la necesidad de validar u homologar los grados académicos o títulos profesionales del extranjero para su inserción en los diferentes escenarios..
- El tema de reorientación curricular se seguirá desarrollando con mayor fuerza, y las siguientes líneas de acción serán orientadas a la **acreditación, la abogacía y la formación de formadores**.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz-Bolaños, C. (2021, 23 junio). Experiencias significativas de la Comisión Interinstitucional de salud, en el trabajo articulado entre salud y educación. Ministerio de Salud del Ecuador [Conferencia]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. www.youtube.com/watch?v=AW4sF-GLmuHY&feature=youtu.be
- Fernández, L. y Parada, M. (2021, 23 junio). Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita. [Conferencia]. Agrupación Universidades por el Territorio de Chile.
- Franco, L. (2021, 23 junio). Plan José Gregorio Hernández [Conferencia]. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria. Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Rafael Chávez Frías”. Universidad Bolivariana de Venezuela.
- Lacava, E. (2021, 23 junio). Orientación curricular hacia la atención primaria del Licenciado en Enfermería. [Conferencia]. Facultad de Enfermería. Universidad de la República de Uruguay.
- Mallqui, M., Sepúlveda, H., Maddaleno, M., Santacruz, J. y Del Carmen, J. (2020, 01 diciembre). Hacia una nueva normalidad: Recursos Humanos, desafíos en su formación. [Webinar]. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue. [https://](https://www.youtube.com/watch?v=AW4sF-GLmuHY&feature=youtu.be)
- OPS/OMS (2014, 29 septiembre al 03 octubre). CD53.R14: Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>
- OPS/OMS (2018, 23 al 27 septiembre) 56.o Consejo Directivo 70.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf>
- OPS/OMS (2018, 25 y 26 octubre). Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Parada, M. (2019, octubre). Competencias de los profesionales médicos que se desempeñan en el primer nivel de atención de los países andinos [Material de trabajo no publicado]. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue: Lima.
- Rando H. (2016). Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos?. Revista Médica del Uruguay, 32(1), 59-67. Recuperado en 13 de octubre de 2021, de

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008&lng=es&tlng=es.

Salas, Y., Sanhueza, O., Santacruz, J. y Burdiaz, S. (2020, 11 noviembre). Encuentro entre el ORAS -CONHU y UDUAL [Reunión Técnica Online]. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue. <http://orasconhu.org/portal/blog/689>

Salas, Y., Sepúlveda, H, Ugarte, C. y Muñoz, M. (2020, 10 septiembre). Gestión de los Recursos Humanos para la salud en COVID-19 [Webinar]. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito

Unanue. <https://www.facebook.com/orasconhu/videos/313356776625450>

Sanhueza, Olivia (2021, 23 junio). Análisis de los cambios necesarios en los Planes de Estudio post pandemia en las carreras de ciencias de la salud. [Conferencia]. Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería.

Vignolo, Julio (2021, 23 junio). Nuevo plan de estudios de la carrera de medicina. [Ponencia]. Facultad de Medicina. Universidad de la República de Uruguay.





ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República 3832 San Isidro.
Piso 3. Teléfono: (0051-1) 6113700
contacto@orasconhu.org.pe
<http://www.orasconhu.org>

-  Organismo Andino de Salud
-  @orasconhu
-  Organismo Andino de Salud
-  Organismo Andino de Salud

