



REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

ACESSE AQUI EM PORTUGUÊS

MERCOSUL:
trabalho e educação em saúde

ACCEDA AQUÍ EN ESPAÑOL

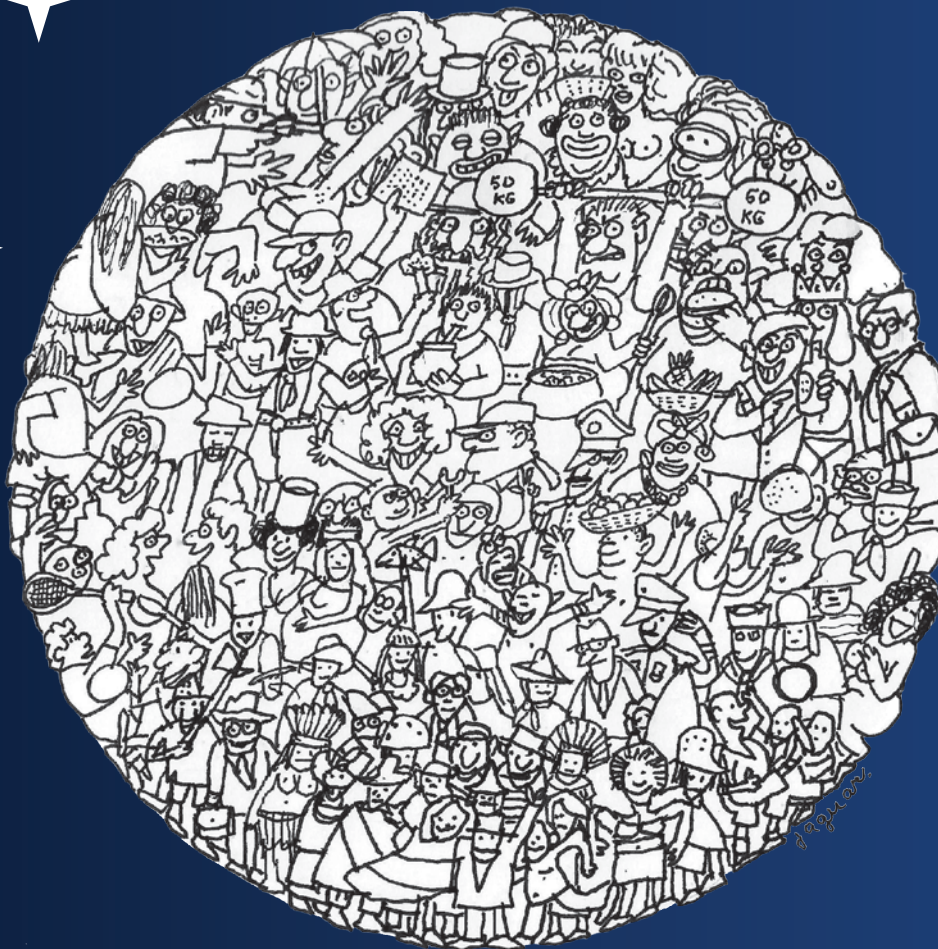
MERCOSUR:
trabajo y educación en salud



REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE



MERCOSUL:
trabalho e educação em saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)

DIRECCIÓN NACIONAL (GESTIÓN 2015-2017)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015-2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa Isabela Soares Santos Liz Duque Magno Lucia Regina Fiorentino Souto Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:	Ary Carvalho de Miranda José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL | CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

FISCAL COUNCIL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luís Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO | CONSEJO CONSULTIVO

ADVISORY COUNCIL

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaure de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovannella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA | SECRETARÍA EJECUTIVA

EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (ENSP), ESTACÃO DE TRABALHO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES), DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DA REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE (DEGERTS)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Mangueiras
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista Divulgação em Saúde para Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Maria Helena Machado - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Elaine dos Santos de Oliveira - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Mônica Wermelinger - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Wilson Aguiar Filho - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

CONSELHO EDITORIAL | CONSEJO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovannella - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamís Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EDITORA EJECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | SECRETARÍA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Luiza Nunes
Mariana Acorse

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

A revista Divulgação em Saúde para Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos





REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 57 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, NOVEMBRO 2017

4 APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

ARTIGO DE OPINIÃO |
OPINION ARTICLE

**8 O Ministério da Saúde no Mercosul:
palavras do ministro**

*The Ministry of Health in Mercosur:
minister's words*

Ricardo Barros

**10 Desenvolvimento e exercício
profissional em saúde no Mercosul**

*Development and professional practice in
health in Mercosur*

Ana Paula de Campos Schiavone

ARTIGO ORIGINAL |
ORIGINAL ARTICLE

**13 Trabalho em saúde nas fronteiras
brasileiras**

*Health work in the municipalities of Brazilian
boundary*

Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica
Wermelinger

**30 Tendências das graduações em Saúde
no Brasil: análise da oferta no contexto
do Mercosul**

*Trends in Health undergraduation courses
in Brazil: supply analysis in the context of
Mercosur*

Celia Regina Pierantoni, Carinne Magnago

**44 Matriz Comparativa dos cursos técnicos
de enfermagem, análises clínicas e
radiologia entre os países do Mercado
Comum do Sul (Mercosul) – Argentina-
Brasil-Paraguai-Uruguai**

*Comparative Matrix of nursing technical
courses, clinical analyzes, and radiology
among the Southern Common Market
countries (Mercosur) – Argentina-Brazil-
Paraguay-Uruguay*

Lanusa Terezinha Gomes Ferreira, Denise
Brandão Nunes Ribeiro, Márcio Lânio Leal, Ana
Paula de Campos Schiavone, Arthur de Oliveira
e Oliveira

**53 Experiência em formação virtual para
trabalhadores do setor de saúde do
Uruguai: em busca da melhoria da
qualidade assistencial**

*Experience in virtual training for workers in
the health sector of Uruguay: seeking for an
improvement of the quality of care*

Gabriela Pradere, Sergio Núñez, Diego Langone,
Ana Larrosa, Ana Oviedo, Laura Bianchi

**65 Formação docente em serviço: uma
resposta às necessidades do sistema
de saúde**

*Teacher training in service: a response to
the needs of the health system*

María del Carmen Cadile, Kumiko Eiguchi

**78 As Unidades de Recursos Humanos dos
Ministérios da Saúde dos Estados Partes
do Mercosul e o processo de integração
regional**

*The Human Resources Units of the
Ministries of Health of the Mercosur States
Parties and the regional integration process*

Wilson Aguiar Filho, Maria Helena Machado

**91 Os Recursos Humanos em Saúde
dez anos após a reforma sanitária no
Uruguai**

*The Health Human Resources ten years after
the health reform in Uruguay*

Cyntia Buffa, Cecilia Cárpene, Gabriela Pradere,
Mijail Yapor

106	Migração de enfermeiros sul-americanos e mercosulinos: conceitos, determinantes e a produção de conhecimento <i>Migration of nurses from South America and from Mercosur: concepts, determinants and the production of knowledge</i> Ana Luiza Stiebler Vieira, Maria Helena Machado	Profissionais – Conselho Federal de Enfermagem <i>Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Nursing</i> Manoel Carlos Neri da Silva
121	Demanda de políticas regulatórias para o exercício profissional da odontologia no âmbito do Mercosul <i>Demand for regulatory policies for the professional practice of dentistry within Mercosur</i> Andréa Lanzillotti Cardoso, Maria Helena Machado	148 Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Odontologia <i>Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Dentistry</i> Juliano do Vale
132	O processo de integração dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais no Mercosul <i>The process of integration of physical therapists and occupational therapists in Mercosur</i> Luciana Gaelzer Wertheimer, Maria Teresa Dresch da Silveira	150 Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Farmácia <i>Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Pharmacy</i> Walter da Silva Jorge João
	ENTREVISTA INTERVIEW	153 Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional <i>Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Physical Therapy and Occupational Therapy</i> Roberto Mattar Cepeda
142	Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Medicina <i>Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Medicine Council</i> Carlos Vital Tavares Corrêa Lima	155 Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião de Felix Rigoli <i>Mercosur and free transit of professionals: the opinion of Felix Rigoli</i> Felix Rigoli
145	Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos	

Apresentação

O NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (NERHUS), do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz), organizou este número especial da revista ‘Divulgação em Saúde Para Debate’ com a temática ‘Mercosul: trabalho e educação em saúde’.

Este número temático – que conta com o apoio e financiamento do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – constitui-se em uma continuidade de reflexões e opiniões de diversos autores e atores institucionais presentes em iniciativas protagonizadas pelo NERHUS, em 1991 e em 2008, com a publicação dos livros ‘Recursos Humanos em Saúde no Mercosul’ e ‘Trabalho e educação em saúde no Mercosul’.

Nos artigos, também publicados na versão em espanhol, facilitando assim a divulgação nos países que integram o Mercado Comum do Sul (Mercosul), são abordados assuntos como: políticas de integração, gestão do trabalho, formação em saúde, circulação de profissionais, profissões em saúde e agenda e metas para a área de gestão do trabalho em saúde – no Brasil e demais países-membros do bloco.

Abrindo a revista, na seção Artigo de Opinião, temos a mensagem do Senhor Ministro da Saúde, mostrando o papel que vem sendo desempenhado pelo Ministério da Saúde no âmbito do Mercosul. Ressalta também a importância de o Brasil estar assumindo a Presidência Pro Tempore do bloco. O artigo seguinte, ‘Desenvolvimento e exercício profissional em saúde no Mercosul’ aponta como necessária a articulação entre a educação e a regulação da força de trabalho nos serviços de saúde.

Em Artigo Original, o primeiro artigo, ‘Trabalho em saúde nas fronteiras brasileiras’, apresenta informações sobre a capacidade instalada em saúde (estabelecimentos, leitos e empregos). Os dados são originados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Os resultados indicam que o Arco Norte é a região mais desprovida da oferta de serviços de saúde, mais instável, com menor densidade populacional e economicamente menos desenvolvida, em oposição aos Arcos Central e Sul, que apresentam um melhor perfil.

O seguinte artigo, ‘Tendências das graduações em Saúde no Brasil: análise da oferta no contexto do Mercosul’, analisa informações oportunas sobre a oferta de formação de Recursos Humanos em Saúde (RHS) no Brasil, inserido no contexto da agenda de cooperação entre os Estados Partes do Mercosul.

Já o artigo ‘Matriz Comparativa dos cursos técnicos de enfermagem, análises clínicas e radiologia entre os países do Mercado Comum do Sul (Mercosul) – Argentina-Brasil-Paraguai-Uruguai’ apresenta um quadro comparativo de três categorias técnicas: enfermagem, análises clínicas e radiologia, enfatizando a importância da uniformização dessas profissões para assegurar a livre circulação dos profissionais entre os países do Mercosul.

Por sua vez, o artigo ‘Experiência em formação virtual para trabalhadores do setor de saúde do Uruguai: em busca da melhoria da qualidade assistencial’ descortina o processo de desenho, implementação e resultados da experiência de capacitação incluída nos convênios tripartites para o setor de saúde, associada ao cumprimento de metas assistenciais.

A experiência da Argentina no desenvolvimento de uma proposta educativa que visa contribuir

para melhorar a qualidade na formação de especialistas é compartilhada no artigo ‘Formação docente em serviço: uma resposta às necessidades do sistema de saúde’, tendo presente que o tema da formação de RHS é parte do debate atual das agendas dos países da região.

A partir da percepção dos gestores de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes, o artigo ‘As Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes do Mercosul e o processo de integração regional’ analisa e mostra que as referidas estruturas não estão devidamente preparadas para fazer a gestão do livre trânsito de profissionais, condição obrigatória para a constituição de um mercado comum.

No artigo ‘Os Recursos Humanos em Saúde dez anos após a reforma sanitária no Uruguai’, mediante dados de registros administrativos e de pesquisas nacionais, analisaram-se a oferta e a demanda de Recursos Humanos em Saúde desse país.

Categorias profissionais de saúde específicas têm diversos aspectos da sua atuação no âmbito do Mercosul analisados no artigo ‘Migração de enfermeiros sul-americanos e mercosulinos: conceitos, determinantes e a produção de conhecimento’; no artigo ‘Demanda de políticas regulatórias para o exercício profissional da odontologia no âmbito do Mercosul’, e no artigo ‘O processo de integração dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais no Mercosul’.

Entrevistas com autoridades e *experts* sobre o tema encerram este número especial apresentando concepções de entidades profissionais – Conselhos Profissionais da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e Fisioterapia-Terapia Ocupacional –, no Brasil, sobre o Mercosul e livre trânsito de profissionais de saúde.

Finalizando, gostaríamos de deixar registrado o nosso agradecimento às instituições e profissionais que contribuíram efetivamente para esta publicação.

Maria Helena Machado

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Eliane dos Santos de Oliveira

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Mônica Wermelinger

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Wilson Aguiar Filho

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Presentation

THE CENTER FOR STUDIES AND RESEARCH IN HUMAN RESOURCES (NERHUS), of Administration and Planning in Health Department of Sergio Arouca National School of Public Health of Oswaldo Cruz Foundation (Daps/Ensp/Fiocruz), organized this special issue of the 'Divulgação em Saúde Para Debate' (Divulcation in Health for Debate) with the theme 'Mercosur: work and health education'.

This issue number – which has the support and financing by the Department of Management and Regulation of Work in Health (Degerts) of Ministry of Health and by the Pan American Health Organization (Paho) – constitutes a continuity of reflections and opinions of several authors and institutional actors present in initiatives carried out by NERHUS, in 1991 and in 2008, with the publication of the books 'Recursos Humanos em Saúde no Mercosul' and 'Trabalho e educação em saúde no Mercosul'.

In the articles, also published in the Spanish version, thus facilitating the dissemination in the countries that make up the Common Market of the South (Mercosur), issues such as: integration policies, labor management, health training, professional movement, health professions and health workforce management agenda and goals – in Brazil and other member countries of the block.

Opening the magazine, in the Opinion Article section, we have the message from the Minister of Health, showing the role that the Ministry of Health has played in Mercosur. It also underscores the importance of Brazil assuming the Pro Tempore Presidency of the block. The following article, 'Development and professional practice in health in Mercosur', points out the need to articulate education and the regulation of the workforce in health services.

In Original Article, the first article, 'Health work in the municipalities of Brazilian boundary', presents information on installed capacity in health (establishments, hospital beds and jobs). The data originate from the National Registry for Health Establishments of Brazilian Ministry of Health. The results indicate that the Northern Arc is the most deprived region of the health service offer, more unstable, with less population density and economically less developed, as opposed to the Central and South Arcs, which present a better profile.

The following article, 'Trends in Health undergraduation courses in Brazil: supply analysis in the context of Mercosur', analyzes timely information on the training offered by Human Resources in Health (HRH) in Brazil, inserted in the context of the cooperation agenda among the Mercosur States Parties.

The article 'Comparative Matrix of nursing technical courses, clinical analyzes, and radiology among the Southern Common Market countries (Mercosur) – Argentina-Brazil-Paraguay-Uruguay' presents a comparative table of three technical categories: nursing, clinical analysis and radiology, emphasizing the importance of standardizing these professions to ensure the free circulation of professionals among the Mercosur countries.

In turn, the article 'Experience in virtual training for workers in the health sector of Uruguay: seeking for an improvement of the quality of care' reveals the design process, implementation and results of the training experience included in the tripartite health sector covenants associated with the fulfillment of health care goals.

The experience of Argentina in the development of an educational proposal that aims to

contribute to improve the quality in the training of specialists is shared in article ‘Teacher training in service: a response to the needs of the health system’, bearing in mind that the theme of HRH training is part of the current debate on the agendas of the countries of the region.

Based on the perception of the human resources managers of the Ministries of Health of the States Parties, article ‘The Human Resources Units of the Ministries of Health of the Mercosur States Parties and the regional integration process’ analyzes and shows that those structures are not properly prepared to manage the free movement of professionals, which is a mandatory condition for the creation of a common market.

In article ‘The Health Human Resources to ten years of the health reform in Uruguay’, through data from administrative records and national surveys, the supply and demand of Human Resources in Health in that country were analyzed.

Specific health professional categories have several aspects of their work in the scope of Mercosur analyzed in article ‘Migration of nurses from South America and from Mercosur: concepts, determinants and the production of knowledge’; in article ‘Demand for regulatory policies for the professional practice of dentistry within Mercosur’, and in the article ‘The process of integration of physical therapists and occupational therapists in Mercosur’.

Interviews with authorities and experts on the topic close this special issue presenting concepts of the professional entities are presented – Professional Councils of Medicine, Nursing, Dentistry, Pharmacy and Physiotherapy-Occupational Therapy –, in Brazil, about Mercosur and free transit of health professionals.

Finally, we would like to express our appreciation to the institutions and professionals who contributed to this publication.

Maria Helena Machado

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Eliane dos Santos de Oliveira

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Mônica Wermelinger

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Wilson Aguiar Filho

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

O Ministério da Saúde no Mercosul: palavras do ministro

The Ministry of Health in Mercosur: minister's words

Ricardo Barros¹

O Ministério da Saúde do Brasil tem atuado de maneira ativa no Mercado Comum do Sul (Mercosul), por considerar que a integração regional é fundamental para o desenvolvimento econômico e social de nosso país e de nossa região. Temos dedicado esforços a várias ações para o fortalecimento de nossos sistemas de saúde, como o incentivo ao trânsito de pessoas com normas sanitárias comuns, a uniformização de normas básicas para o exercício profissional, a implementação de atividades conjuntas em vigilância e a realização de cursos de capacitação para profissionais de saúde.

Desde que assumi a gestão do Ministério da Saúde, participei das reuniões ministeriais de Montevideu, em junho de 2016, e de Buenos Aires, em junho de 2017. A Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul tem a função de definir políticas e estratégias de saúde para o bloco, orientando os trabalhos das instâncias técnicas e dos grupos temáticos.

Durante a XXIX Reunião de Ministros, em Montevideu, estávamos às vésperas dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos de 2016 e em meio à epidemia do vírus zika. Na ocasião, apresentei as medidas adotadas pelo Brasil para o combate ao vírus zika e a outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Era importante tranquilizar os parceiros internacionais, combatendo alegações alarmistas e reiterando que o risco de propagação do vírus, no contexto dos Jogos, era muito baixo. Os esforços foram bem-sucedidos, e realizamos os Jogos do Rio de Janeiro de 2016 sem registro de caso da doença entre atletas, equipes técnicas e torcedores.

No Mercosul, como em outros mecanismos de integração regional e organismos internacionais, a atuação brasileira tem sido voltada para o desenvolvimento de projetos e atividades de cooperação eficientes, com resultados e benefícios concretos para as populações do Brasil e dos demais países envolvidos.

Dessa forma, no âmbito do Mercosul, temos cooperado para o desenvolvimento de projetos em áreas prioritárias para os países do bloco. Em 2017, por exemplo, iniciamos o Projeto de Capacitação em Doação e Transplante, cujo objetivo é fortalecer a formação de recursos humanos na região, buscando reduzir as assimetrias e promovendo o desenvolvimento dos sistemas de doação e transplante de cada país.

Realizamos ainda, em outubro deste ano, duas oficinas sobre temas de grande relevância para o bloco. A Oficina de Cooperação Técnica para o monitoramento das capacidades básicas estabelecidas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) teve entre seus objetivos o

¹Ministro da Saúde.
Ministério da Saúde (MS)
– Brasília (DF), Brasil.
ministro@saude.gov.br

intercâmbio e a análise das capacidades de vigilância e resposta, a avaliação das estratégias de colaboração para monitoramento do RSI após 2016 e a discussão das experiências com eventos de massa na região e com vigilância em zonas de fronteiras.

A segunda, a Oficina de Prevenção Combinada de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) /HIV/Hepatites Virais, foi implementada com o objetivo de harmonizar, entre os trabalhadores e gestores de saúde, o conceito de prevenção combinada com foco em populações-chave e prioritárias, a fim de fomentar iniciativas conjuntas entre os municípios de fronteira do Mercosul. Ambas as oficinas foram bem-sucedidas em seus objetivos; e, a partir dos esforços realizados, os países serão capazes de articular novos projetos e ações voltadas às temáticas no âmbito do bloco.

As reuniões realizadas sob a presidência brasileira tiveram foco, entre outros temas, em saúde ambiental do trabalhador, doenças não transmissíveis, segurança alimentar e nutricional. Essas discussões resultaram em importantes propostas de declaração, que devem formalizar compromissos de nossos

ministérios, notadamente sobre saúde sexual e reprodutiva, gestão de agrotóxico, consumo de álcool, além de um projeto de acordo para a eliminação de gordura trans. Essas propostas serão debatidas na próxima Reunião de Ministros da Saúde, a ser realizada em 7 de dezembro em Foz do Iguaçu, ocasião em que esperamos avançar em temas estratégicos e essenciais ao aprofundamento da integração regional em saúde.

Os projetos de cooperação e as atividades conjuntas promovidas no âmbito do Mercosul demonstram que a saúde não só é tema prioritário para os países do bloco como também é eixo condutor da integração. No Mercosul, com o avanço do processo de integração, a dimensão social, incluindo a área de saúde, ganha cada vez mais relevância.

No contexto da Presidência Pro Tempore do Mercosul, procuramos aprofundar os esforços para a integração regional e dar continuidade aos projetos já em andamento, além de promover iniciativas em áreas sensíveis e prioritárias, na busca incessante da melhoria da qualidade de vida de nossa população e de toda a região. ■

Desenvolvimento e exercício profissional em saúde no Mercosul

Development and professional practice in health in Mercosur

Ana Paula de Campos Schiavone¹

Com relação ao Brasil, ao assegurar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a Constituição Federal de 1988 apontou o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de reordenação setorial e institucional. Ao definir, em seu art. 200, inciso II, a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos para o SUS, apresentou desafios que requerem medidas que excedem a prática adotada e estimulam movimentos inovadores tanto na gestão quanto na atenção à saúde, o que sugere um novo perfil profissional de seus trabalhadores.

Cabe ao SUS, por meio de seus gestores, identificar a necessidade de incorporação e formação de categorias profissionais, orientar a inserção de novos segmentos de ocupação no setor, diante das novas tecnologias e contemporaneidade das demandas humanas de atenção à saúde, e promover, de forma articulada com os setores de educação, a formação dos profissionais que atendam às premências do Sistema.

Diante do contexto aqui apresentado, faz-se necessário ressaltar que, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em janeiro de 2003, evidenciou-se que o Ministério da Saúde (MS) reconhece como fundamental a articulação entre a educação e a regulação da força de trabalho nos serviços de saúde, cabendo à SGTES formular as políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil. Essa proposta mostra-se inovadora, quando comparada com outros países do mundo, sendo um avanço na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira, da prestação de serviços aos usuários do SUS e da valorização dos trabalhadores. Colocou-se para o MS a indelével tarefa de gestão e regulação do trabalho no SUS, por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts).

Dentre as ações e políticas desenvolvidas por esse Departamento, cabe destacar a integração com o Mercado Comum do Sul (Mercosul), bloco econômico constituído pelo Tratado de Assunção, em 26 de março de 1991, que visa à integração econômica e à livre circulação de bens e serviços entre os países signatários.

O Grupo do Mercado Comum, órgão deliberativo da estrutura do Mercosul, possui 14 Subgrupos de Trabalho, com estruturas similares nos Estados Partes, entre os quais o SGT nº 11 'Saúde'. Dentro desse Subgrupo está a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional que constitui a instância de negociação das relações coletivas e individuais de trabalho, incluindo o 'livre trânsito' de trabalhadores, a formação profissional, a compatibilização dos currículos de formação, o reconhecimento da habilitação profissional (títulos e diplomas), o registro profissional, a regulação do trabalho e os requisitos para o exercício profissional em saúde no Mercosul.

¹Teóloga. Especialista em gestão pública. Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. ana.schiavone@saude.gov.br

No segundo semestre deste ano, o Brasil assume a Presidência Pro Tempore do bloco, com assento na referida Subcomissão do SGT nº 11, sendo a Direção do Degerts/SGTES/MS quem preside os trabalhos. Os principais itens da agenda de trabalho da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional para 2017 são: formular políticas de gestão e educação na saúde; padronizar a legislação do exercício profissional; implementar a Matriz Mínima com vistas ao registro profissional único para o exercício profissional; e constituir uma base comum de dados.

No que tange à Matriz Mínima de Registro dos Profissionais de Saúde no âmbito do Mercosul, no caso do Brasil, caberá ao Degerts à responsabilidade pela sua implementação e coordenação.

O objetivo da Matriz Mínima é apoiar o livre trânsito de profissionais de saúde no âmbito do Mercosul, de modo a padronizar os requisitos para exercício e compartilhar informações entre os países-membros. Para isso, faz-se necessária a construção de sistemas informatizados para disponibilizar essas informações sobre profissionais que exercem ou pretendem exercer sua profissão no Mercosul e/ou trabalhem em municípios ou jurisdições de fronteira, sendo indispensável para habilitar os profissionais do setor saúde no exercício de suas atividades.

Nesse sentido, uma das estratégias que estamos construindo como instrumento para a implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul é a Plataforma de Gestão do Trabalho em Saúde, que disponibilizará uma lista de denominações de profissões de saúde, cursos de graduação reconhecíveis entre os países-membros do Mercosul, lista de especialidades médicas em nível de pós-graduação entre vários outros dados importantes, que proporcionarão a construção de informações relevantes para o cumprimento das metas propostas na Subcomissão. Essa Plataforma proporciona a sistematização de dados dos profissionais, bem como o compartilhamento entre os órgãos responsáveis,

em um espaço de interlocução virtual entre os países. Nela devem constar informações sobre profissionais que exercem ou pretendem exercer sua profissão no âmbito do Mercosul e/ou trabalhem em municípios ou jurisdições de fronteira, possibilitando aos profissionais requisitantes e aos agentes locais de cada país interessado acompanhar o andamento de todo o processo, com maior agilidade, qualidade e transparência.

É importante destacar que o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde está sob responsabilidade institucional do Degerts, institucionalizado por meio da Portaria nº 929/GM, de 2 de maio de 2006. Esse é um espaço de diálogo e cooperação que visa construir uma posição comum do Brasil/MS, no que diz respeito aos itens da pauta negociadora da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, consensuada por meio dos debates dos órgãos e entidades que integram o Fórum. Em 2017, tivemos quatro importantes reuniões do Fórum, com a participação dos conselhos federais das profissões de saúde e associações profissionais que vêm apoiando o Degerts/SGTES/MS na pauta do Mercosul. Essas reuniões precedem e sucedem os Encontros da Subcomissão, com uma agenda de trabalho potente e inovadora para o cumprimento das metas propostas até 2018. Nessas ocasiões, contamos também com a participação do Ministério da Educação nas discussões, parceiro importante na construção de propostas unificadas para o bloco. Também está sendo discutida a incorporação do nível técnico de algumas profissões, e os avanços são notórios. Ao final, todo o conteúdo será publicamente disponibilizado, o que representará um avanço para que o trânsito de profissionais possa ocorrer de forma adequada, segura e eficiente.

Entretanto, alguns pontos merecem atenção para que a cooperação aconteça e viabilize a implementação das pautas propostas. O Quadro de Sanções e a carga horária dos cursos, por exemplo, carecem de discussões e definições à luz das leis do Brasil e dos demais países-membros. Nesse sentido, estamos formulando

diretrizes para que os profissionais possam transitar entre os países, com as adequações locais necessárias.

Uma das dificuldades já identificadas para o estabelecimento do livre trânsito dos profissionais é a existência de numerosas e diferentes modalidades de formação dos profissionais de saúde nos países do Mercosul. Para que possamos compatibilizar essas questões, a interlocução e o trabalho conjunto com o Ministério da Educação estão sendo valiosos. Na reunião do SGT-II, em outubro deste ano, o Ministério da Educação apresentou o sistema de Acreditação de Cursos Universitários do Mercosul (Arcu-Sul), que avalia a qualidade de cursos com critérios comuns aos países do bloco, e inclui cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia até o momento. Apresentou também a plataforma Carolina Bori, sistema inovador que propõe padronizar os processos de revalidação de diplomas e facilitar a revalidação de cursos aprovados pelo Sistema Arcu-Sul.

Não podemos deixar de registrar um olhar sobre questões referentes ao Protocolo de Montevideu, que trata do livre trânsito de bens e serviços e, conseqüentemente, de profissionais de saúde entre os países da região. Consideramos necessária uma interlocução com o Ministério do Trabalho e, no caso do Mercosul, com o SGT nº 10, para que possamos evoluir com o mapeamento sobre temas trabalhistas, emprego e seguridade social, pois as informações para os gestores ainda se dão de forma insuficiente.

Apesar de termos avanços consideráveis, ainda temos muitos estudos e pactuações a serem realizadas no âmbito do Mercosul, relativas à formação dos profissionais de saúde de nível superior e médio. Neste momento, estamos mantendo interlocução e cooperação com representantes das corporações profissionais de saúde e com o Ministério da Educação, por meio do Fórum Permanente Mercosul e da reativação da Câmara de Regulação do

Trabalho em Saúde, em que os temas são estudados, discutidos e consensuados em termos de Brasil, como propostas a serem apresentadas às instâncias do Mercosul.

