

Assistant students' characterization of Latin American medical school for training as health promoters

SUMMARY

Objective: To characterize the assistant students of Morphophysiology II-III Department at ELAM for training as health promoters.

Methods: A descriptive study was conducted from a probabilistic sample of 20 assistant students of Morphophysiology II-III Department. The methods used were: observation, group interviews and survey. An instrument for information on the level of expertise that has these students in health promotion and health promoter was applied. For data processing SPSS 11.5 for Windows was used.

Results: The students have difficulties in understanding the elements that characterize health promotion and health promoter; a training program for health promoters assistant students of Morphophysiology II-III Department at ELAM was developed.

Conclusions: The characterization made, allowed to take stock of the positive and negative elements that assistant students have on health promotion knowledge and the health promoter.

The implementation of program for the promoters training will increase the preparation of students as assistants strengthening teaching and research functions in their comprehensive training.

Key words: health promotion; health workers; peer health promoter; program.

Dirección para la correspondencia: Odalys Salas San Juan. Escuela Latinoamericana de Medicina. Carretera Panamericana, Km 3^{1/2}, Santa Fe, Playa, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: odalys64@elacm.sld.cu

Panorama Cuba y Salud 2016;11(2):22-29

(Recibido: 1º de octubre de 2015,
aprobado: 21 de enero de 2016)

(Artículo Original)

Formación de recursos humanos para el ALBA a partir de la investigación de discapacidad

Ministerio de Salud Pública. La Habana. Cuba.

Dra.C. Miriam Portuondo Sao¹, Dra.C. Marcia Cobas Ruiz², Dra. Ileana Rosario Morales Suárez³, Dra. Ana Margarita Toledo Fernández⁴, Dra. María Victoria Norabuena Canal⁵, Dr.C. Eduardo Zacca Peña⁶.

¹Médico Especialista de Segundo Grado en Genética Clínica, Doctora en Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba. ²Doctora en Ciencias de la Salud, Viceministra de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba. ³Médico Especialista de Segundo Grado en Administración de Salud, Directora Nacional de Ciencia y Técnica, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba. ⁴Médico Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral, Jefa de Departamento de Innovación y Evaluación de Tecnología Sanitaria, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba. ⁵Médico Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral, Jefa de Departamento de Investigaciones, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba. ⁶Médico Especialista de Segundo Grado en Administración de Salud, Doctor en Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el universo de personas con discapacidades en países del ALBA y la intervención realizada para mejorar la atención de las mismas.

Método: Fueron integrados los métodos epidemiológico, clínico-genético y psicopedagógico para el estudio del total de personas con discapacidad, empleando la investigación-acción participativa diseñada por Cuba en Venezuela, Ecuador, Nicaragua, Bolivia y San Vicente y las Granadinas.

Resultados: Se generalizó una metodología cubana para el estudio de la discapacidad, en países del ALBA, donde se encontró una prevalencia entre el uno y el 3,3%, con más de un millón 247 mil personas con discapacidad investigadas, se ofrecieron un millón 800 mil consultas de especialidades carentes en el ALBA, entre las que se destacan 230 mil de genética clínica. Se identificó la necesidad de formar recursos humanos en especialidades deficitarias para la atención de la discapacidad.

Conclusiones: La investigación permitió el desarrollo de políticas públicas y Programas de Atención y Prevención de la discapacidad, en respuesta a las necesidades identificadas en cada país, que hoy muestra significativos aportes como la inauguración del Centro Nacional de Genética Médica en Venezuela y la formación de 215 especialistas en el campo de la genética y la rehabilitación, a partir de graduados en la ELAM fundamentalmente; gracias a la integración de países del ALBA.

Palabras clave: formación de recursos humanos; discapacidad; integración del ALBA; epidemiología; investigación-acción.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad se considera en la actualidad un fenómeno universal, que puede manifestarse en algún momento de la vida, sobre todo en la ancianidad y coexisten diferentes maneras de enfocarla. Muchas veces permanece oculta por problemas como la pobreza, que impiden o retardan el diseño y la aplicación de estrategias que permitan a estas personas desarrollar sus capacidades y alcanzar la verdadera inclusión social. (1)

Desde el punto de vista semántico, el término discapacidad significa separación de inteligencia, talento y estado óptimo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por discapacidad "la condición compleja del ser humano, constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades: o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente."(2)

De lo anterior se denota que la discapacidad resulta de los efectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles; falta de apoyo social).