Sabemos que a integração dessas propostas avança para o pensamento de um processo integral de formação e de educação permanente para os trabalhadores de saúde, de forma não dissociada do mundo do trabalho. Acreditamos que com a reinstalação da Câmara de Regulação, que ocorreu em agosto de 2017, avançaremos significativamente nas discussões e proposições acerca do perfil profissional de saúde, nas instituições profissionais e formadoras.

Para finalizar, acreditamos que temos desafios importantes referentes ao processo de integração no Mercosul, considerando a área de Recursos Humanos em Saúde. Destacam-se diferentes demandas em diferentes cenários. A gestão complexa de múltiplos sistemas de contratação e gestão, o incentivo para incrementar a qualidade e a produtividade, a flexibilidade contratual, a relevância do trabalho em equipe e uma gestão arrojada orientada para a importância dos direitos dos usuários, formas inovadoras de certificação profissional, novas modalidades de acreditação e credenciamento, apontam para o notável acréscimo da demanda por melhoria do atributo do trabalho e tornam concreta a importância de conceber, implementar e institucionalizar alternativas de formação dos profissionais da saúde, o que não difere muito nos estados-membros.

Deixamos registrado que a contribuição do Brasil nas discussões da Subcomissão tem sido efetivada pela apresentação de propostas importantes para a contínua evolução dos processos pautados. E é nesse esforço de idas e vindas que poderemos consolidar o trânsito livre de profissionais aptos a exercerem sua profissão e a atenderem a população de forma humanizada, integrativa e perfeitamente adequada aos fins normativos de cada Estado Parte. ■

Trabalho em saúde nas fronteiras brasileiras*

Health work in the municipalities of Brazilian boundary

Eliane dos Santos de Oliveira¹, Mônica Wermelinger²

*Artigo atualizado anteriormente publicado como capítulo do livro 'Trabalho e educação em saúde no Mercosul' em 2008.

¹Nutricionista sanitária. Mestre em saúde pública. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. oliveira@ensp.fiocruz.br

²Bióloga. Doutora em saúde pública. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. monicaw@ensp.fiocruz.br

RESUMO A Faixa de Fronteira brasileira é considerada pela Constituição Federal uma região de grande importância para a defesa nacional. Corresponde a 27% do território e abrange 11 estados da federação e 588 municípios situados total ou parcialmente nessa faixa, com uma população de mais de 10 milhões de habitantes. O objetivo do artigo foi apresentar as características do trabalho de saúde nesses municípios, produzindo um perfil da região. Foi adotada como referência a divisão regional criada na Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira do Ministério da Integração Nacional. Nessa tipologia, a Faixa de Fronteira é dividida em três macrossegmentos: Arco Norte, Arco Central e Arco Sul. O Censo Demográfico-2010 é a fonte estatística utilizada para traçar o perfil demográfico e socioeconômico dos municípios brasileiros de fronteira. As informações sobre capacidade instalada da saúde (estabelecimentos, leitos e empregos) são oriundas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Os dados contidos no presente artigo são parte de um conjunto de informações de saúde nas fronteiras, produto de pesquisa da Estação de Trabalho da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz que integra a Rede de Observatório de Recursos Humanos da Saúde. Os resultados indicam que o Arco Norte é a região mais desprovida, mais instável e a que possui a menor densidade econômica e populacional; em oposição aos Arcos Central e Sul que apresentam um melhor perfil. As consequências dessa contradição refletem no trabalho, no acesso aos serviços de saúde e na qualidade de vida dos estratos populacionais menos favorecidos que acabam interferindo na precária organização do sistema de saúde da região. Pode-se dizer pelos dados apresentados que a área fronteiriça, embora legítima e de grande importância para o governo brasileiro, não foi contemplada nos últimos anos com políticas públicas sistemáticas que atendam às especificidades regionais, ficando, nos últimos anos, os municípios de fronteira 'um tanto abandonados'.

PALAVRAS-CHAVE Áreas de fronteira. Força de trabalho. Análise estatística.

ABSTRACT The Brazilian border is considered a region of great importance for national defense by the Federal Constitution. It corresponds to 27% of the territory and covers 11 states of the federation and 588 municipalities located totally or partially in that strip, with a population of more than 10 million inhabitants. The regional division created in the Proposal for the Restructuring of the Border Strip Development Program of the Ministry of National Integration was adopted as reference. The aim of this article is to present the characteristics of health work in these municipalities,

producing a profile of the region. In that typology, the border strip is divided into three macro-segments: Northern Arc, Central Arc and Southern Arc. The Demographic Census-2010 is the statistical source used to draw the demographic and socioeconomic profile of Brazilian border municipalities. Information on installed health capacity (establishments, beds and jobs) comes from the National Registry of Health Establishments of the Ministry of Health of Brazil. The data contained in this article are part of a set of border health information, a research product of the National School of Public Health Sergio Arouca/Oswaldo Cruz Foundation, which is part of the Human Resources in Health Observatory Network. The results indicate that the Northern Arc is the most deprived, most unstable region and the one with the lowest economic and population density; in opposition to the Central and Southern Arcs that present a better profile. The consequences of this contradiction reflect in the work, access to health services and quality of life of the less favored population strata that end up interfering in the precarious organization of the health system of the region. It can be said from the data presented that the border area, although legitimate and of great importance for the Brazilian government, has not been contemplated in recent years with systematic public policies that meet regional specificities, leaving, in recent years, border municipalities 'somewhat abandoned'.

KEYWORDS Border areas. Labor force. Statistical analysis.

Introdução

A importância da fronteira brasileira

A Faixa de Fronteira (FF) corresponde 27% do território nacional – 2,357 milhões de

quilômetros quadrados, abrange 11 estados da federação (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina) e 588 municípios situados total ou parcialmente nessa faixa. Segundo o Censo Demográfico-2010, a população da fronteira é de mais de 10 milhões de habitantes (*tabela 1*).

Tabela 1. Número de municípios fronteiriços segundo arcos de fronteira com a América do Sul

Unidades da Federação	Total de municípios	Municípios de fronteira	Proporção %
Arco Norte	258	71	27,5
Acre	22	22	100,0
Amazonas	62	21	33,9
Pará	143	5	3,5
Roraima	15	15	100,0
Amapá	16	8	50,0

Tabela 1. (cont.)

Arco Central	272	99	36,4
Rondônia	52	27	51,9
Mato Grosso do Sul	79	44	55,6
Mato Grosso	141	28	19,8
Arco Sul	1.189	418	35,2
Paraná	399	139	34,8
Santa Catarina	295	82	28,0
Rio Grande do Sul	497	197	39,6
Total	1.719	588	34,2

Fonte: IBGE (2010).

É uma zona juridicamente distinta, com regulamentos especiais. É um espaço de interação, uma paisagem específica, um espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional e por fluxos e interações transfronteiriças. Produto de processos e acordos econômicos, culturais e políticos, tanto espontâneas e/ou promovidas. O meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades gêmeas (MACHADO, 2005).

Além da grande extensão, o limite continental brasileiro caracteriza-se pela diversidade de ecossistemas que atravessa, pela diversidade do povoamento (desde área com baixíssima densidade ao Norte até áreas densamente povoadas ao Sul) seja com outras áreas do país, seja com países limítrofes. Dessa forma, a FF não pode ser estudada como região contínua e homogênea, deve-se partir de uma regionalização para melhor caracterizá-la (BRASIL, 2005).

Neste artigo, adotou-se como referência a divisão regional criada na Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira do Ministério da Integração Nacional em 2005. Nesta tipologia, a FF é dividida em três macrosegmentos: Arco Norte, Arco Central e Arco Sul, assim caracterizados:

Arco Norte: abrange a FF de cinco

estados: Amapá, Pará, Roraima, Amazonas e Acre, com 71 municípios. Representa, em extensão, 66,7% da área fronteira e uma baixíssima densidade demográfica (1,2), ou seja, o principal problema do arco é a acessibilidade – o difícil acesso por meio terrestre. Apesar de fluxos migratórios procedentes de outras regiões do País, o Norte constitui um ‘arco indígena’ (7,7%) tanto do ponto de vista do território (presença de grandes áreas de reserva) como da identidade territorial (importância étnica cultural indígena mesmo fora das áreas de reserva).

Arco Central: constitui a FF de três estados: Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, com 99 municípios. Representa 22,5% da extensão da região fronteira e uma densidade demográfica de (4,5). A unidade do arco deriva do caráter de transição entre a Amazônia e o Centro-Sul do País e de sua posição central no subcontinente. Encontram-se nesse arco as duas grandes bacias – Amazônica e a Bacia do Paraná.

Arco Sul: compreende a FF de três estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, correspondente à área mais meridional do País, e inclui 418 municípios. Representa a menor extensão fronteira (10,8%) com uma densidade demográfica de 25,7%, é o mais densamente povoado. Embora com importantes diferenciações inter-regionais,

é o espaço com intensa influência do legado socioeconômico e cultural europeu ao longo da FF e o mais afetado pela dinâmica trans-fronteiriça decorrente do projeto de integração econômica promovida pelo Mercado Comum do Sul (Mercosul).

É importante destacar os conceitos de Fronteira, FF e Região Fronteiriça. Quando se diz 'Fronteira', deve ser entendido como um espaço territorial, sociodemográfico e econômico, de relação de interdependência, promovida e compartilhada por grupos populacionais que se estabelecem de um ou do outro lado do limite externo dos países e que passam a constituir um mesmo ambiente de interação no qual criam uma cultura própria de vida, às vezes diferente de cada uma de suas nações de origem. A FF inclui todos os municípios, províncias ou cidades que se encontram dentro do território compreendido entre a linha divisória internacional e a linha paralela orientada a uma distância que cada país define para o interior de seu território. Já a 'Região Fronteiriça' se refere ao número de municípios, províncias ou cidades limítrofes entre dois ou mais países (IBGE, 2010).

As cidades fronteiriças, de algum modo, integram-se de forma natural e criam uma espécie de terceiro espaço, no qual se gera uma nova sociedade, com valores e traços culturais, étnicos, linguagens peculiares e próprios dessa localidade, apresentando uma identidade diferente do restante do País. Observa-se também que existem fronteiras em que a condição de um lado é melhor que a do outro, devido, especialmente, ao fato de um país possuir melhores condições de acesso aos serviços, e, nesse caso, a saúde é utilizada como um elo de ligação entre os dois lados, gerando mais críticas, um desenvolvimento mais equitativo para o bem-estar e qualidade de vida da população.

Alguns municípios que estão na Faixa, mas não na Linha, acabam convivendo com os problemas que afetam os localizados na linha propriamente dita de uma forma inusitada. Muitos dos quais desconhecem que possuem leis que os diferenciam do restante do País e que limitam seu escopo de ação e nem sempre

são reconhecidos como fronteiriços pelas prefeituras locais. Dessa forma, a reivindicação dos gestores pela revisão e modificação da Lei nº 6.634/1979 que dispõe sobre a utilização da Fronteira, com a criação de faixas graduais em que as disposições legais variem com o afastamento dos municípios da linha de fronteira, revendo privilégios e responsabilidades – é justa e necessária.

Os municípios de fronteira do Brasil têm tido grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas. Ademais, a dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), vem gerando dificuldades diversas cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço. As mesmas dificuldades têm sido observadas nos países fronteiriços com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, ora em um sentido, ora em outro, na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde (GADELHA; COSTA, 2007).

Há muito tempo procura-se resolver esses problemas sem suficiente êxito, principalmente em função de obstáculos jurídicos, estruturais e operacionais. Pode-se dizer que os obstáculos estruturais são os mais significativos para a baixa institucionalidade e a pouca correspondência entre as propostas de política regional e os mecanismos para operacionalizá-las, tendo em vista que a maioria dos gestores de municípios de pequeno porte apresenta dificuldades para cumprir o estabelecido pelas normas e legislação do SUS. Esses limites foram apontados como parte das insuficiências do processo de descentralização, já que deveriam prever uma tríade de autonomias relativas (política, financeira e administrativa) que não se encontram nos municípios de fronteira (OLIVEIRA, 2005).

Em pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Municípios, os gestores dos municípios fronteiriços relataram:

Há décadas, que requisitam tratamento diferenciado, a situação vivida pela população no tocante ao acesso e à qualidade dos serviços públicos disponíveis, ao longo da história é muito precária. (CNM, 2008).

Sobre as dificuldades de comunicação com os principais centros decisórios, dizem:

É de extrema importância frisar que o ideal é que os gestores municipais tenham participação ativa e que sejam consultados em todas as questões das quais fazem parte, pois são as municipalidades que mais sofrem os impactos dos problemas fronteiriços e são as mais cobradas pela população. Além disso, como entes federativos efetivamente mais próximos da fronteira, os gestores podem ter uma participação mais ativa na execução de políticas e programas referentes ao tema. É importante que se criem formas que permitam a participação municipal, não somente nas decisões e no estabelecimento de políticas públicas, mas também na sua execução, garantindo assim maior peso político e real importância ao papel dos municípios nas decisões da República. (CNM, 2008).

A nova agenda¹ de cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço entre o Brasil e o Uruguai, por ser pioneiro, é um bom exemplo que se transformou em paradigma e que pode ser adaptado e seguido para o Mercosul e demais países da América do Sul. Além de servir como referencial, reflete a posição do governo brasileiro sobre o tema para promover a integração econômica e regulamentar os direitos da comunidade transfronteiriça, respeitando e reforçando a dimensão humana (BRASIL, 2005).

Ao considerar essas evidências, o governo anterior propôs mudanças em relação à fronteira – o desenvolvimento regional passa a

ser priorizado como agenda estratégica de governo – com um olhar diferente para os municípios que possuem área localizada total ou parcialmente dentro da FF – foi lançada a Política Nacional de Desenvolvimento Regional e os diversos programas² que disponibilizam recursos financeiros voltados para a integração da América do Sul.

No entanto, existem outros fatores que contribuem para a baixa integração e desenvolvimento regional, como, por exemplo: a) a pouca capacidade de articulação dos atores envolvidos com as políticas públicas na região; b) a complexidade da região particularmente as grandes distâncias geográficas; c) a densidade demográfica; d) a dificuldade de acesso; e) o isolamento; f) a diversidade populacional; g) as desigualdades sociais e a multiplicidade de conflitos de interesses, entre outros.

Iniciativas implantadas pelo Ministério da Saúde na região

Em 2015, o Ministério da Saúde do Brasil retomou a discussão de fronteiras e programou várias estratégias para aumentar a eficiência do SUS na região, com o objetivo principal de integrar as ações de infraestrutura e, finalmente, promover a cidadania para as populações fronteiriças.

Na área de gestão do trabalho, para fazer frente ao quadro de precariedade das estruturas das secretarias de saúde e suprir a ausência de políticas de recursos humanos que atendam às diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS), criado pela Portaria/GM-MS nº 2.261, de 22 de setembro de 2006, que objetiva desenvolver ações conjuntas para o fortalecimento e modernização das estruturas de gestão do trabalho no SUS e que ainda está em execução ofertando cursos de especialização (BRASIL, 2006).

¹ Acordo firmado em agosto de 2002 entre o governo do Brasil e do Uruguai para permissão de residência, para realizar estudos e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios. Entrou em vigor por meio do Decreto nº 5.105, somente em 14 de junho de 2004. Também contempla, igualmente, a prestação integrada de alguns serviços públicos, assim como a livre circulação das pessoas de ambos lados da fronteira, criando a figura do Cidadão Transfronteiriço (BRASIL, 2005).

² Existem 173 atividades em desenvolvimento pelos diversos ministérios para melhorar a condição social da população. Os projetos Ação Segurança Cidadã do Ministério da Justiça, Capacitação Profissional do Ministério da Educação, são alguns exemplos.

Para melhorar a situação da saúde na Região Amazônica, está em execução o Plano de Saúde para a Amazônia Legal (PSAL), que tem como propósito desenvolver ações para fomentar o desenvolvimento dos serviços de saúde em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com foco em suas realidades (BRASIL, 2004).

O Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde também foi criado no governo Lula como um espaço relevante de diálogo e cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde para tratar das questões referentes ao exercício profissional nas fronteiras com o Mercosul. Entre as principais ações constituídas para esse fim, destacam-se a Matriz Mínima³ para Exercício Profissional.

Há algum tempo, a questão de recursos humanos nas fronteiras é área prioritária na agenda do governo, entretanto, ainda não se tem obtido grandes avanços na provisão de profissionais de saúde naquelas regiões. Governos, gestores, entidades sindicais, universidades, instâncias colegiadas do SUS, enfim, todos concordam que o novo 'mundo do trabalho' ante a globalização requer uma discussão profunda sobre a equidade nos processos que conformam o campo da gestão do trabalho, como: acesso aos serviços de saúde, proteção social, remuneração, ambiente, condições de trabalho, qualificação, participação política e acesso à tecnologia.

Os grandes desafios na área de educação e gestão do trabalho em saúde que se colocam pelos estudiosos (MACHADO, 2005; GIOVANELLA ET AL., 2007; PEITER, 2007; OLIVEIRA, 2005) e merecem ser destacados para as fronteiras são: a) crescimento do mercado informal com vários modelos de contratação comprometendo a fixação dos profissionais, principalmente médicos; b) desvalorização do trabalhador; c) precariedade das estruturas gestoras dos municípios de fronteira; e) dificuldades no fluxo de informações, bases de dados não compartilhadas e baixa qualidade dos dados disponíveis, entre outros.

O trabalho em zonas de fronteiras

O artigo traz uma caracterização socioeconômica, institucional da capacidade instalada e dos recursos humanos de saúde dos municípios fronteiriços brasileiros. Levaram-se em consideração duas questões primordiais: a) a distribuição da capacidade instalada pode significar um grande entrave para a população fronteiriça; b) o livre trânsito dos profissionais de saúde constitui, atualmente, um tema importante para reflexão e análise, tendo em vista a iniquidade existente na fronteira.

O material empírico utilizado no presente artigo é oriundo do Censo Demográfico-2010, fonte estatística utilizada para traçar o perfil demográfico e socioeconômico dos municípios brasileiros de fronteira. As informações sobre capacidade instalada (estabelecimentos, leitos e empregos) são oriundas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (IBGE, 2010).

Um dos fatores que apresentam efeitos intensos e desiguais nas comunidades em zona de fronteira é o 'trabalho'. As oportunidades oferecidas pelo Estado mais desenvolvido, sobretudo para a realização de tarefas pesadas descartadas pelos profissionais qualificados, acarretam fluxo intenso de trabalhadores do lado mais pobre para o lado mais rico do limite internacional. Esse movimento pode ser constituído por trabalhadores sem qualificação ou semiquualificados, formais ou informais, atraídos pelas oportunidades de trabalho. Se esse afluxo de trabalhadores reduz as pressões demográficas e o desemprego no Estado menos desenvolvido, pode também intensificar a exploração de trabalhadores ilegais na região de fronteira dos municípios mais desenvolvidos.

No caso do Brasil, não existe marco regulatório único para tratar fluxos de trabalhadores transfronteiras. Na verdade, o que se observa é uma política diferente para cada local geográfico que preserve os interesses brasileiros em relação ao país vizinho, tal política se expressa

³ A Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde estabelece os procedimentos e requisitos necessários para o exercício profissional na área da saúde no Mercosul, além de destacar a necessidade de revalidação do diploma estrangeiro e o registro no respectivo Conselho profissional. É a Matriz que define parâmetros para colocar em movimento o Registro de Profissionais de Saúde em cada país integrante, considerando que o Tratado de Assunção tem como finalidade permitir a livre circulação de profissionais. Ver mais detalhes na Portaria nº 734, de 2 de maio de 2014 (Gabinete do MS). As portarias validam as Resoluções nº 07/2012 e nº 08/2012, ambas de autoria do Grupo de Mercado Comum (GMC) (BRASIL, 2014A, 2014B).

preferencialmente por acordos bilaterais. Embora justificada pelas diferenças entre países, os efeitos dessa política são nocivos à administração regional da faixa e da zona de fronteira, tendendo a reforçar em vez de modificar visões preconcebidas e assimétricas hostis à integração subcontinental (PEITER, 2005).

Na fronteira entre o Rio Grande do Sul e o Uruguai, por exemplo, um acordo bilateral criou o Documento Especial de Fronteiriço, que regulariza e facilita as interações transfronteiriças por meio da expedição de permissão de trabalho e circulação para as cidades gêmeas localizadas nesse segmento fronteiriço. Outro aspecto preocupante é a morosidade em implementar uma possível integração de formação de recursos humanos para a saúde, hoje não só brasileira, mas também dos países do Mercosul. Isso pode estar contribuindo para a grande informalidade existente dos postos de trabalho de baixa qualificação no lado brasileiro (BRASIL, 2005).

O grande desafio passa pela criação de mecanismos para a implementação de ações conjuntas que possam equacionar os problemas ligados ao processo regulatório do

exercício profissional, principalmente nos municípios de fronteiras mais críticas, onde as desigualdades são mais latentes e onde a carência⁴ de pessoal é reconhecidamente um fator que impacta na saúde, as quais definem, em grande parte, o acesso da população aos serviços de saúde.

Aspectos demográficos da fronteira

A acessibilidade tem fortes elementos diferenciais: a densidade demográfica, por exemplo, varia de 1,2 (Arco Norte) a 25,7 (Arco Sul). A expressiva concentração de indígenas é outro fator que por si só já demonstra que os municípios fronteiriços não podem ser tratados de forma igual. Tem-se que considerar o agravante que cerca de 41,6 % dos 588 municípios fronteiriços têm um quantitativo populacional abaixo de 10 mil habitantes e distantes das capitais. O isolamento, juntamente com a escassez de recursos tecnológicos, contribui negativamente para o acesso aos serviços de saúde (tabela 2).

Tabela 2. Resumo dos aspectos demográficos dos municípios de fronteira com a América do Sul

Aspectos demográficos	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Nº de municípios	71	99	418	588
População CD 2010	1.970.387	2.483.491	6.308.351	10.762.229
Densidade demográfica	1,2	4,5	25,7	4,6
% da fronteira	66,7	22,5	10,8	100,0
% população urbana	62,9	73,6	73,2	71,2
Densidade rural	0,4	1,1	7,0	2,8
% de migrantes	11,7	7,2	5,5	22,3
% população indígena	7,7	2,7	2,2	11,8

Fonte: IBGE (2010) e Ministério da Integração Nacional, 2005.

O forte movimento de migração (11,7% e 7,2%) nos Arcos Norte e Central, respectivamente, tem contribuído para a intensa mobilidade de população dos países vizinhos em busca de

atendimento no lado brasileiro, o que interfere na qualidade (registros de casos, acompanhamento, dimensionamento de serviços e planejamento das ações), e a sustentabilidade do

⁴ Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, existem 713 municípios que não têm simultaneamente profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros, mais da metade são municípios de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 5 mil habitantes (MS/CNES, situação em março de 2017).

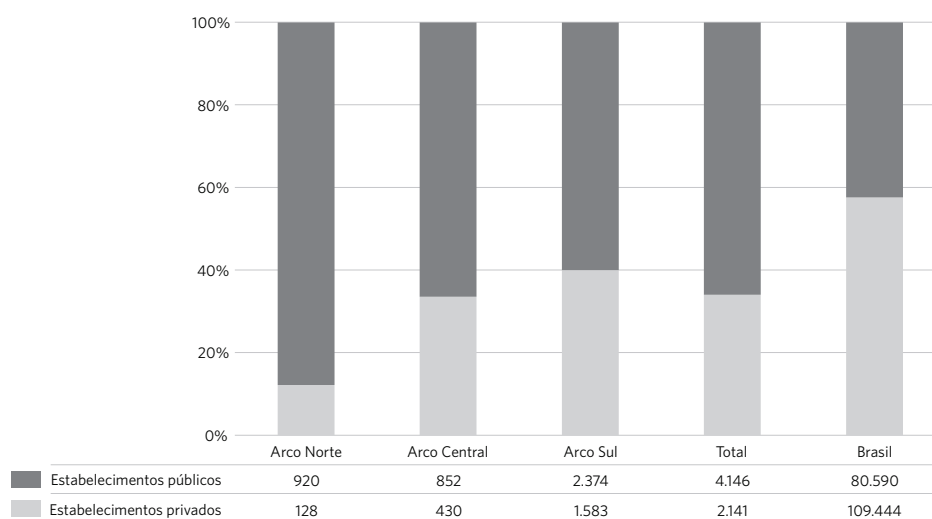
sistema, tendo em vista que esse fluxo não está contabilizado no cálculo dos recursos do SUS, o que ocasiona conflitos no âmbito dos serviços e demandas dos municípios por mais recursos federais (OLIVEIRA, 2005).

Caracterização da capacidade instalada nas fronteiras

A região tem 6.287 estabelecimentos de

saúde (3,3%) do total do País (190.034), a maioria (65,9%) pertence ao setor público. Se analisar por arcos, o setor público do Norte (920 estabelecimentos) é mais presente que o do Central (852 estabelecimentos). Os municípios são hegemônicos na oferta de serviços públicos de saúde nas fronteiras, mais de 80% do total. As unidades de saúde ligadas às Forças Armadas e à Saúde da Família fortalecem a presença da esfera federal nos atendimentos médicos e odontológicos e, ainda, no transporte de pacientes nos municípios de fronteira (gráfico 1).

Gráfico 1. Estabelecimentos de saúde por entidade mantenedora segundo arcos dos municípios de fronteira com a América do Sul

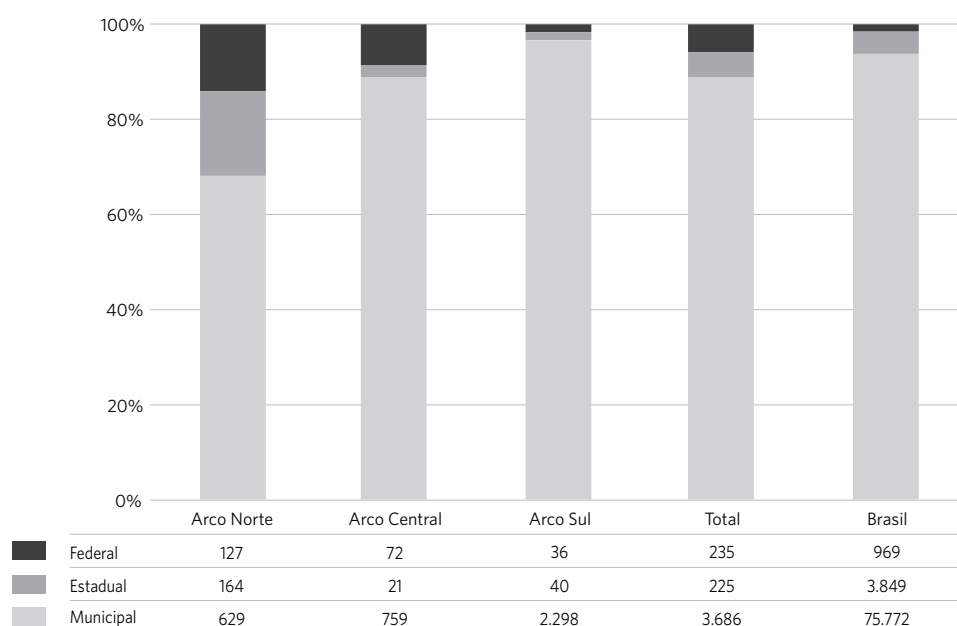


Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), situação em março de 2017.

Outra característica importante sobre a capacidade instalada fronteira, além da presença significativa dos municípios como provedores da saúde em todos os arcos, é concomitantemente a ausência do setor privado, principalmente no Arco

Norte, onde a atuação de Organizações Não Governamentais (ONGs) e entidades filantrópicas predominam na oferta de serviços de saúde principalmente nos municípios mais distantes das capitais e nas cidades ribeirinhas (gráfico 2).

Gráfico 2. Estabelecimentos de saúde públicos por natureza jurídica segundo arcos dos municípios de fronteira com a América do Sul



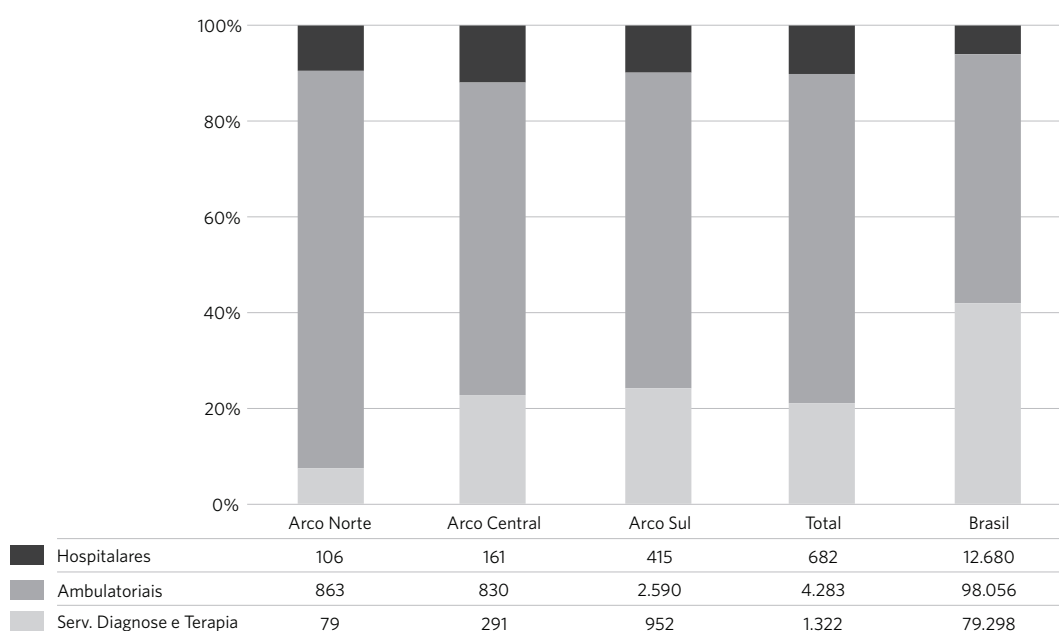
Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), situação em março de 2017.