La discapacidad es un tema complejo del que se disponen estimados, generalmente indicadores compuestos y desagregados. Se carece de datos fidedignos y mucho menos particularizados; los estudios poblacionales son escasos, insuficientemente actualizados, limitados o imprecisos.(3,4)

Es por ello que el trabajo en políticas públicas o programas

relacionados con la discapacidad carece de la base científica y sociológica necesaria para la intervención correcta, efectiva y oportuna. La medición de su magnitud y distribución como problema de salud se ha visto matizada por dificultades conceptuales y metodológicas aún no resueltas, de aquí que en la literatura científica se produzcan estimaciones y cálculos en diferentes latitudes que pueden generar desconcierto.(5,6)

En la actualidad, si bien el discurso desarrollado por organismos globales, organizaciones sociales o especializadas en salud abogan por los derechos humanos sobre esta adversa condición humana, (5) no existe correspondencia con el compromiso, la acción y las políticas que reduzcan la discriminación de estas personas o la exclusión que las afecta; todo ello además sucede en medio de un vertiginoso desarrollo de la innovación, la tecnología y el conocimiento científico, que demora aún demasiado tiempo en llegar para evitar, curar o rehabilitar a las personas con discapacidad, en la mayoría de los países.

Afortunadamente en los países del ALBA, se constata hoy la acción loable de los gobiernos de vanguardia, quienes han visualizado la discapacidad como problema, no solo para cuantificarla, sino para contribuir a solucionar los principales problemas que la acompañan, por medio de políticas sociales justas, que permitan entregar lo que se necesita y respetar así la condición humana de las personas con discapacidad, brindándole mejor atención médica y socioeconómica.(7)

En Cuba, en julio de 2001 fue orientado por la dirección de la Revolución, realizar el estudio integral de las personas con discapacidad que permitiese identificar sus causas, problemas y necesidades apremiantes, siendo este hecho, la génesis del primer estudio integral (psicosocial,

psicopedagógico y clínico-genético), de las personas con discapacidad. La investigación con dimensión nacional, se inició el 27 de julio de 2001 en el municipio Cotorro de La Habana, y concluyó en la provincia de Pinar del Río, el 27 de abril de 2003, tras haber estudiado todo el territorio nacional.

En los países del ALBA se ejecutó la investigación con iguales objetivos y metodología, la que cumplió el siguiente cronograma:

- República Bolivariana de Venezuela: Del 24 de julio de 2007 al siete de octubre de 2008.

- Ecuador: Del primero de julio de 2009 al tres de diciembre de 2010.

- Nicaragua: Del 10 de octubre de 2009 al 10 de octubre de 2010.

- Bolivia: Del primero de noviembre de 2009 al 13 de agosto de 2010.

- San Vicente y Las Granadinas: Del primero al 31 de marzo de 2010.

Los objetivos de esta investigación fueron:

1. Caracterizar el universo de personas con discapacidades, con énfasis en la identificación de los problemas y restricciones afines con sus condiciones de vida.

2. Implementar acciones de intervención para el mejoramiento de la atención a las personas con discapacidad, con especial atención a la formación de recursos humanos en el campo de la genética y la rehabilitación.

SUJETOS Y MÉTODOS

Para investigar todas las personas con discapacidad en su propio domicilio, se utilizó una combinación de enfoques metodológicos triangulados, con el objetivo de obtener los conocimientos necesarios sobre sus características personales, así como los principales problemas y restricciones. Sobre este conocimiento, se desarrolló una intervención en los ámbitos individual y comunitario, de forma sistemática, con la participación de todas las fuerzas activas de la sociedad.

- Universo de estudio:

El estudio comprendió a toda la población que presentara discapacidad permanente residente en el territorio nacional de los seis países del ALBA.

El universo inicial se obtuvo de diversas fuentes: datos censales de las Oficinas Nacionales de Estadística, registros de las asociaciones de personas con discapacidad, personas dispensarizadas con discapacidad en los centros de salud, matrículas de las escuelas especiales y registros de los centros médicos psicopedagógicos y de los hospitales para atención a personas con enfermedades mentales.

El ajuste del universo se realizó en las visitas a todos los Consejos Populares, Comunales y Parroquias, donde se partió del inicial y se completó con la participación de las organizaciones de masas. La pesquisa activa casa por casa permitió la localización de las personas identificadas con anterioridad y la inclusión de los no registrados.

- Métodos de recolección de la información:

Se emplearon entrevistas estructuradas, cuestionarios, pruebas psicométricas y psicopedagógicas, así como, exámenes clínicos y de laboratorio genético, este último cuando fue indispensable. Para la obtención de los datos primarios se emplearon tres instrumentos, dos de ellos para el estudio de la discapacidad intelectual, ellos son:

1) Para evaluar los aspectos psicopedagógicos y psicosociales: Instrumento clasificador inicial constituido por 111 preguntas relacionadas con datos generales, habilidades funcionales por área de desarrollo, educación, atención institucional, atención comunitaria, atención psicopedagógica, familia, dinámica familiar, vivienda, ayudas técnicas, situación laboral, acceso y evaluación de la satisfacción con los servicios y estado nutricional y observaciones de interés.

2) Para evaluar los aspectos clínico-genéticos: Instrumento constituido por 69 preguntas relacionadas con datos generales, datos de la salud materna en el período del embarazo, datos del parto y de los primeros siete días de vida del niño, datos relacionados con el niño a partir del octavo día de vida, interrogatorio y examen físico, evaluación por equipo multidisciplinario, resultados de análisis realizados. En este instrumento se recogieron los datos de 492 variables.

Para evaluar los aspectos psicopedagógicos y psicosociales de las personas con otras discapacidades se empleó el Instrumento clasificador constituido por 82 preguntas relacionadas con datos generales, condiciones de vida, apoyo familiar a la persona con discapacidad, servicios de atención domiciliaria, situación laboral, estado de salud y necesidad de implementos, medicamentos y ayudas técnicas; necesidades educacionales en el menor de 18 años, causa referida de la discapacidad, consumo de bebidas alcohólicas, observaciones y valoración por la comisión. En este instrumento se recogieron datos de 348 variables.

Aplicación de técnicas cualitativas: En diferentes momentos de la investigación fueron utilizadas técnicas cualitativas de la investigación social que incluyeron: técnica de informantes clave, entrevistas en profundidad, dinámicas con grupos de expertos, focales y fórum comunitarios con amplia participación comunitaria, líderes formales e informales y directivos de diferentes sectores implicados en la atención a las personas con discapacidad.

- Discapacidades investigadas: físico-motora, visual, auditiva, mental, orgánica o visceral (insuficiencia renal crónica con criterio de diálisis), discapacidad Intelectual.

Se consideró como discapacidad toda limitación grave para realizar las actividades de la vida, de manera independiente. Se incluyeron aquellas que habían atenuado su discapacidad con el uso de ayudas técnicas externas, pero que impondrían dificultades importantes si no dispusieran de estas.

- Constitución de los equipos de trabajo para la ejecución de la investigación:

El estudio lo ejecutaron médicos de familia, maestros de educación especial, máster en asesoramiento genético, activistas de salud, otros profesionales según dispusiera cada país, los que visitaban en sus hogares las personas que requerían y aceptaban, previo consentimiento informado su inclusión en el estudio.

Se integraron especialidades médicas que resultan en muchos países costosos y de difícil acceso para la población como: Genética Clínica, Neuropediatría, Neurofisiología, Otorrinolaringología y Psicología. La integración de este equipo multidisciplinario permitió profundizar en el estudio de las causas de la discapacidad y estudiar todos los casos de la población que lo requirieron, así como proponer estrategias de atención y preventivas, en función de los problemas específicos identificados en cada territorio.

- Desarrollo del trabajo por el equipo de coordinación:

Al concluir diariamente el trabajo de campo, además de revisar y evaluar la calidad del contenido de los instrumentos aplicados y los reportes de información cualitativa; se desplegaba la captura y procesamiento de los datos y se desarrollaban dinámicas grupales a manera de fórum comunitario con líderes comunitarios e intersectoriales, donde eran identificados y priorizados los principales problemas y restricciones de las personas con discapacidad y se procedía a la búsqueda de soluciones personalizadas.