Em relação aos tipos de serviços ofertados, há predominância – 68% (4283) – dos ambulatorios em todos os arcos (clínicas, policlínicas, postos e centros de saúde), seguindo a mesma tendência nacional.

Os hospitais representam 10,8% (682) do total. Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADTs), uma modalidade de atendimento complementar (como RX, Ultrassonografia, Ressonância Magnética), de

grande importância na fase de diagnóstico e procedimentos terapêuticos, não possuem uma rede robusta na fronteira, apenas 1.322 estabelecimentos, principalmente no Arco Norte que conta apenas com 79, ou seja, 5% da rede. Em contrapartida, o Arco Sul tem 952, a metade da oferta dos serviços. Conclui-se que o atendimento nas fronteiras brasileiras é feito basicamente por meio da rede ambulatorial de saúde (gráfico 3).

Gráfico 3. Estabelecimentos de saúde por tipo de atendimento segundo arcos dos municípios fronteiriços da América do Sul



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), situação em março de 2017.

Os municípios de fronteira possuem 49,5mil leitos, a rede privada predomina com mais de 70% desse total. A distribuição dos leitos pelos arcos é bem inequitativa, o Norte

fica bem aquém dos demais, com apenas 1,8 leitos por mil habitantes, o Central (2,7) e o Sul têm (3,1) quase o dobro da maior relação do País (tabela 3).

Tabela 3. Resumo da distribuição de leitos

Capacidade Instalada	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total	Brasil
Total de leitos*	3.625	8.734	36.941	49.499	439.489
Leitos por 1.000 hab.	1,8	2,7	3,6	2,5	2,1
Leitos privados	693	3.969	17.033	21.695	132.750
Leitos SUS	2.932	4.765	20.107	27.804	306.739

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), situação em março de 2017.

*Considerados apenas os leitos para internação.

No entanto, como comentado anteriormente, a existência de serviços de saúde não gera necessariamente acesso. As dificuldades de locomoção e as baixas densidades demográficas

dos municípios do Arco Norte constituem um grande desafio às políticas públicas para as fronteiras, principalmente na oferta de leitos, tornando-o desprovido de serviços da fronteira.

Os empregos de saúde nas fronteiras

A Força de Trabalho (FT) nas fronteiras abrange 125.112 empregos – 3,5% dos cerca de 3,5 milhões dos empregos de saúde existentes atualmente no Brasil. A maioria (77.257) encontra-se no setor público (61,7%), destes, 34,3% pertencem a esfera municipal. O setor

privado representa 38,3% do mercado de trabalho com 47.855 empregos. É interessante constatar que os empregos privados estão inseridos em sua maioria em estabelecimentos sem fins lucrativos (filantrópicos), o setor privado lucrativo predomina basicamente no Arco Central, que aparentemente possui o melhor poder de compra de serviços especializados (*tabela 4*).

Tabela 4. Empregos de saúde por entidade mantenedora nos arcos dos municípios fronteiriços com a América do Sul

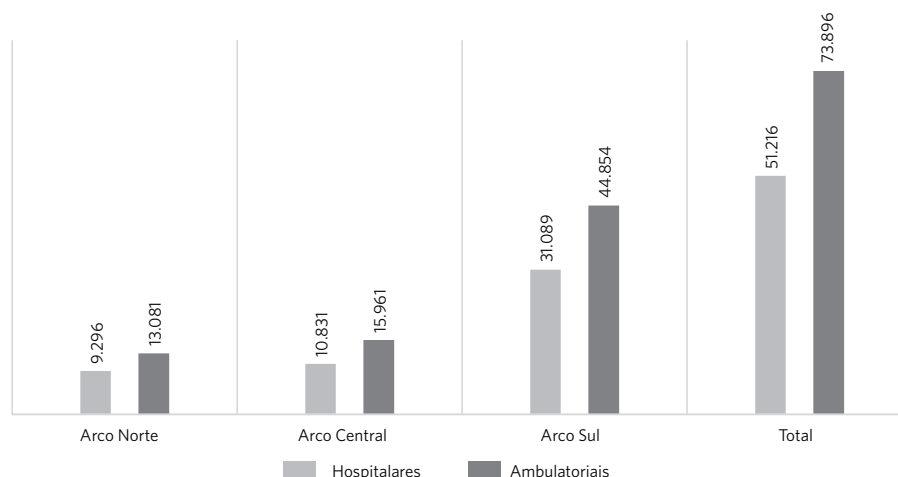
Empregos de Saúde	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total	Brasil
Total geral	22.377	26.792	75.943	125.112	3.585.678
Empregos públicos	19.902	19.014	38.341	77.257	2.538.567
Federal	1.698	753	2.828	5.279	104.555
Estadual	8.005	3.913	1.121	13.039	509.089
Municipal	10.199	14.348	34.392	58.939	1.924.923
Empregos Privados	2.475	7.778	37.602	47.855	1.434.960
Com fins lucrativos	1.189	4.858	16.671	22.718	721.880
Sem fins lucrativos	1.286	2.920	20.931	25.137	713.080

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNEs), situação em março de 2017.

Os hospitais agregam 51.216 empregos, ou seja, 41,6%; e o setor ambulatorial, 73.896 do total da força de trabalho dos municípios fronteiriços. Caso se compare com os dados da capacidade instalada apresentados

anteriormente, verifica-se que cada hospital possui em média 75 empregos; e cada unidade ambulatorial, 13,2 empregos na região de fronteira (*gráfico 4*).

Gráfico 4. Empregos de saúde por tipo de atendimento nos arcos dos municípios fronteiriços com a América do Sul

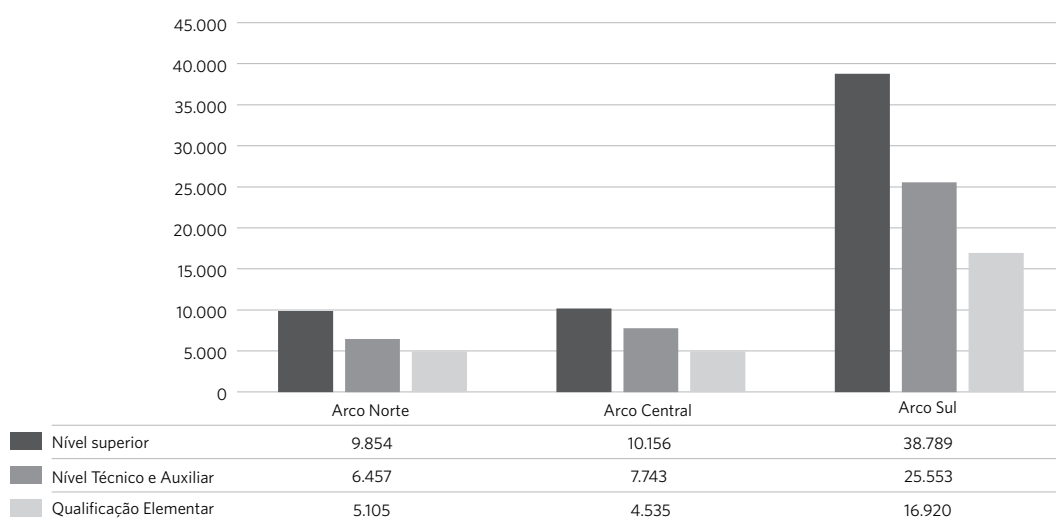


Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), situação em março de 2017.

O perfil da FT por escolaridade dos municípios de fronteira segue a mesma proporção das demais regiões do País. Os empregos de nível superior representam em torno de 46%, os de

nível técnico e auxiliar (32%), e os de qualificação elementar somam 22%. Situação que se observa em todos os arcos (*gráfico 5*).

Gráfico 5. Empregos de saúde por nível de escolaridade segundo arcos dos municípios fronteiriços da América do Sul



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), situação em março de 2017.

A distribuição por categorias profissionais nas fronteiras não é bem equitativa: somente os empregos médicos representam mais da metade da FT de nível superior – 20.972 (52,8%); os enfermeiros, 7.944 (20%); e os odontólogos, 4.096 (10,3%), as 8 categorias restantes

que compõem a equipe somam apenas 16,8% do total de empregos de nível superior. A situação mais precária é verificada no Arco Norte, onde há uma carência significativa de quase todos os profissionais em relação ao número de habitantes (*tabela 5*).

Tabela 5. Empregos de nível superior segundo arcos dos municípios fronteiriços com a América do Sul

Empregos por categorias de nível superior	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total	Brasil
Médico	2.150	5.043	13.779	20.972	947.973
Enfermeiro	1.107	1.689	5.148	7.944	264.643
Odontólogo	523	705	2.868	4.096	123.906
Bioquímico/Farmacêutico	334	763	1.714	2.811	30.870
Fisioterapia	157	412	1.602	2.171	85.806
Fonoaudiólogo	45	115	431	591	24.803
Nutricionista	53	92	685	830	30.330
Assistente social	89	161	839	1.089	34.547
Psicólogo	63	174	1.039	1.276	54.761
Sanitarista	3	9	47	59	716
Outros de Nível Superior	132	86	815	1.033	43.836
Total	4.656	7.644	27.405	39.705	1.642.191

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), situação em março de 2017.

A presença de médicos nos arcos tem uma significativa variação de 916,5 habitante/emprego médico no Norte e de 457,8 no Sul, demonstrando que a ausência de médicos no Brasil é um problema de concentração, e não de escassez, conforme confirmado em vários estudos (SANTOS ET AL., 2015). Vale destacar, ainda, que em alguns municípios da região não existem médicos, e em vários, são os estrangeiros que exercem a profissão, muitos sem respaldo legal.

Segundo dados recentes do Conselho Federal de Medicina (CFM), o número de médicos em municípios de fronteira é em torno de 29 mil, o que representa 6,4% do total de médicos do País. Segundo a entidade, nos últimos cinco anos, houve um aumento de 34% no número de médicos, sem levar em

conta os intercambistas do Mais Médicos. O CFM informou que, entre 2011 e 2015, os municípios de fronteira reduziram o número de consultas médicas de 8,2 milhões para 7,4 milhões por ano, uma queda de 10%.

‘Apesar do aporte de 200 intercambistas do Programa Mais Médicos nas fronteiras, as consultas não têm resolubilidade, não estão ajudando a diminuir o número de internações. Houve aporte de médicos, diminuição de consultas e carência de resolubilidade e infraestrutura mínima para o trabalho do médico’, disse o presidente do CFM, explicando que é preciso oferecer ainda sistemas de referência e contrarreferências fundamentais para atendimento em locais próximos.

‘A carreira de estado seria a forma correta de ter médicos na fronteira. Um profissional fixo, mas não permanente, como acontece na magistratura, no Ministério Público, na carreira fazendária, e até na segurança nacional, com possibilidade de remanejamento e substituições por mérito ou tempo de serviço’, disse. ‘Para que possamos ter o Brasil atendidos por médicos brasileiros. O que falta é esse estímulo’, completou o Presidente do Conselho Federal de Medicina – Dr. Carlos Vital. (VITAL, 2016, N. P.).

Uma das mais importantes oportunidades criadas para a sensibilização política e empenho coletivo dos Estados Partes foi à edição do ‘Plano Regional de Recursos Humanos de Saúde 2007-2015’ pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Com o intuito de enfrentar a crise de recursos humanos na saúde, foram estabelecidas metas a partir dos cinco desafios críticos que subsidiaram a plataforma da ‘Chamada à Ação para uma Década de Recursos Humanos para a Saúde’, quais sejam: 1) Englobar políticas de longo prazo para todos os países da região, visando deixar a força de trabalho apta a lidar com eventuais mudanças

nos sistemas de saúde; aumentar a desejável pelo ‘Relatório de Saúde no Mundo de 2006’; garantir que 40% dos médicos atuem na área de atenção básica à saúde; atingir o equilíbrio entre o número de enfermeiros e médicos qualificados; desenvolver equipes de atendimento básico à saúde, com ampla gama de competências, inclusive com trabalhadores comunitários de saúde; e estabelecer uma direção estratégica de recursos humanos para a saúde que desenvolva políticas e negocie com outros níveis de governo.

Se considerar a relação sugerida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 25 profissionais de saúde para cada 10 mil habitantes, verifica-se que a região de fronteira está dentro dos parâmetros. A precariedade do atendimento e do acesso aos serviços de saúde é um problema maior que a disponibilidade de recursos humanos. A concentração nos grandes centros e nas capitais, a fixação de profissionais e a falta de médicos especialistas estão a desafiar a busca por estratégias impactantes que enfrentem e reduzam os efeitos negativos sobre os sistemas locais de saúde nas localidades de fronteiras (tabela 6).

Tabela 6. Categorias profissionais segundo arcos dos municípios fronteiriços da América do Sul

Categorias profissionais	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Médicos	1.570	4.985	22.301	28.856
Enfermeiros	1.026	1.564	4.548	7.138
Técnicos de Enfermagem	789	744	7.853	9.386
Auxiliares de Enfermagem	2.602	5.533	9.292	17.427
Total	5.987	12.826	43.994	62.807
População por 25/10.000 hab.	1.970.387	2.483.491	6.308.351	10.762.229
	29,6	49,8	64,3	55,9

Fonte: Conselhos Federais (situação em março/2017); (IBGE, 2010).

O fortalecimento da integração constitui uma relevante prioridade do governo federal para os próximos anos, entretanto, sua consecução depende diretamente da participação ativa

dos governos estaduais e municipais. Pode-se dizer que uma das formas mais adequadas de lidar com a complexidade das questões fronteiriças, tanto em aspectos mais problemáticos

(sanitários e ambientais e exercício profissional) como em seu potencial transfronteira, somente será concretizada por meio de um novo pacto intergovernamental em torno da integração fronteiriça (OLIVEIRA; MACHADO, 2008).

Há necessidade de envolver tanto os atores nacionais dos países membros como as cidades, municípios, províncias e estados de fronteira com objetivo de alcançar a integralidade. O desafio para os gestores continua sendo as dificuldades macroeconômicas, sociais e políticas que afetam negativamente as estratégias e iniciativas, para abrandar a migração ou minimizar os efeitos negativos desse processo nas fronteiras.

Algumas considerações

Breve resumo dos arcos

O Arco Norte tem a menor disponibilidade de capacidade instalada (estabelecimentos, leitos e empregos de saúde). Com 18,3% da população da região fronteiriça, possui 21.416 empregos de saúde; além da grande ruralidade que seguramente coloca maiores entraves ao acesso aos serviços de saúde, pela falta de estradas e transportes que depende na maioria das vezes de rios para alcançar as populações ribeirinhas. As consequências negativas desse processo se referem aos indicadores menos favoráveis de qualidade de vida, para estratos populacionais mais baixos, o que interfere na qualidade dos serviços de saúde da região. Outra preocupação é a condição de pouco desenvolvimento econômico, que contribui para o deslocamento de parte da força de trabalho para os mercados informais, muitas vezes mais rentáveis, porém de menor controle e estabilidade econômica.

O Arco Central apresenta uma situação intermediária e bem estruturada, constituindo-se em zona de transição entre os Arcos Norte e

Sul, detém 23% da população da região fronteiriça. A força de trabalho é composta de 22.434 empregos, sendo 79,7% referentes a empregos de nível técnico e superior.

O Arco Sul tem a situação mais confortável para todos os parâmetros analisados, com a maior população fronteiriça (58,7%), possui 81.262 empregos de saúde, sendo que a maioria (79,2%) é de nível superior e técnico. Tem um perfil de força de trabalho em saúde e de capacidade instalada similar às apresentadas em nível nacional. A relação empregos de saúde por habitantes é a mais alta para todas as categorias profissionais, refletindo seu maior potencial econômico para absorver mão de obra mais diversificada e especializada. Uma maior acessibilidade a redes urbanas e viárias o que facilita o acesso aos serviços de saúde.

Concluindo, vale destacar que durante audiência pública sobre o tema promovida pela Subcomissão Permanente da Amazônia e da Faixa de Fronteira, ligada à Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional (CRE), o diretor do Departamento da América do Sul-I do Ministério das Relações Exteriores, o diplomata João Luiz Pereira Pinto, revelou:

[...] que para contornar o problema da falta de profissionais de saúde, alguns municípios estão recorrendo à 'criatividade brasileira'. Ele citou o caso do município de Jaguarão (RS), que, por não poder contratar diretamente estrangeiros, celebrou um convênio com a Santa Casa local, que, por sua vez, contratou médicos uruguaios para atender à população brasileira. E uma das principais conclusões foi admitir a forte presença de profissionais de saúde de países vizinhos trabalhando no Brasil de forma ilegal. [Continua] [...] a ausência de médicos nas fronteiras daqui a pouco vai virar uma crise [...] ainda existe muita desordenação dentro do Poder Executivo a respeito de ações nas áreas fronteiriças, alertou o diplomata. (PINTO, 2011, N. P.). ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. *Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira*. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2005. Disponível em: <<http://www.mi.gov.br/documentos/10157/3773138/Introdu%C3%A7%C3%A3o+e+antecedentes.pdf/98476e45-c143-449b-b6c5-1f9287a90553>>. Acesso em: 20 jul. 2017.
- . Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. CNES, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/proc02br.def>>. Acesso em: 12 maio 2017.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 2.261, de 22 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 set. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2261_22_09_2006_rep_comp.html>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 734, de 2 de maio de 2014. Aprova a Resolução nº 07/2012, do Grupo de Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que aprova lista de profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Partes no Mercosul. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2 maio, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0734_02_05_2014.html>. Acesso em: 6 set. 2017.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 735, de 2 de maio 2014. Aprova a Resolução nº 08/2012, do Grupo Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que aprova a “Lista de Especialidades Médicas Comuns no MERCOSUL”. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2 maio, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0735_02_05_2014.html>. Acesso em: 6 set. 2017.
- . Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. *Saúde Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_amazonia_2ed.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). *Relatório Final: a visão dos municípios sobre a questão fronteiriça*. 2008. Disponível: <<http://www.cnm.org.br>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- GADELHA, C. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S214-S226, 2007.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico*. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 5 out. 2016.
- MACHADO, L. O. Estado, territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, M. L. (Org.). *Continente em chamas. Globalização e território na América Latina*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-284.
- OLIVEIRA, E. S.; MACHADO, M. H. O Trabalho de Saúde nas Regiões de Fronteiras Brasileiras. In: PIERANTONI, C. *et al.* (Org.). *Trabalho e educação em saúde no Mercosul*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008. p.171-200.
- OLIVEIRA, P. T. R. *O Sistema Único de Saúde, descentralização e desigualdade regional: um enfoque sobre a Região da Amazônia Legal*. 2005. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Metas Regionais de Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015*. 2007. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp27.r7-p.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. 237-250, 2007.

———. *Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio*. 2005. 314 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PINTO, J. L. P. *Falta de Médicos é problema comum a municípios na faixa de fronteira*. 2011. Disponível em: <ptb.org.br/falta-de-medicos-e-problema-comum-a-municipios-na-faixa-de-fronteira/>. Acesso em: 23 jun. 2017. Não paginado.

VITAL, C. *Entrevista*. Brasília, DF: Agência do Brasil 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.abc.com.br/geral/noticia/2016-06/faltam-leitos-de-internacao-do-sus-em-25-das-cidades-de-fronteira-diz-cfm>>. Acesso em: 18 jun. 2017. Não paginado.

Tendências das graduações em Saúde no Brasil: análise da oferta no contexto do Mercosul

Trends in Health undergraduation courses in Brazil: supply analysis in the context of Mercosur

Celia Regina Pierantoni¹, Carinne Magnago²

RESUMO Este artigo objetiva fornecer informações oportunas sobre a oferta de formação de Recursos Humanos em Saúde (RHS) no Brasil, inserido no contexto da agenda de cooperação entre os Estados Partes do Mercosul. A partir de dados dos Censos da Educação Superior, constatou-se incremento da oferta de vagas e concluintes de graduações cujo mercado não se mostra favorável; aumento da taxa de ociosidade de vagas; predomínio do setor privado na oferta; persistência de concentração da oferta no Sudeste; e incremento inferior ao esperado de cursos e egressos de Medicina. Reforça-se o papel estratégico da cooperação estabelecida para intercâmbio de evidências sobre os RHS de forma conjunta, com a finalidade de fomentar formulação de políticas integradoras e alinhadas às demandas do bloco regional.

PALAVRAS-CHAVE Educação superior. Recursos Humanos em Saúde. Mercosul. Informação.

ABSTRACT *This article aims to provide timely information on the supply of training of Human Resources in Health (HRH) in Brazil, inserted in the context of the cooperation agenda among Mercosur States Parties. Based on data from the Higher Education Census, there was an increase in the number of vacancies and conclusion of undergraduates courses whose market is not favorable; increased idle vacancy rate; predominance of the private sector in the supply; persistent concentration of supply in the Southeast; and increase lower than expected in courses and medical graduates. We reinforce the strategic role of cooperation established for the exchange of evidence on HRH in a joint way, in order to foment the formulation of integrative policies that are aligned with the demands of the regional bloc.*

KEYWORDS *Education higher. Health manpower. Mercosur. Information.*

¹Médica. Doutora em saúde coletiva. Professora associada do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cpierantoni@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em saúde coletiva. Pesquisadora do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. carinne.mag@gmail.com

Introdução

No contexto do projeto de integração Mercado Comum do Sul (Mercosul), esforços têm sido empreendidos para a consolidação da região, favorecendo o desenvolvimento de diversos setores, entre eles a saúde. Na perspectiva do fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados Partes e associados do Mercosul, implantou-se o Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud (OMSS), em 2008, com a finalidade de gerar conhecimento útil e oportuno para a tomada de decisões em políticas sanitárias no âmbito do bloco (MERCHÁN-HAMANN; SHIMIZU; BERMÚDEZ, 2013).

Na composição da agenda do OMSS, acordou-se a realização de estudos sobre temas considerados prioritários pelos Ministérios da Saúde dos Estados Partes. O tema Recursos Humanos em Saúde (RHS) foi incluído entre os que deveriam ser investigados por todos os países, uma vez que há concordância sobre a importância inquestionável da força de trabalho como núcleo central dos sistemas de saúde e que há pouca consistência nas discussões sobre como as estratégias de RHS são monitoradas e avaliadas (OMS, 2007).

Em muitos países, as informações sobre a força de trabalho são fragmentadas, inadequadas e impróprias. Estatísticas geradas por diversas fontes recebem divulgação pública limitada que geralmente são subutilizadas. Além disso, mesmo em países onde dados adequados e confiáveis estão disponíveis, a informação nem sempre é utilizada para a tomada de decisão (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

Também é forte o consenso sobre a dificuldade de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde, uma vez que não existe força de trabalho adequada, suficiente e bem distribuída no setor (OMS, 2007). Globalmente, considera-se que há um *deficit* de 7,2 milhões de profissionais de saúde, com estimativa de *deficit* de 12,9 milhões até 2035. Entre os países do Mercosul, essa carência não se manifesta com intensidade semelhante, mas há problemas de distribuição e de

densidade adequadas em diversas regiões de cada país (CAMPBELL ET AL., 2013).

A carência de profissionais de saúde geralmente é acompanhada de pouca informação disponível sobre quantos e como eles são distribuídos, o que reduz a capacidade de planejamento, orientação e melhor distribuição da força de trabalho em saúde. Informação adequada e oportuna sobre os RHS é um insumo fundamental para os Estados, serviços de saúde e instituições de ensino para o planejamento das ações, em um campo no qual qualquer intervenção demanda um processo lento de maturação (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

Nesse sentido, a realização de estudos sobre a composição da oferta e estoque de profissionais de saúde integra a agenda conjunta dos Estados Partes do Mercosul. Acredita-se que a decisão de coletar, processar e analisar informações sobre a força de trabalho em cada um dos países implica uma decisão política de grande magnitude, colocando a região em pé de igualdade com outros blocos regionais que também entendem que este se trata de um problema que justifica ações conjuntas e orientadas em médio e em longo prazo (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

É nesse panorama que se insere este estudo, que tem por objetivo fornecer informações precisas e oportunas sobre a oferta de formação de RHS no Brasil. As apreciações contidas aqui permitem apoiar o processo de busca do conhecimento via acesso, análise e acompanhamento das graduações da saúde no Brasil, pois considera-se que a análise da oferta de cursos superiores em saúde, em conjunto com outras fontes de informação, possa ser útil para o planejamento e ordenamento de RHS no Brasil e para definição de agendas de cooperação com os países que compõem o Mercosul.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório de caráter descritivo e abordagem quantitativa, que pretende, por meio de dados secundários,

expor as principais características do cenário da formação em saúde no Brasil.

Os dados coletados e analisados foram disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) do Ministério da Educação (MEC) e processados a partir do Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (Sigras), ferramenta on-line, que gerencia dados e informações sobre as Instituições de Ensino Superior (IES) que ofertam cursos em saúde. Esse sistema foi construído e é alimentado pela Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (IMS/Uerj-ObservaRH).

O sistema permite capturar dados de 1991 a 2014 relativos a vagas, matrículas, inscrições, ingressantes e concluintes por curso de graduação e cruzar segundo categoria administrativa, organização acadêmica, grandes regiões, regiões de saúde e estados do País. Assim, possibilita, o cruzamento de diferentes variáveis no intuito de verificar, a partir de um panorama mais amplo ou mais específico, se determinada região concentra ou carece de determinado grupo profissional de saúde (PIERANTONI ET AL., 2012).

Neste estudo, os dados capturados para a análise do panorama geral foram os relacionados com as 15 graduações disponibilizadas pelo Sigras; e, para uma análise mais detalhada, foram consideradas as informações das graduações em Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional¹, do período de 2000 a 2014.

Os dados foram coletados em junho de 2017, analisados por estatística descritiva via Programa Microsoft Excel®, apresentados por meio de gráficos e tabelas, e dialogados com base em literatura relacionada.

Panorama geral

O sistema nacional de ensino superior brasileiro tem apresentado grande capacidade expansiva, muito em parte devido à implementação de políticas governamentais que ampliaram o ingresso e permanência da população na educação, sobretudo da parcela mais jovem e oriunda de famílias de baixa renda (IBGE, 2016).

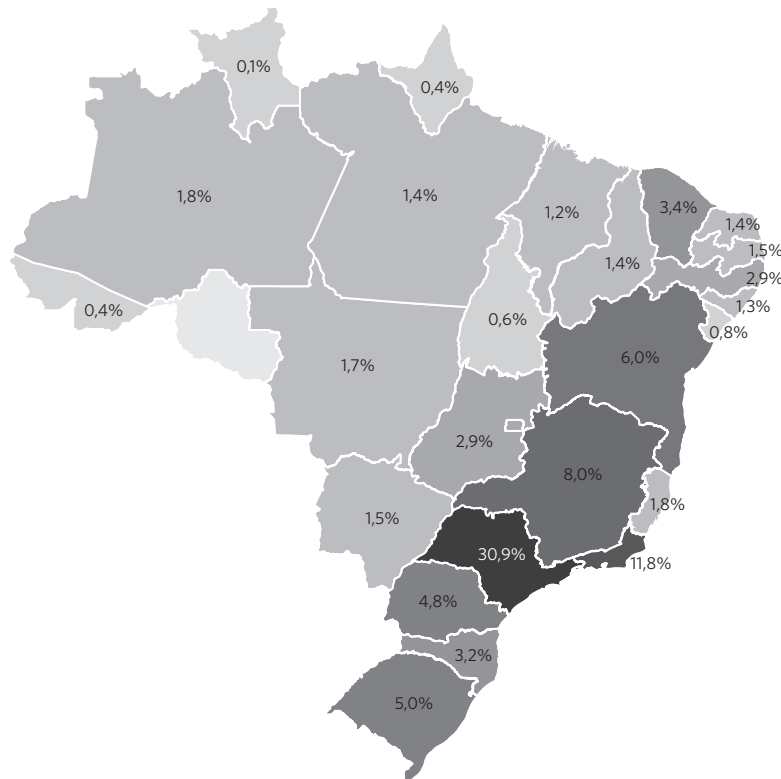
Dados recentes do MEC apontam um crescimento da ordem de 34,0% do número de matrículas em cursos de graduação presenciais no período de 2009 a 2014, computando 6,5 milhões de estudantes em 2.368 IES. Essa ampliação pode ser atribuída principalmente ao setor privado, responsável, em 2014, por 87,2% das IES do País (SEMESP, 2016).

A predominância do setor privado também é observada na área da saúde: do total de 6.416 cursos de graduação em Saúde existentes no País – ofertados por 1.107 IES –, 72,1% (n=4.627) são privados. Não obstante, a procura por cursos de graduação em Saúde na esfera pública é maior que no setor privado. Nota-se, nos concursos de vestibular, uma relação de 18 candidatos por vaga nos cursos públicos contra uma relação de 2 para 1 nos privados.

Em se tratando da distribuição geográfica de cursos e vagas da área da saúde, é perceptível a iniquidade da oferta das graduações em saúde. A região Sudeste, considerada o centro vital do País, e que se caracteriza por seu desenvolvimento e por abrigar as maiores cidades e a maior densidade populacional, é, ao mesmo tempo, o maior mercado de trabalho e a de maior oferta de cursos, vagas e formandos em saúde (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, 2006). O estado de São Paulo concentra 30,9% das vagas; se somadas às vagas do estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais, esse percentual passa a 51,6%, isto é, três estados da região Sudeste ofertam mais da metade de todas as vagas do País (*figura 1*).

¹ O Sigras também processa dados das graduações em Ciências Biológicas, Medicina Veterinária e Serviço Social.

Figura 1. Distribuição percentual da oferta de vagas por estado. Brasil, 2014



Fonte: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017).

Os dados apontam uma concentração de 45,4% (n=2.910) de cursos, de 51,5% (n=555.477) de vagas e de 45,2% (n=84.560) de formandos em saúde na região Sudeste; ao passo que a região Norte, mais carente de força de trabalho em saúde, é a que abriga o menor percentual de oferta: 7,3% (n=467), 5,9% (n=63.240) e 7,2% (n=13.525), nesta ordem.

Cabe ressaltar, no entanto, que já se observa diminuição da desigualdade na distribuição regional. O cálculo das taxas de crescimento aponta que, enquanto a região Sudeste cresceu 195%; 330% e 101% em número de cursos, vagas e egressos; a região Norte se configurou como a que mais ampliou as possibilidades de acesso

aos cursos da saúde (408%, 957% e 543% respectivamente).

Análise por graduação em Saúde selecionada

No que compete à distribuição dos cursos pelas 12 graduações selecionadas neste estudo para uma análise mais robusta, os dados apontam que, em 2000, a Educação Física detinha o maior percentual de participação (18,7%), enquanto a Saúde Coletiva (0,1%), Biomedicina (0,5%) e Terapia Ocupacional (2,6%), os menores. Quatorze anos mais tarde, esse cenário de concentração pouco se alterou (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição da oferta de cursos, vagas e egressos e taxa de incremento por graduação em saúde. Brasil, 2000-2014

Graduação	Cursos			Vagas			Concluintes		
	2000	2014	Incremento	2000	2014	Incremento	2000	2014	Incremento
Biomedicina	7	253	3514%	695	49.183	6977%	50	5.591	11082%
Educação Física	267	1.117	318%	32.561	190.338	485%	8.249	30.280	267%
Enfermagem	183	881	381%	20.417	178.264	773%	5.522	30.140	446%
Farmácia	143	454	217%	14.593	81.185	456%	6.020	13.457	124%
Fisioterapia	178	535	201%	25.675	112.223	337%	5.181	11.737	127%
Fonoaudiologia	76	82	8%	7.147	8.354	17%	2.016	1.487	-26%
Medicina	100	251	151%	9.906	26.804	171%	7.758	16.110	108%
Nutrição	99	386	290%	9.475	72.441	665%	2.177	10.679	391%
Odontologia	142	230	62%	14.051	33.470	138%	8.011	10.768	34%
Psicologia	192	564	194%	26.823	124.826	365%	11.024	20.663	87%
Saúde Coletiva	1	17	1600%	80	1.802	2153%	-	331	-
Terapia Ocupacional	37	55	49%	2.680	5.678	112%	520	1.090	110%
Total	1.425	4.825	239%	164.103	884.568	439%	56.528	152.333	169%

Fonte: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017).

Quando analisados os dados de cursos, vagas e concluintes, as graduações com menor incremento de oferta, no período 2000-2014, foram Fonoaudiologia – que, inclusive, apresentou taxa negativa de egressos (-26%) –, Terapia Ocupacional e Odontologia; enquanto Biomedicina se destaca pela expressiva ampliação dessas variáveis (tabela 1).

Em se tratando da distribuição dessas graduações por natureza jurídica em 2014, verifica-se que a Saúde Coletiva é a única

graduação cuja maioria dos cursos (76,5%), vagas (57,9%) e concluintes (75,8%) é predominantemente pública. A Medicina oferece um equilíbrio na oferta de cursos (47% são públicos e 53% são privados), mas em se tratando das vagas e concluintes, a esfera privada prevalece, sendo responsável por 62% e 61%, nesta ordem. A oferta privada de cursos, vagas e concluintes das demais graduações, exceto para Terapia Ocupacional, é superior a 70% (tabela 2).

Tabela 2. Frequência e percentual de cursos, vagas e concluintes segundo esfera administrativa, por graduação em saúde. Brasil, 2014

Graduação	Esfera	Cursos		Vagas		Concluintes	
		n	%	n	%	n	%
Biomedicina	Público	26	10,3	1.665	3,4	680	12,2
	Privado	227	89,7	47.518	96,6	4.911	87,8
Educação Física	Público	302	27,0	20.190	10,6	7.243	23,9
	Privado	815	73,0	170.148	89,4	23.037	76,1
Enfermagem	Público	175	19,9	12.408	7,0	5.369	17,8
	Privado	706	80,1	165.856	93,0	24.771	82,2

Tabela 2. (cont.)

Farmácia	Público	96	21,1	8.704	10,7	3.061	22,7
	Privado	358	78,9	72.481	89,3	10.396	77,3
Fisioterapia	Público	72	13,5	5.038	4,5	1.750	14,9
	Privado	463	86,5	107.185	95,5	9.987	85,1
Fonoaudiologia	Público	24	29,3	1.255	15,0	606	40,8
	Privado	58	70,7	7.099	85,0	881	59,2
Medicina	Público	118	47,0	10.147	37,9	6.275	39,0
	Privado	133	53,0	16.657	62,1	9.835	61,0
Nutrição	Público	80	20,7	6.365	8,8	2.599	24,3
	Privado	306	79,3	66.076	91,2	8.080	75,7
Odontologia	Público	67	29,1	5.998	17,9	3.411	31,7
	Privado	163	70,9	27.472	82,1	7.357	68,3
Psicologia	Público	120	21,3	9.069	7,3	4.037	19,5
	Privado	444	78,7	115.757	92,7	16.626	80,5
Saúde Coletiva	Público	13	76,5	1.044	57,9	251	75,8
	Privado	4	23,5	758	42,1	80	24,2
Terapia Ocupacional	Público	22	40,0	1.308	23,0	644	59,1
	Privado	33	60,0	4.370	77,0	446	40,9
Total	Público	1.115	23,1	83.191	9,4	35.926	23,6
	Privado	3.710	76,9	801.377	90,6	116.407	76,4

Fonte: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017).

Ao verificar os dados relativos ao ano 2000, a esfera privada já era responsável majoritária pela oferta de cursos, vagas e concluintes de todas as graduações, com exceção da Medicina, em que a esfera pública predominou até 2004. No conjunto das graduações selecionadas, a taxa de incremento da oferta do setor público, no período 2000-2014, foi de 149%, 180% e 71% para cursos, vagas e concluintes; ao passo que, para o privado, as taxas apresentadas foram de 279%, 496% e 227%.

As maiores taxas de crescimento da oferta de cursos, vagas e concluintes pelo setor privado foram percebidas para a Biomedicina (4.440%; 8.164%; 44.545%) e Enfermagem (554%; 932%; 785%). Em se tratando do setor público, as maiores taxas da oferta de cursos e vagas se apresentaram para a Biomedicina (1.200%;

1.288%) e Saúde Coletiva (1.200%; 1.205%); e, no que tange à oferta de concluintes, as taxas foram maiores para a Biomedicina (1.644%) e Terapia Ocupacional (491%).

Ressalta-se que, no mesmo período, a graduação em Fonoaudiologia apresentou taxas de arrefecimento para a oferta privada de cursos (-11%) e concluintes (-53%); e as graduações em Medicina e Odontologia foram as que apresentaram as menores taxas de crescimento de vagas públicas: 99% e 67% respectivamente.

A distribuição regional por graduação acompanha o panorama do conjunto das graduações, ratificando a concentração da oferta de cursos, vagas e egressos na região Sudeste, e a menor nas regiões Norte (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Psicologia) e Centro-Oeste (Biomedicina,

Fonoaudiologia, Odontologia e Terapia Ocupacional). A ressalva se aplica à Saúde Coletiva, cuja oferta é maior na região Nordeste.

A despeito da concentração de cursos nas regiões Sudeste e Sul, o incremento da oferta dessa variável, no período 2000-2014, foi inferior nessas regiões em todas as graduações (excetuando-se Biomedicina e Educação Física); e superior na região Norte para a maioria das graduações (Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Terapia Ocupacional).

O incremento da oferta de vagas entre as regiões mostra comportamento semelhante: foi inferior nas regiões Sul e Sudeste e sobremaneira superior nas regiões Norte e Nordeste. Em se tratando da taxa de crescimento da oferta de egressos no período em análise, destacam-se a Fonoaudiologia, que apresentou taxas negativas nas regiões Centro-Oeste (-71%), Sudeste (-55%) e Sul (-20%); e a Odontologia, cujo decréscimo se deu na região Sudeste (-3%).

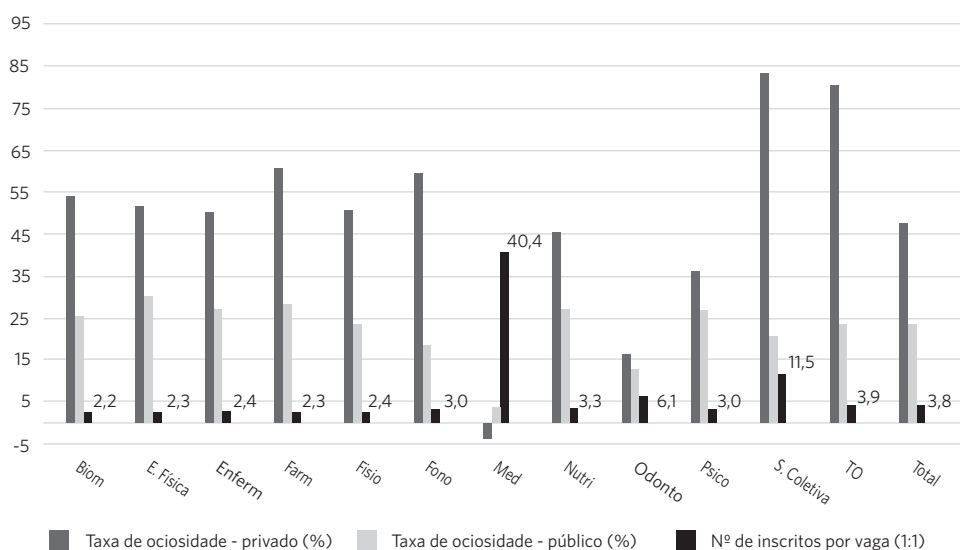
Apesar da ampliação de cursos, vagas e concluintes do conjunto das 12 graduações em saúde analisadas aqui, observa-se: diminuição do número de inscritos por vaga (-35,8%), que

passou de 6, em 2000, para 3,8, em 2014; e, ainda, aumento da taxa de ociosidade de vagas (400%), que passou de 9,8% para 49,1%, indicando menor procura por graduações da área da saúde e oferta de vagas superior à demanda respectivamente.

Entre as graduações, a taxa de incremento da relação inscritos por vaga só foi positiva para a Saúde Coletiva (246%), Terapia Ocupacional (51,7%), Fonoaudiologia (46,3%) e Medicina (23,7%). Em se tratando do percentual de vagas não preenchidas, as maiores taxas de crescimento foram creditadas à Biomedicina (980%), que passou de uma taxa de ociosidade de 4,9% para 52,8%, e Farmácia (914%), que foi de 5,6% para 57%; Medicina e Saúde Coletiva apresentaram taxas negativadas, o que significa dizer que o número de ingressantes, ao longo do período, foi superior ao número das vagas ofertadas.

Em 2014, as maiores taxas de vagas não preenchidas foram percebidas para Nutrição (94,4%), Terapia Ocupacional (67,4%) e Farmácia (57%); e as menores para Odontologia (15,4%) e Psicologia (35,3%) (gráfico 1).

Gráfico 1. Taxa de ociosidade de vagas segundo natureza jurídica e número de inscritos por vaga ofertada, por graduação em saúde. Brasil, 2014



Fonte: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017).

Ressalva-se que esse cenário é, em grande medida, de responsabilidade do setor privado, já que a análise dessas taxas por natureza jurídica indica que, nesse setor, a procura por graduações da saúde caiu 32% entre 2000 e 2014; ao passo que no público, aumentou 8%. No setor privado, o aumento da procura se deu apenas na Odontologia (2%) e na Medicina (18%) que, em 2014, computaram 11,5 e 40,4 de inscritos por vaga ofertada, nesta ordem (*gráfico 1*). No público, por sua vez, destacam-se as graduações que apresentaram taxas de arrefecimento, isto é, houve diminuição da procura: Enfermagem (-9%); Farmácia (-22%), Fisioterapia (-3%), Fonoaudiologia (-18%) e Nutrição (-1%).

Em se tratando da taxa de ociosidade das vagas por natureza jurídica, verifica-se que, no setor privado, ela aumentou 233%, passando de 14,2% para 42,2% de vagas não preenchidas. No setor público, 100% das vagas eram preenchidas até o ano 2008; em 2009, 6,6% ficaram ociosas; e, em 2014, 23,3%, o que correspondente a um aumento de 252% entre 2009 e 2014.

A ociosidade no setor privado em 2014 foi maior para as graduações em Saúde Coletiva (83,4%) e Fonoaudiologia (80,4%) e menor na Odontologia (16%) e Psicologia (36%), além da Medicina, que preencheu 100% das suas vagas; as taxas de incremento (2000-2014), no entanto, indicam maiores percentuais para Biomedicina (673%) e Fisioterapia (668%). No público, as taxas de ociosidade variaram entre 3,6% (Medicina) e 29,9% (Educação Física) com maiores taxas de incremento para a Terapia Ocupacional (768%) e Saúde Coletiva (241%) (*gráfico 1*).

Quanto ao gênero dos egressos da saúde, embora não se tenha percebido aumento na proporção do sexo feminino em relação ao masculino nas últimas décadas, que é de 2,5 mulher para cada homem, alguns cursos apontam para o aumento no peso relativo de mulheres. Na Biomedicina, por exemplo, em 2000, a relação era de 2,1 mulheres para cada homem; em 2014, passou

a 3,9. Esse comportamento foi semelhante para a Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Odontologia.

Por outro lado, os demais cursos apresentaram tendência inversa, demonstrando, ao longo do período, menor participação (embora ainda majoritária) do sexo feminino na composição final de egressos. Para esse cenário, destaca-se a Fonoaudiologia que, em 2000, apresentava proporção de mulheres 44 vezes maior que a de homens, e, em 2014, passou a 12,9. Esses dados indicam que profissões antes eminentemente femininas, como a Enfermagem, começam a apresentar taxas de incremento de egressos homens superiores à de egressos mulheres.

No período analisado, apenas na Educação Física, os egressos homens eram e são maioria. Na Medicina, eles eram em maior número até 2005; em 2006, a proporção se igualou, e, em 2009, a proporção se inverteu. Hoje as mulheres representam 55% dos formandos dessa graduação. Esses dados conjecturam com a predominância feminina na população brasileira, bem como com o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho (IBGE, 2010).

Discussão

A década de 1990 foi marcada por cenários de transformações no Brasil, especialmente em razão da promulgação da Constituição Federal de 1988 que assegura maior efetividade aos direitos fundamentais, como a educação e a saúde, a qual passa a ser dever do Estado mediante implantação de políticas públicas.

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) dá centralidade à questão dos RHCs como fundamental para a sua implementação, com crescimento de postos de trabalhos tanto públicos como privados na área da saúde (DEDECCA; PRONI; MORETO, 2001), ao passo que outros setores viviam um período crítico na dinâmica do mercado de trabalho, sobretudo pela evidente tendência ao

desemprego, à terceirização das ocupações e às transformações do trabalho informal (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Para compreender a configuração do mercado de trabalho em saúde, não basta analisar a oferta de postos de trabalho. Antes, faz-se necessário conhecer a oferta de profissionais preparados que entram no mercado em busca de colocação profissional, uma vez que a qualificação de mão de obra é dependente do acesso dos cidadãos ao sistema educativo.

Dados sobre força de trabalho em saúde com foco em aspectos do sistema educativo podem ser desencadeadores de reflexões sobre os desafios comuns colocados tanto para o setor da educação quanto para a oferta de serviços de saúde. As desigualdades de oferta para a formação superior em saúde constituem-se em problemas que demandam e que devem articular um leque de análises sobre as condições dessa oferta e o mercado de trabalho em saúde.

No Brasil, a expansão acentuada do ensino superior em saúde e as políticas federais de apoio à formação nessa área não têm sido suficientes para a superação dessas desigualdades. Observam-se disparidades tanto quantitativas, exemplificada pela concentração regional de cursos e vagas, quanto qualitativas, que demonstram a propagação desorganizada de cursos em determinadas áreas de formação, especialmente no setor privado, e que se constituem em graves problemas no âmbito do SUS (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, 2006).

No cenário atual do ensino superior no Brasil, deve-se ressaltar a expansão desenfreada das unidades privadas de ensino, a partir da década de 1990, dada a liberalidade de abertura de cursos nas diversas áreas. Como consequência, constata-se desequilíbrio de profissionais no mercado de trabalho, o que gera, por conseguinte, desemprego, desvalorização profissional e salarial, para algumas categorias, e ampla oferta de postos de trabalho, supervalorização profissional e salarial, para outras, caso da Medicina. Não por

acaso, ao longo dos últimos anos, o governo brasileiro tem adotado diversas medidas com o objetivo de enfrentar a escassez de profissionais médicos (BRASIL, 2013).

A tendência de crescimento de número de médicos, ao contrário do que se espera para os outros profissionais de saúde, tende a ser confortante, visto que os graduados em Medicina terão demanda por emprego muito superior à capacidade atual de oferta pelo sistema formador. Por outro lado, o crescimento previsto ainda será inferior ao que se espera, tendo em vista as atuais e futuras demandas oriundas das mudanças demográficas e epidemiológicas (DAL POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013).

Ao se comparar os dados deste estudo com dados de outros países do Mercosul, verifica-se que a distribuição geográfica da oferta de formação e de profissionais de saúde se assemelha ao Brasil: há concentração nas capitais e regiões mais desenvolvidas do Uruguai, Paraguai, Argentina e Venezuela. A predominância do conjunto de cursos da saúde de natureza privada, no entanto, só é verificada no Brasil (MERCER; POZZIO, 2015). Cabe destacar, no entanto, que, na Argentina, já se observa maior número de egressos de Medicina e Enfermagem de cursos privados (ARGENTINA, 2015); e Paraguai e Venezuela têm o setor privado como o principal formador de odontólogos (CARDOSO; MACHADO; VIEIRA, 2013).

No Uruguai, o número de ingressantes e de egressos em Medicina é superior ao número observado para a Enfermagem, de modo que existe, no país, cerca de três médicos para cada enfermeiro. Naquele país, são formados mais psicólogos e médicos e menos dentistas e nutricionistas (NUÑEZ, 2011, 2015). Na Argentina, a Psicologia também é responsável pelo maior número de egressos da saúde, enquanto a Farmácia é responsável pelo menor (ARGENTINA, 2015).

A despeito das diferenças percebidas entre os países, é consensual que as correntes desigualdades de adequação entre a oferta de profissionais e a distribuição de postos de trabalho no setor são devidas, muito em

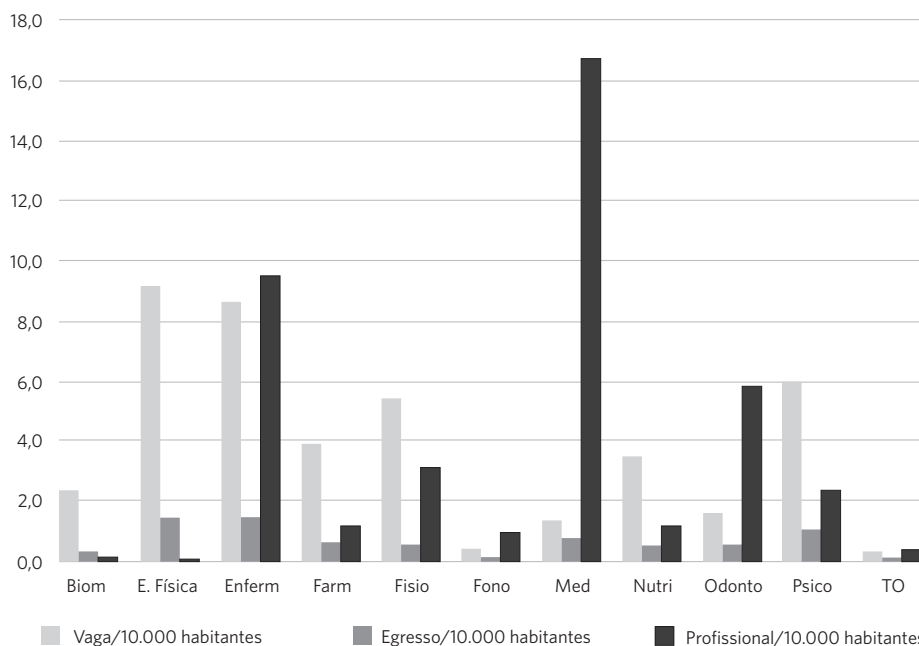
parte, à pouca regulação sobre o sistema formador e à dissociação, que persistiu por muito tempo, entre a oferta de formação e as necessidades de RHS para os sistemas nacionais de saúde (DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013; MERCER; POZZIO, 2015; PIERANTONI ET AL., 2012).

No Uruguai, um dos focos principais tem sido o investimento na formação de enfermeiros e parteiros, já que a proporção desses profissionais no mercado de trabalho, especialmente no sistema público, está muito aquém das necessidades de composição das

equipes de saúde (NUÑEZ, 2011, 2015).

No Brasil, ao se analisar as densidades de vagas e egressos e compará-las à densidade de profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde (CNES, 2014), verifica-se que o profissional mais demandado pelo mercado de trabalho é o médico (16,8 por 10 mil hab.), embora a Medicina seja a graduação que apresenta uma das menores densidades de número de vagas por 10 mil habitantes: 1,3 (gráfico 2).

Gráfico 2. Número de vagas, egressos e profissionais de saúde por 10 mil habitantes segundo graduação em saúde. Brasil, 2014



Fonte: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017; IBGE, 2014).

Resultados de projeção indicam que, apesar de se esperar um crescimento do número de vagas para essa graduação da ordem de 90%, em longo prazo, a oferta de vagas pode não ser suficiente para atender à demanda de formação requerida pelo sistema de saúde, mesmo em um cenário

no qual se considera o aumento de cursos e vagas de Medicina no âmbito do Programa Mais Médicos (GIRARDI ET AL., 2015; PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

De outro lado, tem-se a Educação Física que, embora tenha participação ínfima na composição da força de trabalho empregada

em estabelecimentos de saúde², apresenta a maior densidade de vaga/hab. e de egresso/hab. (*gráfico 2*). Esses dados ratificam a afirmação de que o sistema educativo em saúde se encontra alheio às necessidades do mercado de trabalho do setor.

Sem esgotar as possibilidades de apreciação e crítica dos dados, a partir do exposto, algumas inquietudes se sobressaltam:

(i) incremento de cursos, vagas e concluintes de graduações em saúde, que já têm mercado de trabalho caracterizado por um movimento de assalariamento, não acompanhado do crescimento de postos de trabalho quando relacionados com a oferta desses trabalhadores (CARDOSO; MACHADO; VIEIRA, 2013; DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013; PIERANTONI ET AL., 2012);

(ii) incremento inferior ao esperado para o número de cursos e egressos de Medicina, em que pese a má distribuição de médicos no País; a relação de habitante/médico bem inferior à de países semelhantes e mais desenvolvidos; e estudos de projeção que indicam aumento da distância entre o estoque e o número de médicos desejados para atendimento às demandas demográficas e epidemiológicas (DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013; GIRARDI ET AL., 2015; PIERANTONI; MAGNAGO, 2015; PIERANTONI ET AL., 2012; PÓVOA; ANDRADE, 2006; UFMG, 2012);

(iii) a persistência de concentração da oferta de formação em saúde na região Sudeste, que promove a manutenção das desigualdades regionais e perpetua a má distribuição geográfica de RHS;

(iv) o predomínio incontestável do setor privado na oferta de cursos (77%), vagas (91%) e egressos (77%) em saúde, o que pode incorrer em exclusão do sistema educacional, concentração da oferta em áreas que demandam menor investimento e distorção no preparo de profissionais ao

ênfatar um treinamento que pouco favorece o sistema de saúde;

(v) o incremento exponencial da taxa de ociosidade de vagas, atualmente corresponde a quase 50%, na mesma medida em que cresce a oferta de vagas.

Nessa perspectiva, intervenções do Estado com o objetivo de direcionar a ampliação de cursos e vagas para regiões onde há vazios assistenciais e de formação devem ser promovidas e valorizadas. Como exemplo, o Programa Mais Médicos já proporcionou a abertura de cerca de 9 mil vagas em cursos de medicina federais e privados em todas as regiões do País. Esses dados sugerem maior equilíbrio dessa oferta entre as regiões e entre municípios do interior e as capitais, o que só poderá ser comprovado mediante acesso aos dados posteriores a 2014 (BRASIL, 2017).

Notas finais

Em consonância com outros esforços de caráter regional e global, esta publicação pretende contribuir para a disseminação de informações no campo da formação em saúde e reforçar o papel estratégico da cooperação estabelecida entre os Estados Partes do Mercosul na produção, intercâmbio e utilização de informações e evidências sobre a força de trabalho em saúde de forma conjunta, com a finalidade de fomentar a disseminação de evidências para a formulação de políticas de RHS integradoras e alinhadas às demandas do bloco regional.

Ao se considerar que o aumento de demandas de saúde da população, de um lado, e de iniquidades na oferta e concentração de profissionais de saúde, de outro, continuam desafiando a consolidação do SUS (PIERANTONI ET AL., 2015), recomenda-se o acompanhamento mais próximo de informações educacionais pelos órgãos responsáveis pelas políticas públicas em saúde, em especial os Ministérios

² É preciso considerar que esse profissional atua, em grande medida, em estabelecimentos não arrolados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2014A). Dito isso, caso se considerem os dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) (BRASIL, 2014B), que contabiliza os vínculos ativos em todos os setores, a densidade desses profissionais por 100 mil habitantes seria de cerca de 2,4. Essa medida também pode não representar o contingente total desse profissional, haja vista que há alto percentual de trabalho informal nessa categoria (PRONI, 2010), bem como o fato de que a Rais soma os postos de trabalho, e não o número de profissionais.

da Saúde e Educação, que devem assumir o protagonismo no processo de regulação das profissões em saúde.

Consideradas as propostas de integração regional no que se refere aos RHS, tem-se como maior desafio a necessidade de formulação de políticas voltadas para a harmonização da regulação do trabalho do setor (CARDOSO; MACHADO; VIEIRA, 2013). Nesse sentido, torna-se imperativo ampliar a discussão sobre os escopos de prática profissional e desenvolver estudos que considerem diferentes arranjos de inserção prática mais autônoma de profissionais da saúde não médicos, que podem determinar processos resolutivos das iniquidades na oferta e distribuição de RHS, bem como do acesso da população aos serviços de saúde.

Ademais, há que se arrolar propostas de discussão e de pesquisas que se debruçam sobre os aspectos curriculares da formação, com vistas ao estabelecimento de

reciprocidade de reconhecimento curricular e, particularmente, de mecanismos de habilitação e credenciamento entre os Estados Partes (PRONKO ET AL., 2011), e à superação de modelos de ensino que destoam das propostas nacionais de assistência à saúde.

A despeito dos dados apresentados, cumpre destacar que o Programa Mais Médicos tem potencial para alterar o cenário atual não apenas no contexto da oferta de formação de médicos e de mercado de trabalho no Brasil, mas também no âmbito do Mercosul, tendo em vista a ampliação da oferta de vagas em municípios fronteiriços e os termos de cooperação para contratação de médicos intercambistas. Trata-se de uma oportunidade para ampliar as propostas para outras profissões, visando ao equilíbrio da oferta e demanda, e de estabelecer acordos de adequação curricular e práticas profissionais que potencializem os sistemas de saúde do bloco regional. ■

Referências

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. *La gestión de recursos humanos en salud en Argentina: una estrategia de consensos: 2008-2015*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de Informática do SUS: DATASUS*. 2014a. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Mais hospitais e unidades de saúde: Mais Médicos, Mais Formação*. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos*. 2017. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. Ministério do Trabalho. *Relação Anual de Informações Sociais*. 2014b. Disponível em: <<http://>

www.rais.gov.br/sitio/index.jsf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

CAMPBELL, J. G. *et al.* *A universal truth: no health without a workforce*. Forum Report. Geneva: Global Health Workforce Alliance WHO, 2013.