- Acciones de intervención:

La identificación objetiva, oportuna y directa de la realidad, obtenida por las vías antes descritas, facilitó la realización de acciones concretas e inmediatas, dirigidas a modificar las condiciones de vida de las personas con discapacidad. Un grupo de especialistas realizaba la coordinación de soluciones de diferentes tipos para mejorar las condiciones de vida, con la valoración consensuada en los fórums comunitarios, lo que favoreció el acceso a servicios y la entrega de ayudas técnicas y otros artículos a las personas que los necesitaban.

Los problemas complejos reconocidos, como la formación de recursos humanos necesarios para la atención de las personas con discapacidad y el desarrollo de programas preventivos, así como las diferentes inversiones, requirieron el desarrollo de programas de mayor magnitud, los que fueron considerados y tratados a niveles directivos superiores hasta encontrar las soluciones factibles para cada país.

Los datos cuantitativos fueron resumidos y presentados en forma tabular, usando medidas de resumen relativas.

Consideraciones éticas. Consentimiento Informado

El presente estudio se realizó cumpliendo las consideraciones éticas para la investigación en humanos a partir del consentimiento informado confeccionado para esta investigación, el que fue leído y firmado por la persona investigada o en su defecto por sus tutores, previo al llenado siempre de la herramienta de clasificación inicial.

Cuando fue necesario obtener fotos clínicas de la persona en estudio o muestras biológicas, igual se procedió al

llenado del consentimiento específico para estos fines. De esta manera se contó siempre con la voluntariedad de las personas estudiadas y tutores.

RESULTADOS

En este estudio se visitaron tres millones 820 mil 684 viviendas, en los seis países estudiados y un millón 207 mil 472 personas con discapacidades fueron investigadas, lo que representa para la población de la región de 64 millones 786 mil 057 personas, una tasa de prevalencia de discapacidad de 1,86 por cada 100 habitantes de todas las edades; oscilando entre el 1 y 3,26%, según cada país. Estas cifras se desconocían tanto en las naciones como en la región.

La preparación de la investigación conllevó a la capacitación de todas las personas de la comunidad que de una u otra forma participaron, dotándolos de conocimientos básicos sobre discapacidad y realizándose de igual modo, actividades comunitarias de educación y promoción de salud, lo que propició la inclusión de personas con discapacidad en su comunidad y promovió la mejor percepción de las mismas. Se integraron en todos los países estudiados más de 71 mil personas, de ellos 730 especialistas cubanos.

Otro de los principales resultados lo constituyó la validación de una metodología genuinamente cubana para el estudio integral de las personas con discapacidades, basada en la integración de métodos: epidemiológico, clínico-genético y social de todas aquellas con los criterios de inclusión que desearon ser estudiadas, desarrollada con el empleo del método clínico como principal herramienta para la identificación de las causas de la discapacidad, a partir del trabajo conjunto de países del ALBA.(8,9)

Dentro de las soluciones dadas con inmediatez como parte del método empleado se encuentran las consultas ofrecidas por especialistas de los que no se disponen en algunos países de estos o que resultan costosos y de difícil acceso. (Tabla 1)

La ejecución de esta investigación mostró la deficiencia de recursos humanos especializados para la atención a la discapacidad; por citar un ejemplo en Nicaragua solo existía un Especialista en Genética Clínica, y no contaba con otros especialistas que pudieran desarrollar la atención enfocada a la prevención de las causas encontradas de origen genético, lo que explica el número de consultas médicas brindadas en este país.

Como parte de las acciones derivadas del estudio, Cuba ofreció la posibilidad de formar los recursos humanos en el campo de la Genética: especialistas en Genética Clínica, Máster en Asesoramiento Genético, técnicos y especialistas para laboratorios de Citogenética. En este campo se han formado desde el año 2009:

- Cuatro especialistas en Genética Clínica, a partir de médicos graduados en la ELAM y pertenecientes al Batallón 51 de Venezuela, los que regresaron el año 2013 a Venezuela y se incorporaron en las diferentes tareas

Tabla 1. Personas con discapacidad según tipo en países del ALBA y consultas realizadas.