CARDOSO, A. L.; MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S. Odontologia: a regulação da profissão no âmbito do Mercosul. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, jun. 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 10 jun. 2017.

DAL POZ, M. R.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 187-233.

DEDECCA, C. S.; PRONI, M. W.; MORETO, A. O. trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. São Paulo: Unicamp, 2001. p. 175-216.

GIRARDI, S. N. *et al.* *Estrutura atual e estimativas futuras da força de trabalho em medicina, enfermagem e odontologia no Brasil: 2000 a 2030*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Censo da Educação Superior 2014*. Brasília, DF: INEP, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

_____. *Estimativas da população: 2014*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/default.shtm>>. Acesso em: 24 mar. 2017

_____. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

MERCER, H.; POZZIO, M. *Estudio sobre disponibilidad y distribución de recursos humanos en salud en los Países Partes del Mercosur*. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2015.

MERCHÁN-HAMANN, E.; SHIMIZU, H. E.; BERMÚDEZ, X. P. D. *Perfis descritivos dos sistemas de saúde dos Estados Parte do Mercosul: resumo*. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2013.

NUÑEZ, S. *La formación en el área de la salud de la Universidad de la República*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2011.

_____. *Los desafíos de Toronto: medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud: 2007-2015*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Trabalhando juntos pela saúde*. Brasília, DF: 2007.

PIERANTONI, C. R.; MAGNAGO, C. *Oferta e necessidade de recursos humanos em saúde: República Federativa do Brasil*. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2015. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/29_6_2015_0_Oferta_e_necessidades_de_recursos_humanos.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

PIERANTONI, C. R. *et al.* O mercado educativo em Saúde no estado do Rio de Janeiro: análise da oferta para a formação profissional de nível superior. In: MATHIAS, I.; MONTEIRO, A. (Org.). *Gold book: inovação tecnológica em educação e saúde*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2012. p. 817-830. Disponível em: <<http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/47.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

PIERANTONI, C. R. *et al.* *Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013*. 2015. (Novos Caminhos, 4). Disponível em: <<http://www.resbr.net>>.

br/wp-content/uploads/2015/06/NovosCaminhos4v2.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2016.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/ab52/a91be6a-71249420058abd8082b476dc2d953.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

PRONI, M. W. Universidade, profissão Educação Física e o mercado de trabalho. *Motriz*, Rio Claro, v. 16, n. 3, p. 788-798, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n3/a27v16n3.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

PRONKO, M. et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

SISTEMA DE INDICADORES DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE (SIGRAS). *Gerador de relatório*. 2017. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/sigras/>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

SINDICATO DAS MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR (SEMESP). *Mapa do ensino superior no Brasil*. São Paulo: SEMESP, 2016. Disponível em: <http://convergiacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). *Relatório final*: monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil. Belo Horizonte: UFMG, 2012. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Monitoramento%20da%20demanda%20por%20especialidades%20e%20resid%C3%Aancias%20m%C3%A9dicas%202012.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-544, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a09.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Dinâmica das graduações em saúde no Brasil*: para uma política de recursos humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Matriz Comparativa dos cursos técnicos de enfermagem, análises clínicas e radiologia entre os países do Mercado Comum do Sul (Mercosul) – Argentina-Brasil-Paraguai-Uruguai

Comparative Matrix of nursing technical courses, clinical analyzes, and radiology among the Southern Common Market countries (Mercosur) – Argentina-Brazil-Paraguay-Uruguay

Lanusa Terezinha Gomes Ferreira¹, Denise Brandão Nunes Ribeiro², Márcio Lânio Leal³, Ana Paula de Campos Schiavone⁴, Arthur de Oliveira e Oliveira⁵

¹Enfermeira. Especialista em saúde pública, auditoria em serviços de saúde e educação profissional na área de saúde (enfermagem). Consultora técnica do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
lanusa.ferreira@saude.gov.br

²Advogada. Especialista em direito do trabalho, processo do trabalho e previdência social. Consultora técnica do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
denise.ribeiro@saude.gov.br

³Matemático. Especialista em planejamento e orçamento público. Consultor técnico do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
marcio.leal@saude.gov.br

⁴Teóloga. Especialista em gestão pública. Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
ana.schiavone@saude.gov.br

⁵Internacionalista. Consultor técnico do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
arthur.oliveira@saude.gov.br

RESUMO O artigo abordou o tema relacionado com o quadro comparativo das profissões de saúde, especialmente de três categorias específicas, como as dos técnicos de enfermagem, análises clínicas e radiologia, essas incluídas no Mercado Comum do Sul (Mercosul), dentro do Subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11, sobre a saúde, criado pela Resolução GMC nº 151/96, com o objetivo de enfatizar a importância da uniformização dessas profissões para assegurar a livre circulação dos profissionais entre os países.

PALAVRAS-CHAVE Mercosul. Avaliação comparativa. Pessoal técnico de saúde.

ABSTRACT The article addressed the theme related to the comparative table of the health professions, especially those of three specific categories, such as the nursing technicians, clinical analyzes, and radiology, which are included in the Southern Common Market (Mercosur) within the Working Subgroup (SGT) nº 11 on health, created by Resolution GMC nº 151/96 to emphasize the importance of standardizing these professions to ensure the free movement of professionals between countries.

KEYWORDS Mercosur. Benchmarking. Allied health personnel.

Introdução

Com o escopo de auxiliar nas decisões da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, foi criado o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, vinculado ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), e também a Coordenação-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde (CGNET), tendo essa última a competência de participar de foros internacionais relacionados com a regulação do trabalho em saúde e de organizar as Reuniões do Fórum Permanente Mercosul, nas quais são discutidas pautas a serem encaminhadas ao Subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11 para tomadas de decisões posteriormente formalizadas com a finalidade de regulamentar o trabalho em saúde nos países-membros.

Entre os temas recentemente apresentados, está a Matriz Comparativa, que é um conjunto de atividades que visa à aquisição teórica e/ou prática de conhecimentos, habilidades e atitudes exigidas para o exercício dessas profissões, discutindo alternativas de integração no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul).

Neste trabalho, são apresentadas, para uma melhor compreensão e análise, as diversidades e diferenças nas formações profissionais entre os técnicos, membros dos países do Mercosul, trazendo desafios importantes para a discussão sobre a livre circulação de trabalhadores nos serviços de saúde, visando demonstrar a importância da atuação e uniformização dessas profissões.

Desenvolvimento

O Ministério da Saúde (MS) no Brasil é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos

brasileiros. A sua principal função é dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida aos brasileiros, sempre fazendo alusão aos ditames da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Diante da importância para a melhoria da qualidade dos produtos e serviços da saúde, foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do País.

As considerações sobre a saúde estão cada vez mais presentes não somente no Brasil como também no âmbito do Mercosul e, nesse sentido, necessitam de priorização, sistematização, programação e avaliação adequadas, para que sejam ampliados o espaço de conhecimento, constituindo um dos fatores para a sustentabilidade do processo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

O Mercosul é um bloco econômico criado, em 1991, pelo Tratado de Assunção, cujo objetivo era integrar os países-membros, na época Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, por meio da livre circulação de bens e serviços, do estabelecimento de uma Tarifa Externa Comum, da adoção de uma Política Comercial Comum, além da coordenação de políticas macroeconômicas e da harmonização de legislações nas áreas pertinentes.

Por meio da Portaria nº 929/GM, de 2 de maio de 2006, foi institucionalizado o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, sendo um espaço de diálogo e cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde, sob responsabilidade institucional do Degerts/SGTES/MS.

O Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde visa construir uma posição comum do Brasil, representado pelo MS, no que diz respeito à pauta negociadora da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, consensuada por meio dos debates das instâncias integrantes do Fórum, além de auxiliar na formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde, proporcionando qualidade da atenção à saúde da população.

Grupos de trabalho do Mercosul

Na estrutura do Mercosul, o Grupo Mercado Comum (GMC) é um órgão deliberativo integrado por 4 membros titulares e 4 suplentes por país, possui 14 SGT, com estruturas similares nos Estados Partes, entre os quais o SGT nº 11 'Saúde'.

O SGT 11, sobre a saúde, foi criado, em 1996, pela Resolução GMC nº 151/96, tendo como objetivo geral:

[...] harmonizar legislações e diretrizes, promover a cooperação técnica e coordenar ações entre os Estados Partes referentes à atenção à saúde, bens, serviços, matérias-primas e produtos para a saúde, exercício profissional, vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos injustificáveis ao comércio regional e à atenção integral e de qualidade, contribuindo dessa maneira ao processo de integração. (MERCOSUR/GMC, 1996, p. 1).

Desde a sua constituição, o SGT 11 ficou composto por três comissões de trabalho: a Comissão de Produtos para a Saúde; a Comissão de Vigilância em Saúde e a Comissão de Serviços de Atenção à Saúde. A questão da educação profissional em saúde ficou limitada à Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional,

uma das três subcomissões no âmbito da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, cujos objetivos foram definidos pela Resolução RDC nº 13/2007 (BRASIL, 2007).

No SGT 11, a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional constituiu a instância de negociação das relações coletivas e individuais de trabalho, do 'livre trânsito' de trabalhadores, formação profissional, compatibilização dos currículos de formação, reconhecimento da habilitação profissional (títulos e diplomas), registro profissional, regulação do trabalho e requisitos para o exercício profissional no Mercosul.

Entre os principais itens da agenda de trabalho da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, estão: formular políticas de gestão e educação na saúde; padronizar a legislação do exercício profissional; implementar a Matriz Mínima com vistas ao registro profissional único para o exercício profissional; promover programas conjuntos de treinamento em serviço e fortalecimento das entidades de saúde formadoras de recursos humanos e constituir uma base comum de dados.

Com o intuito de colaborar para a atuação da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT nº 11 'Saúde', foi criado, em 2004, o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.

A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional (SCOEJER) deu início as suas discussões no ano de 2000, quando foi elaborado um acordo para estudo sobre o quadro de formação dos profissionais de todo o bloco Mercosul, além de ter sido acordada a inclusão de 29 especialidades médicas comuns, sendo estas publicadas na Resolução GMC nº 73/2000.

Matriz Comparativa

Em 2010, o SGT 11 iniciou a discussão, pela enfermagem, para a aprovação dos níveis de graduação na Matriz Comparativa da profissão, ocorrendo, no ano seguinte, a elaboração do

projeto de resolução do quadro comparativo, além do avanço com a aprovação da matriz para as profissões técnicas priorizadas.

No ano subsequente, foi definido o projeto de cooperação nas áreas técnicas para análise, sugerindo que esse fosse abordado na Subcomissão devido à complexidade do tema, com prioridade nas áreas técnicas de enfermagem, técnico laboratorial, radiologia e hemoterapia.

Salienta-se que, no ano de 2013, foi aprovada a Matriz Comparativa dos profissionais de enfermagem, iniciando os quadros comparativos das profissões de nível técnico com as seguintes profissões priorizadas: técnico de enfermagem, técnico de análises clínicas e técnico de radiologia.

No ano subsequente, registra-se a construção da proposta da Matriz Comparativa desses profissionais de nível médio, além de ter sido apresentada uma tabela comparativa, com dados referentes aos técnicos de radiologia, para a atualização das suas informações.

Em 2016, foi definida, no Fórum Permanente Mercosul, a formação de grupos de trabalhos específicos para as áreas acima mencionadas, com a intenção de consolidar a Matriz Comparativa de todos os profissionais e posterior aprovação pelo grupo do SGT 11.

A pauta foi retomada em 2017, sendo constituídos três grupos de trabalho, com a finalidade de dar continuidade para a concretização da Matriz Comparativa dos cursos de nível médio.

Na XXXVI Reunião do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, foi apresentada a proposta de quadro descritivo das três profissões acima mencionadas, sendo que a Argentina foi o único país que expôs o quadro descritivo completo.

No Brasil, o ensino médio pode ser realizado em três modalidades que estabelecem formas diferenciadas de relação entre elas: a integrada, a concomitante e a subsequente, sendo que o curso técnico em saúde é ofertado nos moldes de um curso pós-médio (terciário) não se aproximando da formação

oferecida nos demais países do bloco.

Ainda segundo Pronko *et al.* (2011, p. 58):

[...] quando comparamos a carga horária das diversas habilitações técnicas oferecidas nos países do bloco, independentemente do nível de escolaridade ao qual se associam, verificamos que a diversidade é imensa: enquanto no Brasil a carga horária mínima para a formação de um técnico em saúde é de 1.200 horas, sem levar em consideração o estágio obrigatório, nos outros países essa carga horária varia, dependendo do país e da habilitação, de 1.000 até 3.800 horas, incluindo o estágio. Isso nos leva à constatação de que qualquer processo de harmonização de certificações deverá partir da análise específica de cada habilitação técnica, incluindo a consideração não só dos requisitos educacionais formais, mas também, e principalmente, dos desenhos curriculares e das características do próprio processo de trabalho no qual a atividade dos técnicos se desenvolve, com graus de subordinação variável ao profissional de certificação superior.

Dessa forma, a inclusão dos profissionais técnicos em saúde no processo de trabalho é diferenciada de acordo com cada país, no âmbito de cada especialidade, levando em consideração a configuração histórica particular assumida pelas corporações profissionais, bem como a função reguladora exercida sobre as partes do Estado.

Salientam-se, ainda, as multiplicidades de situações entre os países do Mercosul, sendo que o exercício profissional é regulado e regulamentado das mais variadas formas possíveis, incidindo, dessa forma, tanto na formação e na certificação quanto na atuação e graus de subordinação no processo de trabalho.

No Brasil, atualmente alguns cursos técnicos em saúde sofreram alterações, passando do nível técnico médio de formação para o nível tecnológico superior, devido à multiplicação acentuada de cursos privados de formação tecnológica.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional elaboradas pelo Ministério da Educação (MEC), Ramos (2002, p. 144) observa que o “princípio ordenador da educação profissional de nível técnico é o desenvolvimento de competências profissionais para a laborabilidade”, definidas nas diretrizes como a

capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. (RAMOS, 2002, p. 144).

Assim sendo,

[...] o perfil profissional de conclusão nos cursos de habilitação técnica seria a composição entre as competências básicas adquiridas durante a educação básica (ensino fundamental e médio), as competências profissionais gerais, correspondentes às áreas definidas pelo Conselho Nacional de Educação, e as competências profissionais específicas, características de determinada habilitação. (RAMOS, 2002, p. 149-150).

Assim, as escolas de formação de nível técnico devem incluir nos seus planos de

curso, conforme orientação do MEC, os documentos nacionais que norteiam a organização curricular.

Apresentação das Matrizes Comparativas dos cursos de formação técnica

Em abril de 2017, foi realizada, em Buenos Aires, a XXXVI Reunião Ordinária do SGT 11, tendo a presença da Argentina, Brasil e Paraguai, com a ausência do Uruguai, sendo oferecido um estudo sobre a formação de técnico de saúde dos trabalhadores no Mercosul, com o objetivo de identificar e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de formação de trabalhadores técnicos em saúde na Argentina, Paraguai e Uruguai, de forma convergente com dados e análises já produzidas no Brasil.

Na ocasião, foram apresentados dados referentes às Matrizes Comparativas dos cursos técnicos de enfermagem, de análises clínicas e de radiologia, fazendo uma comparação entre dois países do Mercosul: Brasil e Argentina, conforme segue no quadro abaixo. Ressalta-se que os demais – Paraguai e Uruguai – não enviaram ao SGT 11 os dados para análise (*quadros 1, 2 e 3*).

Quadro 1. Matriz Comparativa de formação e exercício de técnicos de enfermagem

Curso de Enfermagem	Argentina	Brasil
Nível de formação	Técnico Superior.	Nível Médio.
Título outorgado	Técnico Superior em Enfermagem, Enfermeiro/a, Enfermeiro Profissional, Enfermeiro Universitário, Enfermeiro Superior não Universitário.	Técnico em Enfermagem.
Denominação da habilitação profissional (matrícula ou registro)	Enfermeiro.	Técnico em Enfermagem.
Instituições formadoras	Escolas Técnicas de Nível Superior (não universitário) Públicas ou Privadas. Universidades Públicas ou Privadas. 252 (Instituições).	Escolas Técnicas do SUS, Institutos Federais, Sistema S (Senai, Senac, Senat, Senar)*, Universidades Públicas e Privadas, Escolas Técnicas Estaduais e Municipais Públicas e Privadas.

Quadro 1. (cont.)

Requisitos de ingresso	Escolas de Ensino Médio -Escolas de Ensino Secundário Polimodal Completo (vigente até 2011).	Ensino Médio Completo ou Concomitante.
Duração do curso (em anos)	3 anos.	2 anos.
Carga horária total	1.900 h.	1.200 horas (mínimo) + 400 horas de prática (a depender do Conselho Estadual de Educação local).
Percentual de carga prática (dentro do total da formação)	50 % da carga horaria total.	Carga horária mínima que represente 20% da carga horária total do curso e ser executado durante os dois últimos períodos do curso (Resolução Cofen nº 441/2013).
Tipo de prática (1)	Profissionalizante (desde o início do complexo de treinamento).	Estágio profissional supervisionado obrigatório e aulas práticas
Quem outorga a habilitação profissional	Ministério da Saúde da Nação. Ministérios Estaduais. Escolas de Enfermagem.	Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).
Descrição de inserção laboral (área ocupacional, em que trabalha)	Hospital Unidades de Atenção Primária Laboratórios	Hospitais. Unidades de pronto atendimento. Unidades básicas de saúde. Clínicas. <i>Home Care</i> . Centros de diagnóstico por imagem e análises clínicas. Consultórios. Ambulatórios. Atendimento pré-hospitalar. Instituições de longa permanência. Organizações Militares.
Trabalha sob a direção de um profissional graduado? Qual? Especifique	Trabalha sob a supervisão de médicos e outros profissionais da saúde.	Trabalha sob supervisão do Enfermeiro(a).

*Senai - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.

Senac - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

Senat - Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte.

Senar - Serviço Nacional de Aprendizagem Rural.

Quadro 2. Matriz Comparativa de formação e exercício de técnicos em análises clínicas

Curso de Análises Clínicas	Argentina	Brasil
Nível de formação	Técnico Superior.	Nível Médio.
Título outorgado	Técnico Superior em Análises Clínicas, Técnico em Laboratório, Técnico Superior em Laboratório, Técnico em Análises Clínicas.	Técnico em Análises Clínicas.
Denominação da habilitação profissional (matrícula ou registro)	Técnico em Laboratório.	Técnico em Análises Clínicas.
Instituições formadoras	Escolas Técnicas de Nível Superior (não universitário) Públicas ou Privadas. Universidades Públicas ou Privadas. 106 (Instituições).	Escolas Técnicas do SUS, Institutos Federais, Sistema S (Senai, Senac, Senat, Senar)*, Universidades Públicas e Privadas, Escolas Técnicas Estaduais e Municipais Públicas e Privadas.
Requisitos de ingresso	Escolas de Ensino Médio - Escolas de Ensino Secundário -Polimodal Completo(Vigente até 2011).	Ensino Médio completo ou concomitante.
Duração do curso (em anos)	3 anos.	1 ano e meio a 2 anos.

Quadro 2. (cont.)

Carga horária total	1.600 h (mínimo).	1.200 horas mínimo (a depender do Conselho Estadual de Educação local).
Percentual de carga prática (dentro do total da formação)	20%.	30%.
Tipo de prática (1)	Profissionalizante (desde o início do complexo de treinamento).	Estágio profissional supervisionado obrigatório.
Quem outorga a habilitação profissional	Ministério da Saúde da Nação. Ministérios Estaduais.	Para o Conselho Federal de Farmácia (CFF), o registro de Análises Clínicas é facultativo.
Descrição de inserção laboral (área ocupacional, em que trabalha)	Hospital Unidades de Atenção Primária Laboratórios	Hospitais. Clínicas. Unidades de Saúde. Laboratórios de Diagnósticos Médicos. Laboratórios de Pesquisa e Ensino Biomédico. Laboratórios de Controle de Qualidade em Saúde.
Trabalha sob a direção de um profissional graduado? Qual? Especifique	Sim. Sim. Sim, e demais empresas e instituições educativas.	Trabalha sob supervisão do Farmacêutico.

*Senai – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.

Senac – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

Senat – Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte.

Senar – Serviço Nacional de Aprendizagem Rural.

Quadro 3. Matriz Comparativa de formação e exercício de técnicos em radiologia

Curso de Radiologia	Argentina	Brasil
Nível de formação	Técnico Superior.	Nível Médio.
Título outorgado	Técnico Radiólogo – Técnico Superior em Radiologia – Técnico em Radiodiagnóstico – Técnico em Radiologia e Terapia Radiante.	Técnico em Radiologia.
Denominação da habilitação profissional (matrícula ou registro)	Técnico Radiólogo.	Técnico em Radiologia.
Instituições formadoras	Escolas Técnicas de Nível Superior (não universitário) Públicas ou Privadas. Universidades Públicas ou Privadas.99 (Instituições).	Escolas Técnicas do SUS, Institutos Federais, Sistema S (Senai, Senac, Senat, Senar)*, Universidades Públicas e Privadas, Escolas Técnicas Estaduais e Municipais Públicas e Privadas.
Requisitos de ingresso	Escolas de Ensino Médio – Escolas de Ensino Secundário Polimodal Completo (Vigente até 2011).	É necessário ter ensino médio completo (não pode ser concomitante, de acordo com a Lei nº 7.394/85).
Duração do curso (em anos)	3 anos.	2 anos.
Carga horária total	1.800 h (mínimo).	1.200 horas + estágio obrigatório de 400 horas.
Percentual de carga prática (dentro do total da formação)	25% mínimo.	Mínima de 400 horas (Resolução Conter nº 10/2011).
Tipo de prática (1)	Profissionalizante (desde o início do complexo de treinamento).	Estágio supervisionado.
Quem outorga a habilitação profissional	Ministério da Saúde da Nação. Ministérios Estaduais. Colégios.	Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia – Conter.

Quadro 3. (cont.)

Descrição de inserção laboral	Hospital	Sim.	Serviços de radiologia e diagnóstico por imagem em hospitais e clínicas.
(área ocupacional, em que trabalha)	Unidades de Atenção Primária	Sim.	Unidades básicas de saúde e clínicas.
	Laboratórios	Sim, e demais empresas relacionadas com a especialidade. Organismos públicos relacionados com o controle e proteção radiológica.	Setor de radiologia industrial, aeroportos, centros de pesquisas técnicas, e outros.
Trabalha sob a direção de um profissional graduado? Qual? Especifique		Trabalha sob a supervisão de médicos e outros profissionais da saúde.	Trabalha sob supervisão de um médico.

*Senai – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.

Senac – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

Senat – Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte.

Senar – Serviço Nacional de Aprendizagem Rural.

Na análise preliminar das Matrizes Comparativas dos cursos técnicos de enfermagem, análises clínicas e radiologia, observam-se diferenças encontradas entre os dois países abordados nos quadros, tais como: em relação ao nível de formação dos profissionais, a nomenclatura dos cursos no Brasil denomina-se ‘técnico’, enquanto na Argentina, ‘técnico superior’, porém ambos com características de nível médio. Essa diferença entre as nomenclaturas é um dos pontos da necessidade de um consenso entre os países-membros do Mercosul para que os respectivos profissionais possam ser reconhecidos no exercício de suas atribuições.

No que diz respeito à carga horária e à duração do curso de formação, no Brasil, ambas são mais reduzidas que na Argentina. Outro aspecto encontrado refere-se à supervisão do profissional do curso técnico de enfermagem, sendo que no Brasil é orientada pelo enfermeiro, enquanto na Argentina, pelo médico.

Em referência à outorga da habilitação profissional nos países do Mercosul, o Brasil é o único em que existe conselho de classe profissional para regular o exercício da profissão, enquanto nos demais são concedidos pelos Ministérios da Saúde da

Nação, Ministérios Estaduais e Escolas de Formação.

Os demais dados expostos, apesar de relevantes, não causam, de imediato, impactos na construção da Matriz Comparativa do exercício profissional entre os países do Mercosul, razão pela qual não foram abordados nesta ocasião.

Salienta-se que, na XXXVI Reunião Ordinária, os Estados Partes comprometeram-se a atualizar e completar as informações nas suas próprias matrizes para a apresentação no próximo encontro do SGT 11, estando a presente Matriz Comparativa em fase de construção para inserção de novos dados.

Nesse seguimento, no Brasil, formaram-se grupos de trabalho específicos para cada curso técnico, contando com a participação dos respectivos conselhos de classe, das associações profissionais, do Departamento de Gestão e Educação da Saúde (Deges/SGTES) e do Degerts, com o intuito de sanar as diferenças encontradas nos países do Mercosul.

O momento é propício à construção de propostas que possibilitem a qualificação e a estruturação de um sistema regulatório único, flexível e com a capacidade de garantir a uniformização desses profissionais

técnicos, de nível médio para promover o aprimoramento dos serviços de saúde.

Considerações finais

A Matriz Comparativa entre os cursos de técnico de enfermagem, de análises clínicas e de radiologia, nos países do Mercosul, terá como meta comparar a formação, o título outorgado, as instituições formadoras no âmbito público e privado, o número

de profissionais, a duração dos cursos, a carga horária efetiva, e o marco legal da habilitação profissional para poder propiciar maiores níveis de igualdade na instrumentalização das estratégias de políticas de saúde e econômicas, objetivando a uniformidade das profissões, assegurando a provisão de serviços de saúde adequados e compatibilizando os processos de desenvolvimento mais benéficos para a transformação do sistema de saúde, tornando-os mais eficientes à população. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução – RDC nº 13, de 28 de fevereiro de 2007. Aprova regulamento técnico para produtos de limpeza e afins, harmonizado no âmbito do Mercosul, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 fev. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/rdc0013_28_02_2007.html>. Acesso em: 12 jul. 2017.

MERCOSUR/GMC. Resolução nº 151/96, de 13 de dezembro de 1996. Dispõe sobre criação do subgrupo de trabalho nº 11 Saúde. *XXIV GMG*, Fortaleza, 13

dez. 1996. Disponível em: <http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96151.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

PRONKO, M. et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1168.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação*. São Paulo: Cortez, 2002.

Experiência em formação virtual para trabalhadores do setor de saúde do Uruguai: em busca da melhoria da qualidade assistencial

Experience in virtual training for workers in the health sector of Uruguay: seeking for an improvement of the quality of care

Gabriela Pradere¹, Sergio Núñez², Diego Langone³, Ana Larrosa⁴, Ana Oviedo⁵, Laura Bianchi⁶

¹ Graduação em economia. Diretora da División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dem-pesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguai. gpradere@msp.gub.uy

² Graduação em sociologia. Diretor do Departamento de Planificación de Recursos Humanos de Salud/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguai. snunez@msp.gub.uy

³ Graduação em ciências políticas. Mestrado em ciências políticas. Membro da equipe técnica do Departamento de Planificación de Recursos Humanos de Salud (Dem-pesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguai. dlangone@msp.gub.uy

⁴ Graduação em serviço social. Membro da equipe técnica do Departamento de Planificación de Recursos Humanos de Salud (Dem-pesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguai. alarrosa@msp.gub.uy

⁵ Graduação em administração e contabilista. Mestrado em gestão de serviços de saúde. Membro da equipe técnica do Departamento de Planificación de Recursos Humanos de Salud (Dem-pesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguai. aoviedo@msp.gub.uy

⁶ Graduação em educação. Assessora pedagógica contratada do Departamento de Planificación de Recursos Humanos de Salud (Dem-pesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguai. lbianchi@msp.gub.uy

RESUMO O presente artigo aborda o processo de desenho, implementação e resultados da experiência de capacitação incluída nos convênios tripartites para o setor de saúde, e associada ao cumprimento das metas assistenciais (nos Acordos Coletivos tripartites referentes à Administração dos Serviços de Saúde do Estado – Asse de 2016; e nos Acordos Coletivos tripartites Grupo 15 ‘Serviços de Saúde e anexos’, subgrupo ‘Saúde Geral’ de 2015). Para a primeira edição de 2016 foi adotada a modalidade de Seminário *on-line*, autogestionado, com a participação de cerca de 59.731 trabalhadores, correspondendo a 3,4% da população economicamente ativa segundo dados do Banco Mundial, publicados em 2016, atribuindo-se, com isso, grande importância a esta experiência. No artigo, descrevem-se o processo de definição do desenho curricular (finalidade, objetivos, resultados esperados e metodologia), a cobertura alcançada e os resultados obtidos, assim como o nível de satisfação de acordo com as duas pesquisas aplicadas no início e no final do curso. Finalmente, são apresentadas as conclusões sobre a experiência.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada. Competência profissional. Exclusão digital. Sistemas de saúde. Tecnologia.