Variables	Cuba	Venezuela	Ecuador	Nicaragua	Bolivia	San Vicente Granadinas	TOTAL
Personas con Discapacidad	366 864	336 270	293 743	126 316	82 087	2 195	1 207 472
Discapacidad Intelectual	140 489	100 124	71 417	32 741	18 429	497	363 191
Frecuencia porcentual (%)	(38,3%)	(29,8%)	(24,3%)	(25,9)	(22,5)	(22,6)	(30,1)
Otras Discapacidades	226 375	238 421	222 326	93 575	63 658	1 698	844 281
Consultas de Genética	-	38 972	21 062	27 134	10 231	489	139 772
Consultas de otras especialidades	-	15 676	35 257	37 063	15 874	231	104 101
Consultas a otras personas	-	605 395	825 576	203 457	326 256	7 009	1 967 693

Fuente: Informe final del estudio de personas con discapacidad.

orientadas por la Dirección del Ministerio del Poder Popular para la Salud Pública.

- Se formaron seis especialistas en Citogenética y tres técnicos para este laboratorio en el Centro Nacional de Genética Médica en Venezuela, el centro fue diseñado y puesto en marcha con la asesoría técnica cubana, actualmente se forman en el mismo cinco biólogos, para el trabajo de los laboratorios de Genética Bioquímica y molecular durante un año, también se encuentra al frente de los mismos otra bióloga formada por nuestros especialistas.

- Se realizó la primera graduación de Máster en Asesoramiento Genético para la República Bolivariana de Venezuela, el año 2011, en la que se formaron seis máster a partir de especialistas en Medicina General Integral.

- En febrero de ese mismo año, se inició la primera edición de la Maestría en Asesoramiento Genético para países del ALBA, en la que se integraron 36 médicos: de Venezuela (18), Bolivia (9) y Nicaragua (9). Los mismos se graduaron en el 2013 y laboran en sus países en tareas vinculadas con el programa de atención a la discapacidad, derivado del estudio realizado.

- Otra incorporación realizada en el año 2011, fue la de los cuatro médicos ecuatorianos al programa de la especialidad de Genética Clínica y otros seis a la Maestría en Asesoramiento Genético, ambas se desarrollan en el Centro Nacional de Genética Médica de Cuba. Todos ellos se graduaron e incorporaron al trabajo desde el Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

- En marzo del presente año 2015, se inauguró por vez primera, la Maestría de Asesoramiento Genético impartida a tiempo completo en la República Bolivariana de Venezuela, esta se ejecuta por el claustro de la Maestría

de asesoramiento genético con el programa cubano certificado para tales efectos, donde se encuentran 23 nuevos especialistas cursando la maestría.

De igual manera, se identificó con este estudio que no existían talleres de ortoprótesis públicos en los países estudiados, por lo que Cuba ofreció su experiencia en la construcción e instalación de centros para la fabricación y entrega gratuita de órtesis y prótesis de miembros, los que han sido desarrollados a partir de las necesidades por regiones en la República Bolivariana de Venezuela.

Como resultado de esta formación se han instalado 11 laboratorios de ortoprótesis, donde laboran cubanos y venezolanos, ubicados como lo ilustra la tabla 2; se encuentra en fase de terminación el número 12 del estado Sucre. Estos laboratorios funcionan con 81 bachilleres venezolanos formados con el asesoramiento de 20 Licenciados en Ortoprótesis.

Estos centros han prestado más de 29 mil 829 servicios en el país, con la fabricación de 10 286 artificios, entre los que predominan las órtesis y prótesis de miembros inferiores, que ayudan a la independencia de personas con discapacidad físcomotor; atención de la que no se disponía de manera gratuita antes de esta decisión de la Revolución Bolivariana.

Otro aporte del estudio fue la determinación en Bolivia de formar especialistas en el campo de la rehabilitación, porque lo compleja de la geografía en ese país (caracterizada por zonas montañosas, desérticas y de Amazonía) dificulta el acceso de la población a la rehabilitación, lo que incide en la prevención de la discapacidad físcomotor.