ABSTRACT This article gives an account of the process of design, implementation and results of the training experience included in the tripartite agreements for the health sector, associated to the fulfillment of health care goals (in the tripartite Collective Agreements concerning the Administration of the State Health Services – Asse 2016; and in the tripartite Collective Agreements Group 15 ‘Health Services and Annexes’, subgroup ‘General Health’ of 2015). For the first 2016 edition, the online seminar mode was adopted, self-managed, taking part about 59,731 workers, corresponding to 3.4% of the economically active population according to the World Bank, which gives great importance to this experience. The article describes the process to define the curricular design (purpose, objectives, expected results and methodology), the coverage achieved and the results obtained, as well as the level of satisfaction according to the two surveys applied at the beginning and end of the course. In the end, the conclusions about the experience are presented.

KEYWORDS Continuing education. Professional competence. Digital divide. Health system. Technology.

Introdução

A partir de 2005, no Uruguai, começou-se a desenvolver uma reforma do sistema de saúde, que derivou-se em mudanças institucionais significativas na forma de financiamento e no fortalecimento dos papéis regulatórios e orientadores do Ministério de Saúde Pública (MSP). Entre os principais objetivos da reforma, devem-se destacar a necessidade de garantir o acesso universal, de prover atenção integral em saúde a toda população, de alcançar níveis homogêneos de acessibilidade e qualidade, e de garantir a justiça distributiva no financiamento do gasto em saúde, bem como a sustentabilidade do sistema.

A fim de promover mudanças do modelo de atenção e melhorar os serviços de atenção, promoção, prevenção e reabilitação foi dada prioridade, na Reforma da Saúde do Uruguai, à formação de recursos humanos e à sua relação com o primeiro nível de atendimento.

A composição, distribuição e qualificação do pessoal de saúde determinam em grande medida o desempenho do sistema em seu conjunto grande parte do sucesso ou fracasso das políticas de saúde depende daquelas que se adotem nesta matéria. O acesso aos serviços de saúde é um dos principais determinantes da qualidade de vida da população e incide diretamente os níveis de equidade da sociedade como um todo. Uma disposição e alocação equitativa de pessoal de saúde, que por sua vez contemple as dimensões de formação, mobilidade, capacidades, motivação e empatia para com a atenção à saúde das populações mais negligenciadas, fortalece a coesão social.

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a educação continuada e a promoção profissional são elementos indispensáveis para o desenvolvimento de competências e para melhorar o desempenho do pessoal da saúde. Este tipo de atividade não só permite a atualização e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, mas também oferece a possibilidade de se estabelecerem redes de

trabalhadores e de se reduzir a sensação de isolamento social e profissional (OMS, 2011). Da mesma maneira, as atividades de educação continuada devem estar vinculadas a incentivos de melhoria efetiva das práticas, de modo que não se torne um fator frustrante para os profissionais de saúde envolvidos (OMS, 2008). É importante que se possa ter acesso a programas de educação continuada e de promoção profissional, a partir do local onde se reside e trabalha. O uso de métodos de educação a distância e tecnologias de informação, junto a conteúdos adaptados às necessidades e prioridades específicas dos serviços de saúde envolvidos, é um meio eficaz para a retenção do pessoal de saúde em áreas sub-atendidas (URUGUAY, 2011).

Um bom desenho de programa de educação permanente implica em considerar suas relações com a gestão organizacional para aumentar a eficácia e o impacto das intervenções. A educação permanente, relacionada com o processo de trabalho em saúde, deve ser orientada para incidir diretamente sobre a qualidade dos serviços e, finalmente, sobre a situação de saúde da população. Revista Ibero-Americana de Educação nº 52 (SABÁN, 2010).

As mudanças no trabalho resultantes da reforma da saúde justificam a adoção do enfoque de competências para a capacitação dos trabalhadores do setor. Em vários documentos (OPS, 2008; URUGUAY, 2014; VARGA; IRIGOIN, 2002) se explica a adoção deste enfoque na formação em saúde, por considerar sua definição como um conceito pertinente aos requisitos atuais para a gestão de recursos humanos, na medida em que permite uma boa articulação entre gestão, trabalho e educação.

No desenho de um itinerário formativo para o trabalho, os objetivos da capacitação e do trabalho precisam estar articulados adequadamente e o desenho baseado no enfoque de competências facilita essa articulação. Isso é possível porque os objetivos, as metas de aprendizagem, as capacidades de entrada e o perfil do egresso se vinculam por meio das competências estabelecidas em cada um desses aspectos.

Desenho e implementação da proposta de 2016

Na última roda de negociação coletiva (2015) do subsector privado de saúde, os trabalhadores¹, os empresários e o governo concordaram em promover a capacitação através do pagamento de um incentivo salarial variável. Com isso, os acordos alcançados na negociação, no âmbito público (Asse)², incluíram cláusulas similares, cujos incentivos atingiram quase todo o universo de trabalhadores do setor. Embora diariamente algumas instituições e trabalhadores realizem esforços pessoais e coletivos de capacitação, essa inovação representa uma oportunidade para incorporar aqueles trabalhadores que por diferentes razões não têm acesso à ela. Portanto, esses cursos foram concebidos como uma boa iniciativa para o desenvolvimento de programas de educação continuada no setor.

Além do estabelecimento do incentivo, os acordos do subsector privado incluíram, de um lado, cláusulas pelas quais responsabiliza-se o Poder Executivo pela garantia da implementação dos mesmos e, por outro lado, também previram instâncias de participação tripartite como âmbito decisório de todo o processo. Em função destas competências atribuídas ao Poder Executivo, a equipe de trabalho designada pelo MSP elaborou um documento – aprovado pela Comissão Tripartite – definindo os eixos de capacitação a serem realizados nos próximos três anos. Os mesmos se basearam nos Objetivos Sanitários Nacionais (OSN), para o período 2015-2020³, com a inclusão de três eixos longitudinais⁴ e cinco eixos transversais⁵. Os conteúdos dos eixos longitudinais permitiram estabelecer prioridades temáticas a serem consideradas em diversos cursos e para diferentes perfis de trabalhadores, no aguardo de sua implementação em anos posteriores⁶. Os conteúdos dos eixos transversais abrangeram a capacitação de todos os trabalhadores do setor, no ano de 2016.

O financiamento do Seminário de 2016 foi assumido, em sua totalidade, pelo MSP, com um custo médio de 3 a 4 dólares americanos por participante⁷.

Características gerais do Seminário

Para 2016, desenvolveu-se um Seminário cujo conteúdo tinha como população-alvo todos os trabalhadores atingidos pelos convênios. Isso implicou um desafio significativo, dada a heterogeneidade dos perfis existentes no setor. O Seminário compreendeu a apresentação e explicação dos conhecimentos dos 5 eixos transversais.

Por ser uma proposta única para todos os trabalhadores, o desenho curricular previu incorporar estes conhecimentos, adotando o conceito de capacidades transversais, no que se refere ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes de ‘amplo alcance’ necessários para um desempenho competente e de acordo com o nível exigido no emprego. Tais capacidades se relacionam com distintos tipos de tarefas, que se desenvolvem em diferentes situações, tornando-as amplamente generalizáveis e transferíveis para distintas atividades. Em consonância com esta orientação, se propôs promover as seguintes capacidades transversais nos profissionais de saúde:

- Capacidades no uso e manuseio básico de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) com ênfase na gestão de ferramentas de capacitação a distância.
- Capacidades básicas envolvidas no conjunto dos processos que incidem na qualidade dos serviços de saúde e que favorecem estilos de vida e ambientes saudáveis.

Por ser uma capacitação de pessoal em serviço, o foco dos conteúdos trabalhados se orientou por conhecimentos teóricos e

¹ Trabalhadores médicos e não médicos

² Administração de Serviços de Saúde do Estado.

³ Os OSN constituem a rota geral a ser seguida até 2020 para enfrentar os principais problemas de saúde da população. Esses problemas foram priorizados de acordo com os critérios de magnitude e relevância. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/LIBRILLO%20OBJETIVOS%20NACIONALES%20imprenta.pdf>.

⁴ A saber: 1 - Qualidade na atenção à saúde; 2 - Políticas e estratégias para promoção e acesso à saúde; e 3 - Atenção à saúde no curso da vida.

⁵ A saber: 1- Fundamentos do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS); 2 - Segurança do Paciente; 3 - Bioética; 4 - Uso racional de recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos; e 5 - Cultura de trabalho.

⁶ Em 2017 estão sendo implementados os seguintes cursos: A equipe de trabalho no primeiro nível de atenção à saúde, Gestão Aplicada, Gestão Clínica, Organização do Tempo e Espaço de Trabalho em Saúde, Sistemas de Informação e Uso de Tics em Saúde, Qualidade e Segurança do paciente no SNIS. Cada um desses cursos inclui um módulo transversal comum, relacionado ao trabalho em saúde e com foco na qualidade de vida.

⁷ Para estimar o custo médio por participante, considerou-se o critério das horas de trabalhadores em diferentes setores do MSP mais as contratações que deveriam ser realizadas para a elaboração de materiais e virtualização.

práticos ligados ao desempenho no trabalho. Nesse sentido, o itinerário formativo contou com uma proposta de atividades e recursos vinculados a problemas ou necessidades nas quais essas capacidades tivessem relação com situações concretas de trabalho e tivessem incidência na melhoria dos processos de atenção no setor.

Estrutura do Seminário

O Seminário teve uma modalidade virtual, autogestionada, com uma duração total de 10 horas, das quais 6 eram realizadas durante o horário de trabalho e eram obrigatórias para o trabalhador ter acesso ao incentivo salarial variável, e as 4 horas restantes eram opcionais e ampliação das anteriores.

O Seminário incluiu um módulo de familiarização com o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e da Plataforma Virtual, com 5 unidades temáticas:

- (1) Fundamentos do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS);
- (2) Introdução à Bioética;
- (3) Qualidade e Segurança do Paciente no SNIS;
- (4) Uso racional de recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos; e
- (5) Cultura de Trabalho.

O conteúdo de cada unidade temática se desenvolveu em duas modalidades: aula obrigatória e aula opcional. A soma das horas previstas para as aulas obrigatórias correspondia a 4 das 6 horas totais da capacitação. As 2 horas restantes eram utilizadas para o módulo de familiarização em TIC e com a plataforma Moodle. As aulas opcionais compreendiam um total de 4 horas de curso, sendo desenhadas contemplando-se

a complementariedade e o aprofundamento dos conteúdos da aula obrigatória.

O fato de ser um curso virtual autogestionado tornou necessário facilitar a gestão autônoma do trabalhador, sendo preciso, para isso, que o itinerário formativo fosse claramente explícito para que ele pudesse desenvolver sua capacidade de aprendizagem independente, conhecesse seu próprio processo e fosse fazendo os ajustes que achasse necessários.

Ao adotar o conceito de competência para o desenho de um itinerário formativo, esperava-se evidenciar se uma pessoa seria capaz de desenvolver certas habilidades ou conhecimentos frente a uma atividade, principalmente quando se fundamentasse na superação da divisão entre teoria e prática. Portanto, a ênfase esteve centrada na capacidade de colocar em ação um conjunto de capacidades cognitivas que permitissem ao sujeito alcançar a maior eficácia no enfrentamento de situações concretas. Em outras palavras, com o desenho de um itinerário formativo de integração de conhecimentos de forma contextualizada, foram desenhadas propostas para que o sujeito pudesse verificar como a adoção de certos modelos de ação lhe facilitariam alcançar a resolução de situações. Isso implicou orientar e promover o ensino a partir de capacidades metacognitivas que permitam ao sujeito conceber-se como um agente de iniciativas e autorregulador de seu próprio processo de aprendizagem.

Sendo assim, essa ênfase demandou uma série de definições prévias para a elaboração do itinerário formativo:

- desenho multiplataforma para garantir o acesso a partir de vários dispositivos. Entre outras vantagens, isso possibilitaria o uso dos próprios dispositivos móveis (metodologia BYOD, *'bring your own device'*);
- atividades baseadas na resolução de problemas ou estudo de casos;

- recursos diversos em suportes variados, incluindo, entre outros, vídeos e narrações de histórias atraentes sobre temas de interesse para todos e, sobre os quais, todos poderiam trocar opiniões e ideias;

- desenho de atividades de autoaprendizagem e autoavaliação que acompanhassem o processo de incorporação de conhecimento, principalmente comparando-se experiências próprias com as propostas pelo curso e os resultados percebidos nesse processo *versus* os esperados; e

- uso do pensamento visual mediante o uso de imagens relacionadas por meio de boas infografias, mapas conceituais, desenhos e gráficos dinâmicos.

Isso incluiu:

- confecção de vídeos em consonância com

o trabalho com os referentes;

- relato de casos considerados de acordo com a temática, aplicados na forma de radioteatro, tentando aproximação a uma provável realidade; e

- articulação de todo o Seminário com a introdução e os objetivos relatados pelos atores.

Resultados

A análise dos resultados do Seminário para o subsetor privado surge do processamento de dados coletados, a partir de formulários autoadministrados aplicados ao longo do Seminário. No *quadro 1* sistematizam-se os tipos de instrumentos utilizados no referido processo:

Quadro 1. Método de avaliação do Seminário e questionário de levantamento de dados analisados

Tipo de avaliação	Método de avaliação
Avaliação inicial (demográfica e de expectativas)	Pesquisa Inicial
Avaliação experimental (conhecimentos prévios e corretiva do itinerário)	Grupo piloto
Avaliação para a aprendizagem (seguimento e retroalimentação)	Tarefas de autoaprendizagem (auto-reguladoras)
Avaliação da aprendizagem e retroalimentação	Autoavaliação
Avaliação do Seminário (satisfação)	Pesquisa final

Já para a análise das expectativas, do grau de satisfação, da qualidade dos materiais utilizados, bem como de outros aspectos do Seminário, por parte dos trabalhadores, foram utilizados os dados coletados em duas pesquisas que, no quadro acima, são denominadas de pesquisa inicial de expectativas e pesquisa final de satisfação⁸.

Caracterização por sexo e idade dos participantes

Na medida em que o Seminário atingiu um importante grau de cobertura dos trabalhadores do setor, os dados demográficos estão de acordo com aqueles que geralmente são apresentados nos relatórios do mercado de

⁸ Considerações metodológicas: Em primeiro lugar, é importante enfatizar que a forma como foram implementados os formulários permitiu que as pessoas não respondessem ao mesmo ou que o respondessem mais de uma vez, implicando que o universo de pessoas que responderam fosse menor que a quantidade de pessoas que iniciaram e/ou concluíram o curso e, além disso, que no banco de dados existisse mais de uma resposta por pessoa. Sendo assim, metodologicamente, procedeu-se a eliminação das repetições e trabalhou-se com uma única resposta. Dentro das repetições, houve dois casos diferentes: as pessoas que completaram o formulário mais de uma vez, mas que o fizeram com um grau de completude diferente em cada caso (em um formulário completaram mais perguntas do que no resto) e aqueles que responderam a mesma quantidade de perguntas em todas as repetições. No primeiro caso, selecionou-se o formulário com um número maior de perguntas completas e, no segundo, um formulário de maneira aleatória. Isto é o que determinou as diferenças nos valores da 'Quantidade de formulários' e 'Quantidade de formulários sem repetição'. Finalmente, para definir o universo com o qual trabalhamos, no caso da pesquisa de expectativas, optou-se pelo número de respostas sem repetição e, no caso da pesquisa de satisfação, pelo número de respostas sem repetição daquelas pessoas que, além disso, completaram o formulário de expectativas. Assim, no caso da pesquisa inicial de expectativas, trabalhou-se com 38.333 respostas e, na pesquisa final de satisfação, com 29.794 respostas, representando 81% e 63%, respectivamente, do número total de pessoas que finalizaram o Seminário.

trabalho do setor. A população que respondeu ao formulário da pesquisa inicial está fortemente feminilizada (75% são mulheres) e se concentram nas faixas etárias que variam de 26 a 55 anos (81,7%).

Cobertura do Seminário

Com a caracterização demográfica e

etária, apresentamos na sequência uma sistematização de dados gerais de cobertura, tomando-se como indicador o fato de ter finalizado ou não todas as unidades temáticas do Seminário, incorporando também a esta sistematização os dados dos trabalhadores capacitados por Asse (subsetor público) (*tabela 1*).

Tabela 1. Resumo do processo

Trabalhadores Subsetor Privado				
	Vagas disponíveis	Inscritos	Não finalizaram	Total Finalizaram
Quantidade	55.250	54.115	6.595	47.520
Porcentagem		100,0%	12,2%	87,8%
Trabalhadores Asse				
	Habilitados a realizar o curso	Finalizaram o Seminário por Asse	Finalizaram o Seminário por Setor Privado	Total Finalizaram
Quantidade	21.926	12.211	5.340	17.551
Porcentagem	100,0%	55,7%	24,4%	80,0%
Total de trabalhadores que realizaram o curso por Asse ou Setor Privado				59.731

Fontes: Elaboração própria com base em dados do sistema de inscrições e finalizados Moodle.

Nota: 'Finalizaram o Seminário por Setor Privado' refere-se aos trabalhadores da Asse que realizaram o Seminário no setor privado. Nesses casos se revalidava o Seminário para Asse.

⁹ Cabe esclarecer que ambos os acordos (subsetor privado – subsetor público) tinham tempos diferentes para o seu cumprimento e isso fez com que parte dos trabalhadores da Asse optassem por realizar o Seminário antes que se implementasse a capacitação para o subsetor público (Asse).

¹⁰ A Taxa de Eficiência Interna pode ser entendida como a proporção de estudantes que é titulada em um ano (t) em comparação com novas matrículas no primeiro ano (N). Nesse caso a proporção de graduados surge do número de trabalhadores matriculados no curso e do número de trabalhadores que concluíram e obtiveram o certificado. Por sua vez, a taxa de abandono é o complemento dessa proporção (proporção de trabalhadores que não completaram o Seminário).

Como se mostra na tabela-resumo do processo, as porcentagens de conclusão do Seminário, de acordo com o subsetor são diferentes: 87,8% dos trabalhadores do subsetor privado conseguiram concluir a capacitação, enquanto que para a Asse, esta porcentagem foi reduzida para 80%. Os dados também mostram que uma porcentagem dos trabalhadores da Asse (24,4%) optou por realizar o Seminário na plataforma do subsetor privado⁹. Isto se deve, em primeiro lugar, ao multiemprego existente no setor da saúde e, em segundo lugar, ao fato de que as inscrições ao Seminário não tinham restrições quanto ao local de trabalho, além da quantidade de vagas disponíveis. Ao não se dispor de dados referentes ao

subsetor público Asse, que permitissem realizar um resumo avaliativo de alguns tópicos que configuraram o Seminário, fizeram-se referências somente aos dados do subsetor privado.

Dados de participação, subsetor privado

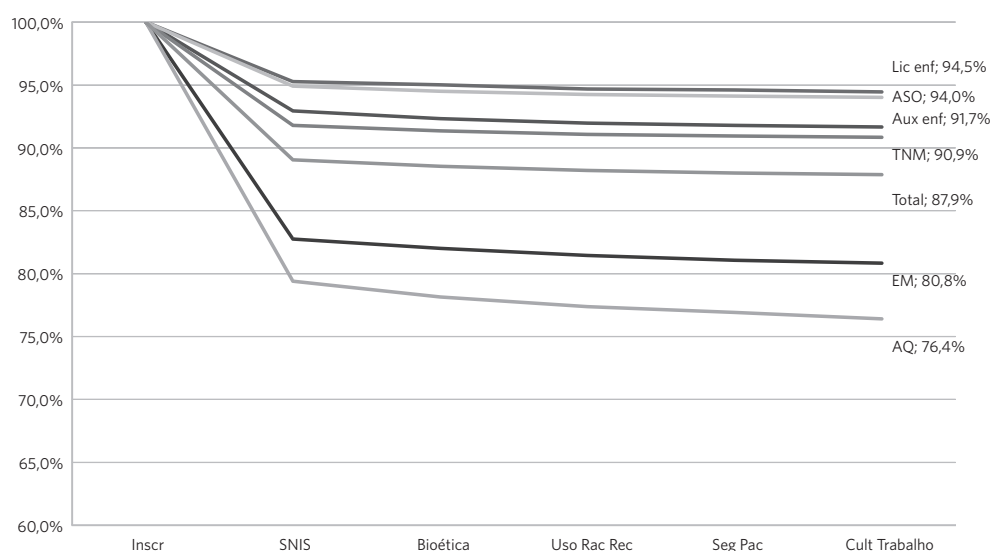
Tal como indicado anteriormente, 87,8% dos inscritos concluíram o Seminário. Em termos de resultado educacional, pode ser interpretado como positivo o nível de conclusão do curso, pois a taxa de eficiência interna¹⁰ – como geralmente se chama esta porcentagem de aprovação – é relativamente alta.

Para alcançar a conclusão do Seminário,

os trabalhadores deveriam completar as 5 unidades temáticas obrigatórias indicadas acima¹¹. Os dados obtidos ao longo do processo permitem realizar uma análise do abandono dos trabalhadores ao longo do Seminário. Este evento pode ser entendido como um

processo de desistências, o que não é outra coisa que a perda de trabalhadores (estudantes) na medida em que avança o processo educativo. O gráfico abaixo mostra as desistências de trabalhadores em nível geral e por categoria laboral, em porcentagens (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Índice de desistência



Fonte: Elaboração própria com base em dados do sistema de inscrições.

Aux. enf. (Auxiliares de Enfermagem) – Enfermeiros (graduados/as em Enfermagem) – ASO (Pessoal administrativo, serviços gerais) – TNM (Técnicos Não-Médicos) – EM (Especialidades Médicas) – AQ (Anestésico Cirúrgicos).

A desistência ou perda de trabalhadores por unidade temática obrigatória foi decrescendo à medida que se avançava na capacitação. A partir desses dados pode-se supor que uma vez que os trabalhadores ingressaram no curso, permaneceram interessados nele, com proporções elevadas que completaram todas as unidades temáticas obrigatórias. Deve-se destacar que a desistência foi mais pronunciada entre o pessoal médico, acentuando-se no caso das especialidades anestésico-cirúrgicas, em que apenas 76,4% dos inscritos concluíram o Seminário.

No *gráfico 1* também se pode observar

a taxa de eficiência interna (percentagem de trabalhadores que conseguiram completar o Seminário) segundo a categoria de trabalhadores e, portanto, a taxa de abandono, uma vez que esta pode ser entendida como o complemento dessa proporção (proporção de trabalhadores que não conseguiram terminar o Seminário). Uma leitura resumida do gráfico permite inferir que os trabalhadores não médicos são maioria (87,9%) no final do Seminário e, conseqüentemente, são também aqueles com menor índice de abandono (que em nenhum dos casos atingiu 10%).

¹¹ (1) Fundamentos do SNIS; (2) Bioética; (3) Uso racional de recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos; (4) Cultura de trabalho; e (5) Segurança do paciente.

Experiência em cursos virtuais

Um fato importante coletado entre os trabalhadores que responderam à pesquisa inicial refere-se à experiência em cursos de modalidade virtual. Em termos gerais, 75,4% dos trabalhadores nunca tinham participado de cursos virtuais e, dos que participaram, a experiência foi diferente de acordo com a categoria de trabalhadores. Os Auxiliares de Enfermagem e os trabalhadores da Administração e Serviços Gerais foram os que indicaram, em maior proporção, não ter experiência em cursos virtuais: 8 de cada 10 desses trabalhadores nunca participaram de cursos de capacitação na modalidade virtual.

Nível de expectativas em relação ao Seminário

Os trabalhadores mostraram ter altas expectativas em relação à capacitação, considerando-se a questão: ‘em uma escala gradual de 1 a 5, onde 1 é o valor mais negativo e 5 o valor mais positivo, qual a sua expectativa em relação a este Seminário?’ Em nível geral, 78% destes Recursos Humanos em Saúde (RHS) se posicionaram nos níveis 4 e 5, embora caiba assinalar que as expectativas sobre o curso foram maiores entre os trabalhadores não médicos em relação aos médicos.

Quanto à percepção de utilidade da capacitação a ser recebida, em relação às tarefas que cada trabalhador desenvolve em seu trabalho, observa-se que, em geral, 77% se posicionam ou pontuam acima de 3, o que significa que essa capacitação seria aproveitável para as atividades que desempenha diariamente em seu âmbito de trabalho.

Tempo utilizado para realizar o Seminário

Na medida em que o Seminário era basicamente autoadministrado e se realizava durante o horário de trabalho, era relevante incorporar,

na avaliação de sua implementação, a adequação do tempo disponível para o desenvolvimento dos conteúdos.

Em proporções quase iguais, os profissionais qualificaram o tempo estipulado de 10 dias consecutivos como suficiente para realizar o Seminário. No geral, mais de 80% indicaram que o tempo era suficiente, e inclusive 10,5% mencionaram que esse tempo foi excessivo.

Em relação ao tempo que os trabalhadores levaram para realizar o Seminário, 65,9% indicaram ter completado a capacitação em um tempo estimado de 1 e 6 horas, enquanto 3 em cada 10 trabalhadores levaram mais de 6 horas. Em média, o tempo dedicado à realização do Seminário foi de 6,6 horas, verificando-se, assim, que a duração estimada do mesmo, em horas, foi adequada.

Níveis de satisfação com o Seminário

Ao medir a satisfação dos trabalhadores com a qualidade dos conteúdos de cada unidade temática em que se estruturou o Seminário, deduz-se que, para todas as unidades, mais de 8 em cada 10 trabalhadores avaliaram a qualidade como superior a 3. Na resposta à questão: ‘em uma escala gradual de 1 a 5, onde 1 é o valor mais negativo e 5 o valor mais positivo, como você avalia a qualidade dos conteúdos de cada unidade temática?’, destacaram-se as unidades temáticas de segurança do paciente e bioética, cujas porcentagens acumuladas de avaliação, entre 4 e 5, foram as mais elevadas. Em geral, as cinco unidades temáticas foram avaliadas com médias acima de 4.

Na tabela seguinte, apresentam-se diferentes dimensões adicionais que permitem medir a satisfação dos trabalhadores com o Seminário. Exceto pela questão relacionada ao módulo de familiarização, todos os itens restantes, mais de 80% dos trabalhadores foram valorizados com uma pontuação entre 4 e 5 (*tabela 2*).

Tabela 2. Dimensões para a análise da satisfação

	1	2	3	4	5	Total	%>3
Indique se o módulo de familiarização lhe resultou aproveitável	1.4%	5.2%	19.4%	37.5%	36.6%	100.0%	74.0%
Como qualificaria os materiais e documentos do Seminário?	0.2%	1.4%	12.5%	39.6%	46.2%	100.0%	85.8%
Os conteúdos podem ser uma contribuição para o seu trabalho?	0.4%	2.5%	14.6%	40.1%	42.4%	100.0%	82.4%
A linguagem utilizada no Seminário resultou acessível?	0.2%	1.1%	9.0%	35.2%	54.6%	100.0%	89.8%
Avaliação geral da metodologia do Seminário	0.4%	2.3%	15.1%	42.7%	39.5%	100.0%	82.2%
Avaliação global do Seminário	0.3%	1.1%	11.4%	45.3%	41.9%	100.0%	87.2%

Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa de satisfação.

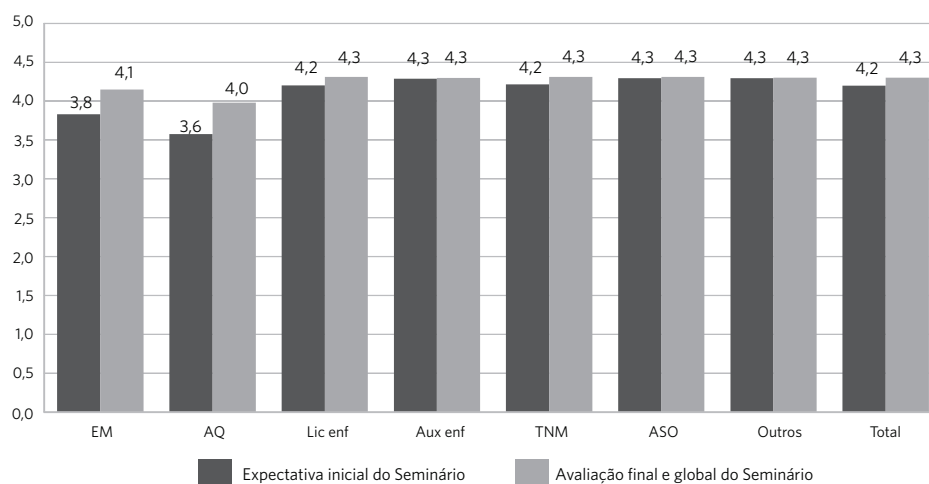
Evolução das avaliações do Seminário

O gráfico abaixo mostra em termos médios as expectativas iniciais expressas por categorias de profissionais e a avaliação final geral do Seminário. Conforme observado, aqueles trabalhadores que expressaram uma baixa expectativa inicial, no final do Seminário mostraram uma mudança de opinião. Mudança essa que pode ser entendida como positiva como

no caso específico de trabalhadores médicos, cuja avaliação final do Seminário foi, em média, melhor do que a avaliação inicial.