Es por lo anterior, que se ha previsto la ubicación de 30 salas de rehabilitación, también bajo la guía de especialistas cubanos, de las que ya se encuentra funcionando 17, en

siete departamentos de los nueve que existen en el país. Para el funcionamiento de estas salas se han formado 65 bolivianos, diplomados en rehabilitación, quienes trabajan en estas salas. (Tabla 3)

Estos resultados integrados, muestran el impacto de las acciones desarrolladas en la formación de recursos

humanos, lo que ha permitido que se encuentren 215 profesionales y técnicos conformando la red de atención a la discapacidad en estos países, sin contar el número de especialistas que existe en Cuba, por tratarse de una red bien constituida, gracias a las características de nuestro sistema de salud.

Tabla 2. Distribución de los Centros de Ortoprésis en la República Bolivariana de Venezuela.

ESTADO	CENTROS
Distrito Capital	3
Lara	2
Mérida	1
Anzoátegui	1
Zulia	1
Carabobo	1
Miranda	1
Nueva Esparta	1
TOTAL	11

Fuente: Informe de la Misión José Gregorio Hernández. Venezuela 2015.

Tabla 3. Ubicación de las salas de rehabilitación en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Departamento	No.	Provincia	Municipio	Nombre del centro o servicio de rehabilitación
La Paz	1	Murillo	El alto	Hospital del Norte
	2	Aroma	Calamarca	Calamarca
	3	Caranavi	Caranavi	Caranavi
Cochabamba	4	E. Arte	Tarata	Tarata
	5	Chapare	Villa Tunari	Villa Tunari
Santa Cruz de la Sierra	6	Andrés Báñez	Coloca	Coloca
	7		Montero	Montero
	8	Obispo Santiesteban	Mineros	Mineros
	9	Guarayos	A. de Guarayos	Ascensión de Guarayos
	10	Ignacio Wames	Wames	Wames
	11	N. Chávez	San Ramón	San Ramón
	12	Ichilo	Buena Vista	Buena Vista
Pando	13	N. Suarez	Porvenir	Porvenir
Beni	14	Vaca Díez	Riberaita	Riberaita
Oruro	15	E. Abaroa	Challapata	Challapata
	16	Cercado	Oruro	Rumí Campana
Potosí	17	R. Butillos	Llallagua	Llallagua

Fuente: Informe de la Misión Moto Méndez. Bolivia 2015

DISCUSIÓN

La investigación-acción es una forma de investigación que permite vincular el estudio de los problemas en un contexto determinado con programas de acción social, de manera que se logren de forma simultánea, conocimientos y cambios sociales.(10,11)

Dentro de esta figura la investigación-acción participativa, que resulta una de las más versátiles por la riqueza de sus aportaciones, donde aún no existe un cuerpo teórico único, ni un modelo único de investigación, ya que generalmente se realizan adaptaciones del proceso a las condiciones particulares de cada situación concreta. Este tipo de investigación se ha establecido como un concepto, una filosofía y una metodología de acción y aprendizaje. Entre

sus premisas figuran: la existencia de una ciencia popular, el poder de los grupos para transformar la realidad, el énfasis en la acción transformadora como objeto de la investigación y su capacidad generadora del conocimiento, así como también la utilización de técnicas cualitativas grupales, comunitarias y del desarrollo de la creatividad grupal.(12-16)

Entre los resultados más significativos del empleo de esta metodología en la investigación aquí presentada se destacan la identificación de la real magnitud de la discapacidad severa en todos los países, así como la implementación de un conjunto de políticas y programas para el mejoramiento de la atención a estas personas, entre los que se incluyen:

- El impulso de programas sociales dirigidos a mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

(Se incluyen la entrega de ayudas económicas, insumos y equipos de primera necesidad)

- El desarrollo de programas de prevención, fundamentalmente en el campo de la salud. (La rehabilitación de base comunitaria, la pesquisa temprana de discapacidades visual y auditiva así como de los trastornos del neurodesarrollo, la pesquisa neonatal de errores congénitos del metabolismo, implementada en Ecuador)

- La planificación de los recursos materiales y humanos necesarios para la atención especializada a las personas con discapacidad y sus familiares, basada en el conocimiento real del problema y las necesidades a suplir.