Os graduados em enfermagem e os trabalhadores técnicos não médicos também fizeram uma avaliação final superior à inicial. Essas mudanças são refletidas na última coluna do gráfico que mostra uma ligeira melhoria na avaliação média final do Seminário em relação às expectativas iniciais dos trabalhadores (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Expectativas iniciais e satisfação com o Seminário por categoria profissional



Fonte: Elaboração própria com base em dados das pesquisas de expectativas e satisfação.

Aux. enf. (Auxiliares de Enfermagem) - Enfermeiros (graduados/as em Enfermagem) - ASO (Pessoal administrativo, serviços e ofícios) - TNM (Técnicos Não-Médicos) - EM (Especialidades Médicas) - AQ (Anestésicos Cirúrgicos).

Por outro lado, diante da questão: 'Você recomendaria o curso para outros trabalhadores?' Quase todos os trabalhadores (97%) afirmaram que recomendaria. No caso dos trabalhadores médicos, esta percentagem é reduzida para 91% nas especialidades anestésico-cirúrgicas e 94%, nas especialidades médicas.

Conclusões

As transformações globais no mundo do trabalho, assim como os desafios para o setor de saúde, devido às mudanças no sistema, tornam necessário reformular as atuais propostas de formação e capacitação para um desenho baseado em competências. Esses tipos de desenhos visam gerar aprendizagens relacionadas ao desempenho competente, de acordo com os requisitos dos trabalhos setoriais e com a integração dos trabalhadores na sociedade. O fato de o Seminário ter alcançado uma avaliação geral muito alta estaria confirmando a importância de se desenvolverem desenhos curriculares que considerem a relevância dos conteúdos para os requisitos de desempenho; dessa forma, a escolha de uma abordagem baseada no enfoque por competências revelou-se como um acerto.

No mesmo sentido, levando-se em consideração que o desenho foi orientado para o desenvolvimento de competências transversais, um dado importante obtido entre os trabalhadores foi o relacionado à experiência em cursos de modalidade virtual. Quase 8 em cada 10 trabalhadores nunca tinham realizado cursos virtuais. Isso reforça a importância deste Seminário como uma ferramenta de alfabetização digital, gerando um nível de manejo comum de ferramentas virtuais de aprendizagem que melhoram as habilidades de capacitação futura para o conjunto dos trabalhadores da saúde.

A quase universalização da capacitação permitiu uma acumulação relevante de

informações, apresentando-a como uma oportunidade estratégica para analisar e desenhar propostas para atualização dos RHS em todo o Uruguai. As mudanças promovidas e as transformações nas capacidades, exigidas pelo setor, tornam necessário estabelecer um sistema contínuo de formação que, por sua vez, requer sistemas de monitoramento e avaliação sobre a atualização e as novas capacidades requeridas.

Um aspecto observado com insistência nas avaliações de cursos on-line é o desempenho da taxa de abandono que, em geral, é alta. No presente caso, essa taxa atingiu um valor que, em comparação com outras capacitações similares, foi relativamente baixa. De fato, estudos sobre o abandono de cursos a distância, semipresenciais ou não presenciais são muito recentes, por isso existem poucas publicações que possam ser utilizadas como referência para discutir esse aspecto. De qualquer maneira, estão sendo feitas algumas distinções sobre se são cursos *on-line* massivos e abertos, como os Massive Open Online (Mooc), cursos universitários ou pós-universitários ou cursos corporativos. Em princípio, alguns estudos mostram que há uma menor tendência ao abandono nestes últimos, principalmente quando estão associados a cursos que motivam o sentimento de pertencimento a um programa ou instituição, ou quando esse sentimento existe anteriormente porque formam parte de um grupo de referência preexistente. Entre os fatores que se destacam entre os cursos com menores taxas de abandono, podem-se mencionar: uma definição clara do programa, o uso adequado dos materiais didáticos, o uso correto de meios apropriados que facilitem a interatividade entre professores e alunos, entre alunos/alunos, e a capacitação dos professores¹². Nesse sentido, as avaliações dos trabalhadores em relação aos conteúdos, materiais e curso em geral parecem confirmar esta tendência.

Outro aspecto importante do Seminário a ser destacado é o fato de que todos os

¹² Citado no artigo sobre 'Fatores de evasão em EAD no Brasil: o caso da Unisul Virtual'. Dr. Vianney, João e outros de acordo com o estudo de Maia, Marta de Campos. Pesquisa revela um índice de abandono superior à educação a distância.

trabalhadores do setor puderam ter acesso a materiais vinculados ao Sistema Nacional Integrado de Saúde, pelo que se constituiu, não apenas como vantagem, do ponto de vista da formação para o trabalho, dadas as implicações das mudanças impulsionadas pela reforma da saúde, mas na sua qualidade mesmo de usuário do sistema, empoderando-o com a democratização das informações sobre seus direitos.

A capacitação acordada no nível do Conselho de Salários implicou uma série de desafios para todos os atores envolvidos:

Por um lado, o MSP embora tenha assumido a responsabilidade de financiar e implementar o Seminário, a experiência que tinha sobre a matéria não se referia a este tipo de capacitação autoadministrada, com uma cobertura tão importante em termos da quantidade de trabalhadores que alcançou. Nesse sentido, essa experiência significou para a direção, a geração de capacidades próprias tanto do ponto de vista tecnológico – criando um campo de capacitação virtual próprio –, como do conhecimento, ao capacitar seus trabalhadores, integrando pessoal com perfis adequados para a tarefa.

Por outro lado, na medida em que o Seminário teve que ser realizado durante o horário de trabalho e envolvia o conjunto dos trabalhadores, exigiu um importante

esforço de planejamento para construir um cronograma de réplicas (grupos) para dar aos trabalhadores alternativas para selecionar a data mais apropriada. Além disso, do ponto de vista das instituições, exigiu importante esforço de coordenação e organização para evitar problemas nos serviços de assistência, neutralizando-se essa possibilidade, ao mesmo tempo gerando aprendizagens e, em alguns casos, melhorias de infraestrutura para futuras capacitações.

Finalmente, houve também uma série de aspectos que facilitaram a implementação: a experiência prévia e o grau de maturidade do tema capacitação na agenda dos atores envolvidos, concordância entre eles tanto sobre os temas prioritários como da modalidade de implementação, alguns sinais de colaboração recíproca para a execução do acordado, uma visão comum de que a capacitação do trabalho promove efeitos positivos para o cumprimento de objetivos compartilhados.

Em resumo, todos esses aspectos junto com a cobertura alcançada são conclusivos em torno da ideia efetiva de que a iniciativa gerou a possibilidade de reposicionar a educação continuada para o setor como uma modalidade de intervenção com enorme potencial para impulsionar os processos de atenção. ■

Referências

- URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. *Distribución de los RRHH en Salud en el Uruguay*. 2011. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Distribuci%C3%B3n_de_los_RHS_en_el_Uruguay.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.
- . Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. *Proceso para la certificación de competencias laborales*. 2014. Disponível em: <https://www.mtss.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=6444bf4b-c3be-4f6a-820c-b4637a0fd728&groupId=11515>. Acesso em: 2 out. 2017.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Directrices: incentivos para los profesionales de atención de salud*. Prepublicación. Ginebra: OMS, 2008.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Manual de medición y monitoreo: indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud*. Washington, DC: OPS, 2011.
- . *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, DC: OPS, 2008.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Perfil del sistema de salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington, DC: OPS; OMS, 2009.
- SABÁN, C. Educación permanente y aprendizaje permanente: dos modelos teórico-aplicativos diferentes, p. 203-230. *Revista Iberoamericana de Educación*. Arte y Educación, n. 52, 2010. Disponível em: <<http://rieoei.org/rie52.htm>>. Acesso em: 2 out. 2017.
- VARGAS, F.; IRIGOIN, M. *Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones zen el Sector Salud*. Montevideo: Cinterfor, 2002. Disponível em: <http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.
- VIANNEY, J.; LUPION, P.; FALCÃO DE BITTENCOURT, D. Factores de evasión em EAD no Brasil: o caso da UNISULVIRTUAL. In: DESERCIÓN en las instituciones de educación superior a distancia en América Latina y el Caribe. Universidad Abierta para Adultos (UAPA). Santiago: UAPA, 2009, p. 145-166. Disponível em: <[http://virtualeduca.org/documentos/observatorio/oevalc_2009_\(desercion\).pdf](http://virtualeduca.org/documentos/observatorio/oevalc_2009_(desercion).pdf)>. Acesso em: 2 out. 2017.

Formação docente em serviço: uma resposta às necessidades do sistema de saúde

Teacher training in service: a response to the needs of the health system

María del Carmen Cadile¹, Kumiko Eiguchi²

RESUMO O artigo apresenta a experiência argentina no desenho e implantação do Curso Virtual de ‘Formação Docente Tutorial para o Sistema de Residências. Ferramentas e Estratégias Pedagógicas’ realizado em cooperação técnica entre o Ministério da Saúde da Nação e o Campus Virtual de Salud Pública/Organização Pan-Americana da Saúde (CVSP/Opas), e dirigido aos responsáveis pela formação em serviço de especialistas do sistema de saúde. O Curso constitui uma iniciativa estratégica que busca apoiar a melhoria da formação de profissionais nas residências médicas, com enfoque no trabalho e na formação em equipe e no âmbito do desenvolvimento dos serviços de saúde. Nesse sentido, considera-se valioso compartilhar o processo de construção de uma resposta de acordo com as necessidades do sistema nacional de residentes, onde a inclusão no processo de uma variedade de atores representativos da demanda, expertos em educação em serviço, e, uma condução institucional que manteve a iniciativa, produziu um desenvolvimento de qualidade respondendo as necessidades da docência em serviço, recuperando a problemática dessa modalidade e resgatando o potencial que oferece no âmbito do trabalho. O processo educativo e a aplicação das habilidades adquiridas para resolver os problemas no âmbito do trabalho, resultaram altamente valorizados pelos participantes. Tendo presente que os profissionais da saúde, formados nessa modalidade, tendem a reproduzir as práticas dos serviços, o Curso oferece um processo contracultural de aprendizado ativo, reflexivo, situado e permanente, considerando o potencial educativo do contexto das práticas profissionais e do trabalho em equipes de saúde, apostando na sua capacidade de ser agentes de mudanças. Uma vez que ‘desenvolver condições e capacidades dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) para ampliar o acesso e a cobertura, com equidade e qualidade’ é uma das três prioridades da Estratégia de Recursos Humanos para a Saúde Universal, aprovada recentemente na XXIX Conferência Sanitária Pan-Americana da Opas, esperamos que esta experiência seja uma contribuição ao desafio dos países da região em cumprir com este objetivo.

PALAVRAS-CHAVE Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Internato e residência. Educação a distância.

ABSTRACT The article presents the Argentine experience in the formatting and implementation of the Virtual Course of ‘Teacher Training Tutorial for the Residency System. Pedagogical Tools and Strategies’ carried out in technical cooperation between the Ministry of Health of the Nation and the Campus Virtual de Salud Pública/Pan American Health Organization (CVSP/Paho) and directed to the responsible for in-service training of specialists in the health system. The course is a strategic initiative that seeks to support the improvement of the training of professionals in

¹Psicóloga. Mestra em saúde pública. Cordenadora técnica do Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud da Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización do Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) – Buenos Aires, Argentina. marita.cadile@gmail.com

²Médica. Doutora em medicina. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización da Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos do Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) – Buenos Aires, Argentina. drakumiko@gmail.com

medical residences, with a focus on work and training in team and within the framework of the development of health services. In this sense, it considers valuable to share the process of building a response that is in accordance with the needs of the national resident system, where the inclusion of a variety of actors representing the demand, experts in service education and institutional leadership sustained the initiative, produced a quality development in response to the needs of teaching in service, recovering the problem of this modality and rescuing the potential offered by the field of work. The educational process and the application of the acquired skills to solve the problems in the work environment were highly valued by the participants. Bearing in mind that health professionals trained in this modality tend to reproduce the practices of services, the course offers a countercultural process of active, reflexive, situated and permanent learning, considering the educational potential of the context of professional practices and of work in health teams, betting on their ability to be agents of change. Since 'developing Human Resources in Health (HRH) conditions and capacities to expand access and coverage, with equity and quality' is one of the three priorities of the Human Resources Strategy for Universal Health, recently approved at the 29th Pan American Sanitary Conference of the Paho, we hope that this experience will contribute to the challenge for the countries of the region to meet this objective.

KEYWORDS *Health Human Resource training. Internship and residency. Educacion, distance.*

Introdução

Na Argentina, a residência é a modalidade mais escolhida no setor de saúde para ter acesso à especialização. De acordo com o registro de profissionais do Ministério da Saúde da Nação (MSAL), de 2.440 médicos que certificaram a sua especialização, entre 2009 e 2013, 60% o fizeram a partir da realização de uma residência (ARGENTINA, 2015).

A residência configura um modelo particular para a formação de especialistas em pós-graduação, que se distingue pela possibilidade de uma prática intensiva e uma imersão nos serviços de saúde. O residente tem dupla oportunidade de aprendizagem: aprofundar em uma área de conhecimento e aprender a desenvolver o trabalho real (ARGENTINA, 2015).

Com uma trajetória de mais de 70 anos no País, este regime remunerado, de tempo

integral, com dedicação exclusiva e de aprendizagem mediante a prática pessoal, sob a supervisão de atividades profissionais de complexidade e responsabilidade crescentes, é reconhecido pelos profissionais como 'o melhor sistema de formação de pós-graduação'.

No País, a maior parte desta formação é financiada pelos ministérios de saúde das províncias e da nação, pelas forças armadas e de seguridade e por algumas universidades nacionais. O restante da formação se realiza no sistema universitário ou no setor privado sob a modalidade de carreiras universitárias.

Sendo assim, a responsabilidade do Ministério da Saúde sobre este sistema de formação configura um desafio em que a governança e a direção se orientam para dar coerência a um sistema por meio de regulação, de orientação da formação *on-line* com as necessidades sanitárias e criação de

critérios para avaliar a qualidade da formação e a acreditação dos processos de formação, respeitando as autonomias locais. Nesse sentido, a criação do Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) (ARGENTINA, 2013) tem representado um importante avanço no assunto.

Entre as políticas geradas para melhorar a qualidade da formação de especialistas vem sendo desenvolvida uma proposta educativa liderada pela Dirección Nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional do MSAL, em cooperação com o Nodo Argentino do Campus Virtual de Saúde Pública/Organização Pan-Americana da Saúde (CVSP/Opas) e o Projeto de Recursos Humanos para a Saúde da Área de Serviços de Saúde da sede Washington (WDC).

A primeira edição começou em 2013 na área de Educação Permanente em Saúde do Observatório Federal de Recursos Humanos em Saúde (OFERHUS)¹. O Curso Virtual de 'Formação Docente Tutorial para o Sistema de Residência. Ferramentas e Estratégias Pedagógicas' foi desenhado conforme as necessidades de formação de especialistas, integrando formação profissional e trabalho, modalidade não contemplada nas carreiras docentes universitárias, cujo objetivo se alinha com as concepções da docência na graduação.

A adequação entre a formação e o planejamento de estratégias que respondam aos problemas de saúde é um processo complexo, que implica o cruzamento entre o conhecimento, os sujeitos e as práticas educativas. Por este motivo, atender às novas demandas de formação e de capacitação em saúde, tendo em vista as mudanças nas organizações de trabalho, exige pensar em conteúdos e em perfis educacionais inovadores. Isto inclui uma reflexão e uma avaliação sistemática para definir competências adequadas à prática.

Atualmente, a proposta conta com quatro edições nacionais e várias adequações para as diferentes jurisdições e países da região, cada chamada conta com um importante número de participantes e sendo premiada com a 'Menção Honorífica no Congresso Latino-americano de

Educação de Residentes' (Lacre) de 2015, destacando-se sua condição de oferta de capacitação aberta e gratuita e como recurso público aplicado à formação.

É nossa intenção compartilhar a experiência desses anos como contribuição ao fortalecimento da qualidade da formação de especialistas no País, tendo em vista que o tema da formação de recursos humanos em saúde faz parte do debate atual das agendas dos países da região.

Trabalho prévio: avaliação diagnóstica das necessidades

O desafio que implicava levar adiante esta iniciativa, pressupunha capacitar as equipes nas 24 jurisdições do País, requerendo-se, para isso, uma ferramenta que permitisse oferecer com equidade o acesso aos responsáveis pela formação em serviço.

Em função dessa necessidade, decidiu-se impulsionar uma linha de cooperação técnica com o Campus Virtual da Opas/Organização Mundial da Saúde (OMS), que permitia integrar a formação dos recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional, rompendo dessa forma, tal como propõe Almeida (2010), com 'o paradigma tradicional de cooperação pensada como uma transferência unidirecional e passiva de conhecimentos e tecnologias'.

Considerando que formar perfis profissionais adequados às necessidades sanitárias locais e de acordo com as políticas sanitárias implica sempre um esforço para o setor de saúde que, ainda com sua trajetória, não tem a educação como sua responsabilidade primária.

O planejamento da proposta levou em consideração as condições iniciais em termos de recursos físicos, materiais, massa crítica e financiamento disponíveis e requeridos para que o projeto fosse sustentável. Também foram analisadas as necessidades de formação profissional

¹ OFERHUS foi criado como área dependente da Subsecretaria de Políticas, Regulação e Fiscalização. Resolução nº 1.775-E/2016. Disponível em: <<http://www.msal.gob.ar/observatorio/index.php/institucional/observatorio-oferhus/que-es>>

e as apresentadas pelo mercado de trabalho; a definição do perfil dos destinatários de acordo com os objetivos do Sistema Nacional de Residências do Ministério da Saúde da Nação; o desenho das formas de participação nas diferentes instâncias: da criação da proposta e desenvolvimento, da gestão da formação por parte dos atores relevantes e das jurisdições, e a formulação de um sistema de avaliação periódica dos resultados do programa.

Entre as atividades que precederam o início do Curso podemos destacar uma oficina realizada pela equipe responsável pelo desenho no âmbito de uma reunião nacional com expertos em recursos humanos e capacitação de todas as jurisdições do País e instituições nacionais. Esses atores, representativos da diversidade dos programas de residências do País, revelaram necessidades, interesses, expectativas e problemáticas sobre as quais seria necessário intervir.

Esta atividade abriu um espaço para a troca e o debate sobre as diretrizes gerais elaboradas pela equipe responsável do projeto e, além disso, sobre a relevância dos problemas mais comuns que o tutor de residência enfrenta no desenvolvimento efetivo do seu papel. Foram identificadas áreas de interesse e núcleos problemáticos dessa modalidade e necessidades ligadas ao conhecimento, ao uso de diversas estratégias e às ferramentas pedagógicas.

Os integrantes da oficina realizaram o trabalho em grupos, com *slogans* referentes às diferentes etapas do projeto. Este grupo foi reconhecido como parte do processo e continuou como grupo consultor acompanhando a dinâmica de construção.

A seguir, sintetizamos as conclusões:

Sobre a formação em geral:

- A necessidade de integração dos sistemas nacionais de capacitação para articular as prioridades e evitar a superposição de objetivos;
- A prioridade de gerar uma agenda única de capacitações;

- A importância da elaboração do desenho de políticas de capacitação como um alinhamento político;

- O abordar a superposição entre o nacional e o local;

- A relevância de articular com o setor da educação para alinhar os objetivos da formação de pós-graduação em saúde.

Sobre a gestão do Curso:

- A consideração e prevenção da disposição e organização do tempo dos destinatários (profissionais em serviços com muita carga de trabalho assistencial);

- A avaliação dos recursos tecnológicos;

- A definição dos critérios para o processo de seleção dos destinatários;

- A associação entre a gestão política local e a gestão operativa do Curso para a seleção e o seguimento;

- A distribuição das vagas: realizando uma adequação entre a quantidade de residências de cada jurisdição para definir as vagas;

- A realização de acordos para que se destine um tempo para as atividades, dado que, 'são pessoas que trabalham de maneira integral e, talvez, não tenham tempo para fazer as atividades do Curso nos seus empregos'.

Sobre o desenho e a formulação de 'casos problemas':

Sugeriu-se a realização de uma consulta geral aos chefes dos residentes e instrutores para conhecer os problemas concretos e reais, com os que se enfrentam todos os dias. O grupo enumerou os problemas mais frequentes ou típicos:

- Os residentes não conhecem o programa;

- Não conhecem a estrutura docente;
- Estão sozinhos no hospital durante o plantão;
- Não têm tutores com os quais referenciem-se;
- Sofrem maus tratos;
- Plantões como castigo ‘sobrevivência do mais apto’;
- O rigor como forma de aprender.

Também foi mencionada a naturalização desses processos que ocorre quando o residente, estando no terceiro ano, considera essas questões ‘normais’, além disso, e, em consequência, a reprodução das experiências que eles viveram na sua residência no momento de serem instrutores.

Sobre estratégias pedagógicas:

‘A maioria dos instrutores não tem formação docente e utilizam as estratégias que historicamente são usadas no serviço’. Em função desse problema, propõe-se que o Curso ofereça uma ampla gama de estratégias e a orientação conceitual sobre a pertinência de aplicá-las no campo da residência.

A necessidade de uma reflexão sobre os processos e práticas que se realizam diariamente, apontando a importância de ferramentas tais como as dinâmicas grupais e a utilização de outros recursos não habituais como, por exemplo, vídeos, filmes e bibliografia não médica.

A indicação mais assinalada foi a da necessidade de avaliação. Assim como nas estratégias pedagógicas, o grupo concorda que seria importante que fosse oferecida uma variedade de instrumentos (técnicas) e estratégias, já que ‘a técnica mais utilizada é a avaliação por múltipla escolha (*multiple choice*), não existindo outras opções’. Os instrutores deveriam conhecer as vantagens, desvantagens e ‘em que ocasião seria pertinente utilizá-las’.

De maneira complementar considerou-se importante que na avaliação fossem observadas atitudes, processos, teorias e práticas.

E a necessidade de sistematizar a avaliação diária realizada por parte do residente: ‘Habitualmente se registram as condutas quando se quer tirar um residente do serviço, mas não é uma prática habitual escrever o desempenho dos mesmos’.

Finalmente, coincidiram que ‘a concepção de avaliação está relacionada com o final de um processo’.

A oficina permitiu definir os objetivos nos quais se focalizaria a proposta: Compreender a formação profissional como um processo de aprendizagem ativo, reflexivo, situado e permanente, considerando o potencial educativo do contexto das práticas profissionais e o trabalho em equipes de saúde; construir a função do docente de residências, integrando a problematização das práticas, a assistência, os desafios éticos e a investigação; conhecer estratégias e dispositivos pedagógicos chave para o fortalecimento dos processos de formação em residências; desenvolver capacidades para a programação, o desenvolvimento, o seguimento e a avaliação da formação.

Oficina de validação de expertos

Uma vez consolidada a proposta, foi submetida à consideração numa oficina realizada na Representação Argentina da Opas/OMS, com a presença da Assessora de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Projeto de Recursos Humanos para a Saúde do Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, Opas WDC, da equipe pedagógica responsável pelo desenho e dos funcionários do Ministério que impulsionavam a iniciativa².

Após a revisão da estrutura, recursos e conteúdos o grupo concordou que era uma proposta muito relevante, pertinente e necessária, tanto para o País quanto para a

² Dra. Rosa María Borrell Bentz (Opas), Dra. María Cristina Davini, Lic Gabriel Listovsky, Dra. Isabel Duré e Mg. Marita Cadile.

região. E visando a otimização da proposta foram feitas sugestões e recomendações:

Assim, a importância de dedicar no primeiro módulo um espaço centrado na contextualização das residências.

Se bem os aspetos especificamente pedagógicos são fundamentais neste Curso não é possível deixar de oferecer aos participantes a possibilidade de contextualizar a sua realidade. O que acontece com as residências nas regiões e no País? O que acontece com os sistemas de saúde? Que lugar ocupa no mercado de trabalho? Que relação há entre as orientações dos sistemas de saúde e a formação? Etc. (Testemunho de um participante).

Igualmente, a busca de estratégias que possibilitem ao participante vincular a sua realidade com o que está acontecendo no contexto nacional, regional e internacional (os sistemas de saúde e a sua vinculação com a formação de residentes).

E a sugestão, na dimensão institucional, de um foco no processo de formação, porém, sem perder de vista o contexto que o favorece ou obstaculiza, debatendo-se sobre a capacidade formadora dos serviços e sobre as condições que deveriam ter para ser sede da residência.

Com relação ao tema das 'estratégias' realizou-se uma reflexão sobre a tensão entre trabalhar com Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a perspectiva de problematização das práticas. A sugestão foi que a estratégia ABP está mais ligada à aprendizagem na graduação, enquanto que na residência deveria ser possível explorar mais a perspectiva de problematização das práticas cotidianas e a análise de casos reais e concretos ligados à atividade diária da residência. Nesse sentido, seria valioso fortalecer a análise das práticas didáticas, as discussões bibliográficas, passagem de plantão, em outras palavras, de como fortalecer e valorizar a partir da perspectiva formativo-pedagógica, dispositivos tradicionais da residência.

Por último, um tema destacado foi a definição do perfil dos tutores, sendo necessário contar com profissionais que, além da sua disciplina de origem, tivessem uma ampla experiência no sistema de residências (docência, coordenação, gestão, formação etc.).

O desenho e a implantação

A escolha de um enfoque educativo determina a congruência entre os propósitos e os problemas ou necessidades das práticas entre esses e o perfil dos participantes. Nesse sentido, a decisão de utilizar o CVSP Opas/OMS baseou-se em que "a intenção educativa leva a apoiar a transformação das práticas sanitárias e não a um mero exercício acadêmico ou técnico" (OPS, 2013, p. 10).

Na mesma direção, o modelo propicia que os participantes possam tomar decisões e formular projetos e alternativas de intervenção, potencialmente utilizáveis em contextos locais de trabalho. Para isso, é importante favorecer o desenvolvimento de atividades de leituras reflexivas; de análises de situações, experiências e casos; solução de problemas e problematização de práticas complexas e motivando também que a aprendizagem em rede veicule esta transformação e impulse a formação de comunidades de práticas.

Definição de objetivos no âmbito do modelo educativo

De acordo com o diagnóstico de expectativas e consultas com expertos estabeleceu-se que o objetivo geral do Curso fosse 'oferecer formação pedagógica, de programação e gestão das residências em serviço, com o apoio das tecnologias de informação, comunicação e aprendizagem'. Dessa maneira, buscava-se superar a visão tradicional que atribui a função de docente, exclusivamente, para

aqueles que ensinam no âmbito de uma sala, reconhecendo o potencial educativo dos contextos de práticas e o papel de formador para aqueles que orientam, organizam e acompanham os residentes nos serviços de saúde, com diferentes níveis de responsabilidade.

Com base nessa referência se entende a formação como um processo de longo alcance, que acontece na resolução dos problemas que evidenciam as práticas cotidianas nos serviços de saúde, ressaltando que no âmbito dos serviços, na interação com a equipe de saúde, não só se aprende conhecimentos e práticas, também se constroem as bases do comportamento profissional, com efeitos duradouros.

O enfoque conceitual procurou articular três instâncias na dinâmica do Curso: a reflexão ativa sobre as práticas, a transmissão do conhecimento especializado e, por último, a reconstrução ativa do conhecimento.

Nesse contexto foram formuladas atividades para propiciar a reflexão ativa sobre as práticas, por meio da indagação, observação de casos e situações, a análises de dados do serviço e a busca de relações. Isso para que o participante pudesse colocar em prática e reelaborasse seus próprios conhecimentos, conseguindo refletir criticamente sobre sua tarefa.

Como nem todo conhecimento se constrói, foram pensadas etapas de transmissão de informação: caixas de ferramentas com bibliografia, referenciais normativos da especialidade, regulamentos e regulações das práticas, vídeos com exposições referentes ao tema, discussão de investigações e sítios *web* relacionados à problemática.

Por último, as atividades se orientaram à reconstrução ativa do conhecimento: partindo das fases do processo anterior foi proposto aos participantes que construam atividades para formular melhorias das práticas do seu espaço de trabalho; por exemplo, retrabalhar seus próprios programas, ajustados à realidade cotidiana.

O desenho do programa do Curso,

finalmente, ficou constituído de quatro módulos, com guias e bibliografia selecionada e estratégias com a função de reforçar a aprendizagem ativa, colaborativa e grupal dos participantes, sempre guiados por tutores. A seguir são sintetizadas as etapas e os objetivos:

Módulo 1: As residências como ambiente de formação onde se trabalha: a potencialidade educativa dos contextos das práticas; as residências na formação em saúde; a aprendizagem como processo de construção ativa e colaborativa; as funções docentes formadores: professores, instrutores e tutores; o conceito de educação permanente em serviço.

Módulo 2: Estratégias pedagógicas para as residências da equipe de saúde: neste módulo se realiza uma problematização das práticas, reflexiona-se sobre a formação do trabalho em equipe, propõe-se o docente como orientador da aprendizagem individual e grupal, e, as tutorias como modalidade docente que acompanha o residente no seu espaço de trabalho.