Otro aporte relevante fue la integración en este estudio de varios países en la solución de las necesidades apremiantes, fundamentalmente la entrega de ayudas técnicas, producto de la triangulación lograda con la participación de Cuba y Venezuela en: Ecuador, Nicaragua, Bolivia y San Vicente y las Granadinas; donde Cuba aportó los recursos humanos especializados en la investigación y atención de la discapacidad y Venezuela las ayudas técnicas y otros materiales, para la atención de las personas con situaciones apremiantes. De este tipo de estudio con atención inmediata no se encuentran similares en los más de 200 artículos revisados internacionalmente.

En Venezuela, el desarrollo de la Misión Barrio Adentro, por su escala masiva y modalidad de trabajo integral y participativo, se ha constituido en eje central en la construcción del nuevo sistema de salud venezolano desde diciembre de 2003, cuando el gobierno decidiera implementar las Misiones como estrategias rápidas de inclusión masiva y de renovación del Estado, teniendo como base el convenio Cuba- Venezuela.(17,18)

De esta manera se desarrolló un nuevo modelo educativo, el cual no tenía precedentes en ese hermano país, bajo el paradigma de la integralidad y humanización de la atención de salud, con un programa nuevo de formación de pregrado (PNMIC) y para el posgrado, denominado "Programa de Medicina Integral Comunitaria".(19,20) Este programa permite también desde nuestra misión allí, la selección y formación de especialistas para la atención de la discapacidad.

En Bolivia, la presencia de especialistas cubanos en la misión médica y otros que integran la brigada "Moto Méndez" dedicada al estudio y atención de las personas con discapacidad, con más de 15 años de experiencia en la rehabilitación y con categorías docentes superiores, ha permitido la formación in situ de los diplomados en el área de fisioterapia y rehabilitación, y se organiza hoy en el país el inicio de la especialidad en Medicina Física y Rehabilitación, impartida por profesores cubanos y bolivianos, con la adecuación del programa de la especialidad que existe en Bolivia, por los profesores cubanos.

La formación de recursos humanos ofrecida por Cuba, para el área de la genética y la rehabilitación, ha estado basada en la selección de médicos en su mayoría egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), quienes realizaron la especialidad de Medicina General Integral y luego han cursado la Maestría en Asesoramiento Genético o la especialidad de Genética Clínica, con programas y profesores cubanos, como aporte de nuestro país a la prevención y atención de la discapacidad, derivados de la investigación ejecutada en esos países, los que constituyen hoy un importante núcleo, para el desarrollo de la red que trabajan de manera mancomunada en la atención de las personas con discapacidad en Venezuela, Bolivia, Nicaragua y Ecuador.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la discapacidad en los países del ALBA y sus diferencias obedecen a lo diverso de la composición étnica, los determinantes de salud en cada país, así como al desigual desarrollo y accesibilidad a la salud pública y la educación. La investigación-acción, mostró ser una herramienta esencial para mejorar la comprensión pública de la discapacidad, proyectar políticas y programas; y asignar recursos materiales de manera eficiente. La formación de recursos humanos en el campo de la genética y la rehabilitación ha resultado decisiva para la puesta en marcha de nuevos servicios de salud, que permiten el acceso, atención y prevención de la discapacidad, en Venezuela, Bolivia, Nicaragua y Ecuador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado D. *Panorámica de la discapacidad: INTRESS*. Barcelona; 1991.
2. Hernández E. *Capacidad de trabajo intelectual*. En: *Propuesta de un sistema para la evaluación psicológica*. Capítulo III del libro: *Métodos, técnicas y enfoques en la atención psicológica: Ciencias Médicas*. La Habana; 2010.
3. Vázquez A. *La discapacidad en América Latina [internet]*. 2011 [citado 12 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>
4. *BID Estadísticas sobre discapacidad en América Latina y el Caribe [Internet]*. 2010 [citado 14 Ene 2015]. Disponible en: http://www.iadb.org/sds/SOC/site_6190_e.html.
5. *Naciones Unidas Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad [Internet]*. 2010 [citado 12 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/>
6. Rojas F. *El componente social de la salud pública en el siglo XXI*. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2004 Sep. [citado Dic 14 2015]; 30(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es.

7. Cobas M, Zacca E, Portuondo M, Icart E, Jordán A, Gámez M. *La investigación-acción en la atención de personas con discapacidad en países del ALBA. Rev Cubana Genet Comunit. 2011; 5(2-3):20-31*
8. Cobas M. *La investigación-acción en la atención de las personas con discapacidad en las Repúblicas de Cuba y Bolivariana de Venezuela. [tesis]. Escuela Nacional de Salud Pública; 2011.*
9. Portuondo M. *Enfoque clínico-genético de la discapacidad intelectual en tres municipios de La Habana [tesis]; Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2012.*
10. García R. *El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población Rev Cubana Salud Pública. 2011 37 (supl.5).*
11. Castresana H. *El proceso de mejora en un centro ocupacional. Una práctica de investigación-acción. Siglo Cero: Rev. Española sobre Discapacidad Intelectual 2001; 32 (197):15-34.*
12. Moreno JL, Espadas MA. *Investigación-acción participativa. En: Román Reyes. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales: Plaza y Valdés, Madrid y México. 2011[citado 7 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/index.html>.*
13. Marlén E, Néstor Z. *Investigación-acción participativa (IAP). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, 2010. [citado 7 Abr 2015] Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132>.*
14. Bru P, Basagoiti M. *La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria [Internet]. 2012 [citado 7 Abr 2015]. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_investigacion.*
15. Vélez D. *Investigación-acción participativa [Internet]. 2012 [citado 7 Abr 2015] Disponible en: <https://prezi.com/33nhzctkmcgj/investigacion-accion-participativa/>*
16. Martí J. *La investigación-acción participativa. Estructura y fases [Internet] 2013. [citado 7 Abr 2015]. Disponible en: http://www.redcimas.org/archivos/las_investigaciones_participativas/IAPFASES.pdf Acceso.*
17. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Estratégico Social, MSDS, Agosto 2002. Origen y evolución de la Salud Pública en Venezuela. Caracas: OPS; 2003. p.13.*
18. Alemañy EJ, Otero J, Borroto R, Díaz-Perera GM. *Documentos rectores del proceso de formación y el modelo del Especialista en Medicina General Integral. Educ Med Super. 2002; 16 (2).*
19. Leyva L, Santoya M, Quevedo G, Barreto RM, Alonso Y. *La universidad Barrio Adentro. Un nuevo paradigma en la formación del recurso humano en Medicina Integral Comunitaria. Estado Trujillo, 2005-2006. Rev.Educ Med Super. 2007; 21(3). jul.-sep.*
20. Valladares M, Morales I, Hernández L. *Caracterización del desarrollo profesional de los médicos docentes durante la misión en Venezuela. Rev.Educ Med Super. 2011; 25(4): 451-465.*

Training of human resources for ALBA countries from the investigation on disability

SUMMARY

Objective: To characterize the universe of people with disabilities in ALBA countries and the intervention developed to improve care of them.

Methods: Epidemiological, clinical genetic and psycho pedagogical methods were integrated to the study of all persons with disabilities, using action research investigation designed by Cuba in Venezuela, Ecuador, Nicaragua, Bolivia and Saint Vincent and the Grenadines.

Results: A Cuban methodology for the study of disability in ALBA countries was delivered where prevalence between 1 and 3.3% was found, with more than one million 247 thousand disable persons investigated, a million 800,000 office hours of specialties, lacking in ALBA were delivered, outstanding 230,000 of clinical genetics among them. The need to train human resources in specialties for attention deficit disability was identified.

Conclusions: The investigation led the development of public policies and programs of care and prevention of disability, in response to the needs identified in each country, which now shows significant contributions as the inauguration of the National Center for Medical Genetics in Venezuela and training 215 specialists in the field of Genetics and Rehabilitation, graduates at ELAM fundamentally; thanks to the integration of ALBA countries.

Key words: training of human resources; disability; ALBA integration; epidemiology; action research.

Dirección para la correspondencia: Dra.C. Miriam Portuondo Sao. Ministerio de Salud Pública.
Calle 23 esquina N, Teléfono 78396345

Correo electrónico: mpsao@infomed.sld.cu