Módulo 3: A programação e gestão de um projeto educativo nas residências: nesta etapa do Curso é trabalhada a programação como dispositivo organizador dos propósitos e processos de formação; realizam-se atividades orientadas a pensar a articulação e integração de instâncias de formação: os espaços de práticas profissionais, seminários, ateneus, debates e conferências, e, finalmente, introduz-se o conceito de gestão para visibilizá-la no processo de formação.

Módulo 4: O seguimento e a avaliação: avaliação da aprendizagem profissional, diferentes conceitos de avaliação, formativa e somativa, aproximando as estratégias e instrumentos de avaliação para os jovens profissionais. O objetivo é entender a avaliação como instrumento de melhoria do programa.

Atividade final de integração: os participantes compartilham seu aprendizado e propostas num portfólio, com o fim de sistematizar a experiência e levá-la aos seus contextos de atuação e nos níveis de responsabilidade.

Equipe docente

A equipe selecionada contou com 12 profissionais de saúde e pedagogos com experiência docente, com reconhecida formação no campo da educação virtual, e, antecedentes de gestão ou docência em serviço. Da mesma forma, os responsáveis pelo desenho formaram parte de uma equipe de coordenação acadêmica e operativa.

O equilíbrio desta equipe interdisciplinar se deu, em grande medida, de que na seleção se levou em consideração a dimensão federal, em consequência, a metade da equipe esteve constituída de profissionais de diferentes regiões do País.

A equipe participou de uma oficina de capacitação, onde foram trabalhados os objetivos de cada módulo, a modalidade da tutoria, a importância da modelagem através do papel que exerceriam durante o Curso, os critérios de seguimento e a avaliação. O papel docente orientou-se em produzir ‘conhecimento significativo’ (DAVINI; ROSCHK, 1994), importante mencionar, que o conhecimento recebido ou construído tenha valor para a ação, para a transferência para práticas laborais/profissionais e para a melhoria dos serviços de saúde.

Gestão da proposta

A implantação do Curso requereu um trabalho de programação que incluiu diversas etapas, entre elas destacamos a organização da divulgação da proposta, os acordos com os representantes locais para a realização da seleção dos participantes em torno as suas equipes de residência, a convocatória e a inscrição dos participantes.

Estabeleceu-se uma quantidade de seis vagas por jurisdição, orientando que selecionassem pequenas equipes de cada residência. Isto gerou equipes multidisciplinares com profissionais dos diferentes grupos de saúde.

No âmbito da cooperação e entendendo que o Curso respondia a uma necessidade de toda a região, a Opas/OMS solicitou vagas

para incorporar participantes de outros países. Aprovada esta solicitação pelo Ministério, a equipe responsável da gestão operativa articulou com as representações locais da Opas/OMS a inscrição de participantes de diferentes países das regiões da América Central, Andina e do Cone Sul.

Avaliação dos participantes e certificações

A proposta incluiu três instâncias de avaliação para os participantes: uma pesquisa inicial sobre as expectativas, uma autoavaliação do processo dando uma média ao Curso, e uma pesquisa final.

Com a finalidade de reconhecimento da proposta, apresentou-se o programa do Curso, para avaliação do Instituto Nacional de Administração Pública (Inap)³, que o aprovou e outorgou 128 créditos para as carreiras⁴ dos profissionais que trabalham no setor.

Por sua vez, cada edição envia um informe do desenvolvimento e dos resultados ao CVSP/Opas. A certificação da atividade aos participantes é conjunta entre o MSAL e a Opas, Representação Argentina.

Edições do Curso de formação docente tutorial: alguns dados relevantes

A primeira edição do Curso foi realizada em 2013, sobre a plataforma do Campus Virtual Opas/OMS Nodo Argentino. Nas edições sucessivas, a resposta à convocatória tenderá a manter-se e incrementar-se em várias jurisdições. Na terceira edição foi realizado um convênio, com uma província, para financiar um tutor docente, para permitir a inclusão de vinte vagas do seu território.

No âmbito da cooperação com Opas/OMS nas três primeiras edições cursaram 30 participantes de diferentes países da região.

³ O Inap é o órgão responsável pela capacitação do Estado e tem entre suas competências intervir no reconhecimento da formação na carreira dos servidores públicos. Para isto avalia a contribuição que realizam as atividades formativas no desempenho laboral dos agentes, traduzindo em créditos de capacitação que refletem o esforço realizado.

⁴ Os créditos de treinamento são organizados em seções de treinamento e permitem a promoção nas carreiras dos agentes.

Tabela 1. Formação docente tutorial para o sistema de residências: estratégias e ferramentas pedagógicas

	2013	2014	2015	2017	Total
Inscritos	173	170	228	174	745
Matriculados	144	160	218	161	683
Aprovados	120	108	143	Curso em andamento	371*

Fonte: Elaboração própria.

* Não foram contabilizados os participantes aprovados na edição de 2017, pois encontra-se em andamento.

A seguir, distribuição das vagas nas edições nacionais realizadas:

Tabela 2. N°de participantes por jurisdição: Inscritos, Matriculados e Aprovados 2013, 2014, 2015 e 2017

Jurisdição	2013			2014			2015			2017		
	I	M	A	I	M	A	I	M	A	I	M	A
Buenos Aires	18	18	13	7	7	5	18	18	11	**	**	**
Caba	18	18	18	6	6	5	10	10	4	**	**	**
Catamarca	4	4	2	-	-	-	6	5	4	-	-	-
Chaco	5	5	5	8	7	4	4	4	3	9	8	-
Chubut	3	3	-	5	5	3	8	6	3	9	8	-
Córdoba	5	5	4	1	1	1	3	3	2	3	3	-
Corrientes	6	6	6	5	5	5	9	8	6	2	2	-
Entre Ríos	2	2	2	-	-	-	-	-	-	10	10	-
Formosa	3	3	3	3	2	1	5	5	3	4	4	-
Jujuy	6	6	4	11	10	9	19	17	8	10	7	-
La Pampa	5	5	2	-	-	-	5	5	0	1	1	-
La Rioja	2	2	2	3	3	0	3	3	2	7	7	-
Mendoza	1	1	-	4	4	2	4	4	3	-	-	-
Misiones	12	12	4	-	-	-	2	1	1	7	5	-
Neuquén	4	4	3	24	24	18	23	22	18	8	7	-
Río Negro	6	6	3	14	13	8	6	6	2	8	8	-
Salta	3	3	3	4	4	4	7	7	5	7	6	-
San Juan	6	6	3	8	3	1	9	9	9	10	10	-
San Luis	10	9	4	7	6	4	12	11	7	4	4	-
Santa Cruz	4	4	4	4	4	4	11	11	9	10	10	-
Santa Fe	3	3	2	4	4	4	20	20	16	5	5	-
Sgo del Estero	4	4	3	4	4	3	6	5	3	5	5	-
Tierra del Fuego	4	4	4	6	6	5	2	2	0	8	7	-
Tucumán	4	4	1	4	4	2	6	6	2	2	2	-
Inst. Nacionais	3	3	1	23	23	10	(31)*	(31)*	(14)*	40	37	
Países Região	31	28	23	15	15	10	30	30	22	5	4	
Total	173	144	120	170	160	108	228	218	143	174	161	N/C

Fonte: Elaboração própria.

*2015 Os participantes dos Inst. Nacionais não foram contabilizados de maneira discriminada, estão incluídos em outras jurisdições.

**2017 Não há participação de Caba e Buenos Aires, ambos desenvolvem versões próprias adaptadas do Curso.

Tabela 3. Distribuição dos participantes dos países da região: Inscritos, Matriculados e Aprovados em 2013, 2014, 2015 e 2017

Estrangeiros	2013			2014			2015			2017		
	I	M	A	I	M	A	I	M	A	I	M	A
Bolívia	-	-	-	-	-	-	4	4	2	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	-
Chile	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colômbia	-	-	-	-	-	-	3	3	2	-	-	-
Costa Rica	2	2	2	1	1	1	3	3	3	-	-	-
Equador	-	-	-	-	-	-	3	3	2	-	-	-
El Salvador	6	6	5	1	1	0	1	1	1	-	-	-
Guatemala	4	4	1	1	1	0	-	-	-	-	-	-
Honduras	2	2	2	2	2	1	8	8	7	-	-	-
Nicarágua	2	1	-	4	4	3	-	-	-	-	-	-
Panamá	5	3	3	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Paraguai	6	6	6	4	4	3	4	4	1	-	-	-
Peru	-	-	-	-	-	-	4	4	4	-	-	-
Rep. Dominicana	2	2	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Total	31	28	23	15	15	10	30	30	22	5	4	N/C

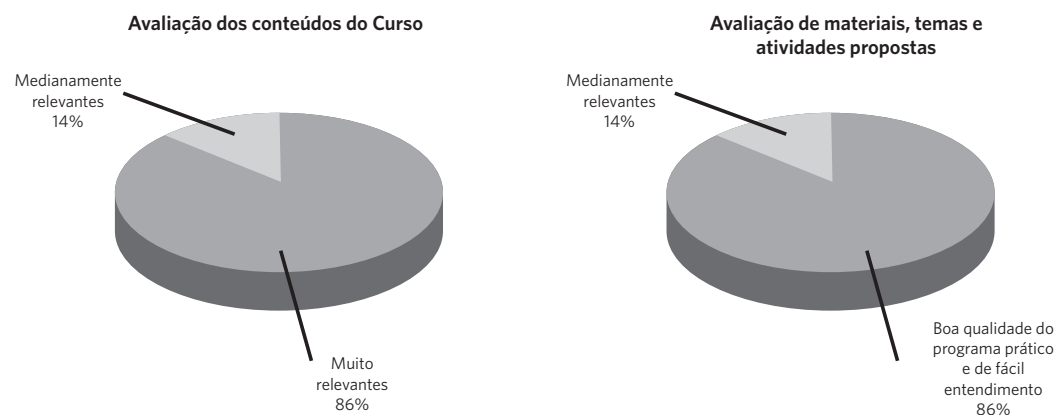
Fonte: Elaboração própria.

As pesquisas realizadas mostram que o Curso foi a primeira experiência de formação docente para 70% dos participantes.

A sistematização das pesquisas de

autoavaliação e de avaliação final dos participantes deixa ver um alto grau (mais de 80%) de satisfação em relação aos conteúdos, atividades, materiais e aos foros de intercâmbio.

Gráfico 1. Resultados da pesquisa final realizada aos participantes do Curso, 2016



Fonte: Elaboração própria.

Adequações realizadas

Entre os objetivos do CVSP Opas/OMS destaca-se a colaboração e a circulação gratuita dos recursos educacionais, estes princípios mantêm esta comunidade de prática. Em consequência, finalizada a primeira edição, o Curso foi colocado na categoria de 'recurso aberto'. A Cidade Autônoma de Buenos Aires (Caba), cujos profissionais tinham participado das duas primeiras edições, decidiu adequá-lo para dar resposta a importante quantidade de instrutores que requer sua oferta de residências, realizando uma edição anual desde 2015. Em 2016 foi realizada a adequação, para a sub-região da América Central e República Dominicana, a pedido dos sete países que integram a região, concretizando-se um trabalho de adequação para ajustar a proposta ao modelo de residência que vigora nessa região.

A metodologia da adequação propôs um modelo sistêmico de três dimensões: organizacional, pedagógico e tecnológico, para conseguir a harmonização do programa às necessidades, neste caso, dos sistemas residenciais locais e a adoção do *e-learning* como estratégia de mudança organizacional.

Partindo de um diagnóstico das necessidades de formação, acompanhado de uma análise das características do sistema de formação em serviço, sistematizaram-se as normativas dos países, e relevou-se a estrutura dos sistemas de residenciais. Com esses resultados foi realizada uma atividade de identificação das necessidades e uma revisão dos materiais com atores chaves dos países.

O modelo pedagógico do Curso ficou centrado no participante e, portanto, privilegiando três princípios: a aprendizagem em aberto, em colaboração, e, o ensino flexível. Estas dimensões incorporaram-se à proposta, tendo em conta as características locais e o perfil dos participantes.

Em 2017, a terceira adequação foi realizada para a Província de Buenos Aires, a primeira jurisdição do País em termos de extensão territorial e quantidade de habitantes,

e que conta com uma importante oferta de formação de especialidades na modalidade de residências. Foram duas edições com 150 participantes cada uma.

Estas três adequações do Curso de Formação Docente Tutorial para o Sistema de Residências foram realizadas sobre a plataforma do CVSP/Opas OMS.

A província de Corrientes será a terceira jurisdição do País que decidiu realizar sua própria edição, financiada pelo seu Ministério da Saúde, editando sobre seu próprio campus virtual. Contando em sua primeira edição – 2017 com 100 profissionais em suas residências locais.

A título de conclusão

Ao longo destes anos, esta iniciativa educativa vem sendo enriquecida com reiteradas atividades de avaliação realizadas pela equipe docente ao final de cada edição. A partir desse trabalho foram realizados ajustes à proposta inicial, considerando os resultados das atividades, as avaliações dos docentes e dos participantes. Ao mesmo tempo têm sido atualizados seus recursos, vídeos e materiais, assim como também foram feitas revisões anuais e atualizações bibliográficas. Devido à necessidade de incorporar mais tutores, se materializaram rubricas para a avaliação, sistematizando a experiência aportada pela equipe docente.

O Curso assume o desafio de romper com a visão reprodutora de uma prática hegemônica: 'ensino como aprendi'. Borrell Bentz (2005, p. 237) afirma que:

A visão da aprendizagem da medicina especializada, associada à assistência e aos problemas frequentes da doença, está associada à ideia de criar em cada um dos residentes um *habitus*; um processo de socialização, no que se interiorizam os princípios da cultura médica hegemônica, suas categorias de percepção da apreciação da realidade, garantindo desse modo a sobrevivência de uma cultura médica.

Esta construção do *'habitus'* do residente leva a adoção de determinados comportamentos e práticas dos profissionais, que reproduzem o aprendido, sem mediar nenhuma revisão das práticas.

Também trabalha sobre a tensão entre o programa escrito e o currículo oculto, onde prima um enfoque curricular estabelecido pelas rotinas, os rituais do serviço, tradições e acordos tácitos, que restringem a capacidade de reflexão dos docentes e dos residentes. Por último, aponta a desarmar a concepção dominante que se mantém em *'saber fazer'*, como uma prática reprodutiva de imitação e socialização do grupo.

No âmbito da Educação Continuada em Saúde (EPS) ou desenvolvimento profissional contínuo, esta proposta pretende constituir-se numa ferramenta para a transformação do processo de trabalho, orientada para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, além de promover a equidade no cuidado e no acesso aos mesmos. Porque, como afirma Guerra de Macedo (1986, p. 415), os recursos humanos podem ser considerados “como um fator de reprodução, mas também como um agente de câmbio”. Nesse programa, o trabalho é valorizado como centro privilegiado de aprendizagem, contrapondo-se aos modelos fragmentados e delimitados por áreas específicas, não sendo tarefa exclusiva de educadores, e sim uma responsabilidade dos gestores técnicos e políticos dos serviços.

Pelo seu enfoque pedagógico e sua estrutura conceitual se considera que é uma proposta que cumpre com o critério de pertinência, em outras palavras, que seu programa responde as necessidades da docência em serviço, recupera a problemática dessa modalidade, tentando resgatar o potencial que oferece o âmbito do trabalho. Portanto, o processo educativo e a aplicação das habilidades adquiridas para resolver os problemas do entorno laboral resultam altamente valorizados. Por outro lado, o Curso responde às responsabilidades do Ministério de Saúde, colocando ao alcance dos formadores e dos

participantes todo o enquadre normativo do sistema nacional de residência, assim como, os materiais que se utilizam para avaliação e certificação da qualidade dos programas de residência.

O trabalho de cooperação técnica implantado entre o OFERHUS do MSAL e o Campus Virtual da Opas ao longo desse processo, entendido em seus princípios básicos de horizontalidade, consenso e equidade, tem permitido construir capacidades e uma retroalimentação permanente. Os aportes mais importantes do CVSP para o desenvolvimento são o modelo de gestão que opera em forma cooperativa e descentralizada, e, o registro nominal dos participantes que permite o acompanhamento na hora de avaliar os resultados da intervenção educativa. A construção da proposta educativa nesse âmbito tem facilitado a circulação destes recursos em diferentes regiões e pontos da rede.

Se bem através dos anos se têm compiladas e sistematizadas pesquisas contando com as opiniões dos participantes, que apontaram alguns resultados positivos sobre a experiência, ainda não foi realizada uma avaliação global dos resultados. Essa tarefa pendente tem conseguido um lugar na agenda de trabalho da área e constitui uma prioridade para o próximo ano.

Não podemos concluir este trabalho sem mencionar a participação da Dra. Maria Cristina Davini, que além de ser a principal responsável pelo desenho, coordenou as primeiras edições. Ela tem sustentado que:

A formação nas práticas é muito mais que o desenvolvimento de habilidades operativas para 'fazer'. É, fundamentalmente, a capacidade de intervenção em contextos reais complexos; a assunção de decisões frente a situações e problemas genuínos.

Sua generosidade em compartilhar sua experiência com a equipe modelou o trabalho realizado. ■

Referências

- ARGENTINA. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. *La gestión de recursos humanos en salud en Argentina: una estrategia de consensos: 2008-2015*. [Buenos Aires]: Ministerio de Salud, 2015. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/2015-12-08-Gestion-RHUS_Argentina_WEB.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017
- ARGENTINA. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. *Sistema Nacional de Acreditación*. Buenos Aires, 2013. Disponível em: <<http://www.msal.gob.ar/residencias/index.php/la-acreditacion/sistema-nacional-de-acreditacion>>. Acesso em: 20 set. 2017
- BORRELL BENTZ, R. M. *La educación médica de posgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: OPS, 2005. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6244/2005-ARG-educacion-medica-postgrado.pdf?sequence=4&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 set. 2017
- DAVINI, M. C.; ROSCHKE, M. A. Conocimiento significativo: el diseño de un proyecto de educación permanente en salud. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS/OMS, 1994. p. 127-143.
- GUERRA DE MACEDO, C. Política de Recursos Humanos. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 20, n. 4, p. 415-423, 1986. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/916.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *El enfoque educativo: Campus Virtual de Salud Pública: Aspectos conceptuales*. Washington, DC: OPS, 2013. Disponível em: <https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/download/modelos/Enfoque_Educativo_CVSP13.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

As Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes do Mercosul e o processo de integração regional*

The Human Resources Units of the Ministries of Health of the Mercosur States Parties and the regional integration process

Wilson Aguiar Filho¹, Maria Helena Machado²

* O presente artigo foi escrito, originalmente, para compor a dissertação de mestrado de Wilson Aguiar Filho, intitulada 'A gestão do trabalho em saúde no Mercosul' (AGUIAR FILHO, 2012), defendida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP/Ensp - da Fundação Oswaldo Cruz - Parecer nº 186/2011, bem como pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep/CNS - Parecer nº 024/2012.

RESUMO O artigo buscou analisar as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes do Mercosul, tendo como premissa a entrada em vigor do Protocolo de Montevideu sobre o Comércio de Serviços no Mercosul (1998), promulgado no Brasil pelo Decreto nº 6.480/2008, com a consequente abertura das fronteiras ao livre trânsito dos profissionais, inclusive os do setor saúde. Mais especificamente, buscou-se conhecer a percepção dos gestores de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes quanto a esse processo de abertura das fronteiras para o livre trânsito dos profissionais de saúde, tendo como base suas estruturas de gestão de recursos humanos. Entende-se que as referidas estruturas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes não estão devidamente preparadas para fazer a gestão do livre trânsito de profissionais no Mercosul, condição obrigatória para a constituição de um mercado comum. Ademais, a morosidade com que se processam as reuniões e as decisões no âmbito do bloco também contribui para que, de fato, as estruturas formais nos Estados Partes, bem como as do próprio Mercosul, não estejam plenamente aptas a atuar no novo cenário.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde. Exercício profissional. Mercosul.

ABSTRACT The article seeks to analyze the Human Resources Units of the Ministries of Health of the Mercosur States Parties, based on the entry into force of the Montevideo Protocol on Trade in Services in Mercosur (1998), promulgated in Brazil by Decree nº 6.480/2008, with the consequent opening of borders to the free transit of professionals, including those in the health sector. More specifically, it was sought to know the perception of the human resources managers of the Ministries of Health of the States Parties regarding this process of opening the borders for the free movement of health professionals, based on their human resources management structures. It is understood that the mentioned human resources structures of the Ministries of Health of the States Parties are not properly prepared to manage the free transit of professionals in Mercosur, a mandatory condition for the establishment of a common market. Moreover, the slow pace of meetings and decisions within the block also contributes to the fact that formal structures in the States Parties, as well as those of Mercosur itself, are not fully capable of taking action in the new scenario.

KEYWORDS Health manpower. Professional practice. Mercosur.

¹Enfermeiro. Mestre em saúde pública. Pesquisador colaborador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aguiar.wilson@gmail.com

²Socióloga. Doutora em sociologia. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. machado@ensp.fiocruz.br

Introdução

O tema recursos humanos em saúde vem ganhando destaque nos últimos anos, considerando que o desenvolvimento dos sistemas de saúde está intrinsecamente relacionado com o enfrentamento dos grandes problemas que afetam os trabalhadores inseridos no referido setor saúde. Considerando essa nova realidade, os países da América Latina e do Caribe, em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), tem buscado incluir o tema como eixo central do desenvolvimento dos sistemas de saúde e colocá-lo na agenda internacional de saúde pública (OPS, 2008).

Em 2005, foi realizada em Toronto, Canadá, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, promovida pela Opas, em conjunto com o Ministério de Saúde do Canadá e Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário, com o propósito de unir os países das Américas em torno de um compromisso comum: a promoção dos recursos humanos em saúde. Os presentes à reunião, reconhecendo a importância da iniciativa, sugeriram que o tema fosse abordado em diferentes âmbitos – nacional, sub-regional e regional –, sendo que o documento elaborado na ocasião, intitulado ‘Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-2015)’, foi considerado o instrumento capaz de promover o esforço conjunto para uma década de recursos humanos em saúde nas Américas, acarretando a necessidade de realizar esforços de longo prazo, intencionais e coordenados, para a promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde em todas as regiões das Américas, esforços esses que se fundamentam em três princípios:

- Os recursos humanos são a base do sistema de saúde: O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde conforma a base social e

técnica dos sistemas de saúde e seu aperfeiçoamento. A contribuição dos trabalhadores de saúde é um fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.

- O trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social: O trabalho em saúde é um serviço público e um bem social de grande importância para o desenvolvimento humano. É necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores de saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde.

- Os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde: O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, através de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Este processo social tem os trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas. (BRASIL, 2006, P. 3-4).

A partir das recomendações da referida reunião, entre as quais constava a da criação e/ou fortalecimento da direção nacional de recursos humanos em saúde dos países da região, houve a necessidade de que as instâncias responsáveis pela gestão área de recursos humanos nos países da América Latina e Caribe passassem também a ser alvo de investigação, “na busca de processos e estruturas organizacionais que possam assumir os desafios que se colocam na atualidade” (PIERANTONI ET AL., 2008, P. 687). Tal fato se justifica “na medida em que o desenvolvimento dos órgãos especializados dos Ministérios não é proporcional à relevância assumida pelo tema nos últimos anos” (PIERANTONI ET AL., 2008, P. 688), principalmente no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul), em que o processo de integração em vigor requer das Unidades Nacionais de Recursos Humanos

novas atribuições, inclusive de controlar o trânsito de profissionais de saúde no âmbito do bloco, como estabelece a Resolução GMC nº 27/2004, que instituiu a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no Mercosul.

Em 2007, a Opas coordenou um estudo sobre o 'Perfil das Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde da América do Sul e Caribe', com a participação de 17 países, sendo, que dos países integrantes do Mercosul, apenas a Argentina não participou do estudo¹.

A partir das informações levantadas, pode ser constatada a existência de uma grande assimetria entre as estruturas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos países do Mercosul, o que poderia ter reflexos adversos quando do aprofundamento do processo de integração regional, quanto ao papel que elas terão que desempenhar nesse processo. Também apontado pela pesquisa é o fato que, entre os temas abordados referentes a recursos humanos, a questão do exercício profissional no âmbito do Mercosul não figurou como tema prioritário em nenhum dos Estados Partes, o que pode demonstrar o não envolvimento das áreas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde em discussões fundamentais para o próprio processo de integração, relacionadas com o setor saúde, talvez por entenderem que o assunto em questão está fora da esfera de atuação da referidas áreas.

As Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde e o livre trânsito de profissionais de saúde no Mercosul

A entrada em vigor do estabelecido no Protocolo de Montevideu², permitindo o livre trânsito de bens e serviços e, conseqüentemente, de profissionais, no âmbito

do Mercosul, é um tema que vem sendo debatido como muito interesse pelo setor saúde. Isso porque quando falamos do livre trânsito de profissionais, não está colocado, de maneira clara, como isso se dará, uma vez que os acordos assinados até o presente momento no âmbito do bloco apontam que as normas internas de cada país deverão ser respeitadas pelo profissional que pretender realizar esse movimento migratório. Dessa forma, entendendo que caberá às Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes a responsabilidade de coordenarem, no que concerne à área da saúde, o livre trânsito desses profissionais em seus respectivos países, buscamos conhecer: 1) como as áreas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes estão estruturadas para fazer frente à iminente abertura das fronteiras ao livre trânsito dos profissionais de saúde; e 2) o que pensam os gestores das referidas Unidades sobre a questão (AGUIAR FILHO, 2012).

A pesquisa foi realizada por meio do envio de um questionário às Unidades de Recursos Humanos dos Estados Partes, sendo importante salientar que nem sempre o respondente era o gestor máximo da área. Ademais, para efeito da análise, os respondentes dos países consultados foram identificados mediante uma sequência numérica, sendo: Argentina – Gestor 1; Brasil – Gestor 2; Paraguai – Gestor 3 e Uruguai – Gestor 4. É importante salientar que a Venezuela não participou do estudo, por ser, à época da pesquisa, ainda um Estado Parte em adesão.

Na análise das respostas apresentadas pelas quatro Unidades de Recursos Humanos pesquisadas, observamos, no que concerne à sua inserção hierárquica nas estruturas de seus respectivos Ministérios, que duas delas estão no primeiro nível (Brasil – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; Paraguai – Dirección General de Recursos Humanos), uma no segundo nível

¹ O estudo em questão foi realizado sob a coordenação de Carlos Rosales (Opas) e Mario Roberto Dal Poz (Organização Mundial da Saúde/OMS), tendo como investigadores principais Juan Arroyo (Universidad Peruana Cayetano Heredia – Peru), Maria Helena Machado (Ministério da Saúde – Brasil) e Celia Regina Pierantoni (Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Uerj). Participaram do estudo 17 países: Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguai e Venezuela.

² A entrada em vigor do Protocolo de Montevideu deveria ter ocorrido em 2015. Entretanto, tal fato não se concretizou, e não temos informes sobre quando passará a vigorar.

(Argentina – Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional) e uma no terceiro nível (Uruguai – División de Recursos Humanos del Sistema Nacional Integrado de Salud/DRRHHSNIS)³.

Quanto às atividades que as Unidades de Recursos Humanos desenvolvem no âmbito dos seus Ministérios, a pesquisa detectou que duas Unidades de Recursos Humanos – Brasil e Paraguai – citaram, entre suas principais atribuições, atividades que possuem alguma interface com o Mercosul. O mesmo não ocorrendo com a Argentina e Uruguai, o que não significa que as Unidades não estão envolvidas com as questões relacionadas com o Mercosul (AGUIAR FILHO, 2012).

Quando perguntados se o gestor da área de recursos humanos tinha acesso às reuniões do Subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11 'Saúde'/ Mercosul e/ou aos assuntos concernentes ao exercício profissional em saúde no Mercosul, todos disseram ter acesso. Assim, o Gestor 1 informou que esse acesso se dá por ele ser ponto focal da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; o Gestor 2, porque compete ao dirigente da área coordenar a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; o Gestor 3, por exercer a coordenação da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, além de ser representante alterno na Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; e o Gestor 4, por conta dos representantes no SGT nº 11 pertencerem a DRRHHSNIS, especificamente da área encarregada do registro e controle de profissionais de saúde, por meio da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. Assim, podemos afirmar que existe a participação dos gestores de recursos humanos nas questões relacionadas com o SGT nº 11 'Saúde', em especial com as concernentes ao exercício profissional, mesmo que não sejam responsáveis diretos pela condução das discussões em andamento (AGUIAR FILHO, 2012).

Em relação à Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no Mercosul, os gestores consultados informaram conhecê-la. Porém,

quando inquiridos quem ficaria responsável pela sua implementação, enquanto os Gestores 2, 3 e 4 colocaram que a área de recursos humanos seria a responsável pela implementação da Matriz Mínima nos respectivos países, o Gestor 1 informou que a responsabilidade estaria a cargo das áreas responsáveis pelo exercício profissional das 24 províncias do país, e ao nível do Ministério da Saúde, pela Subsecretaria de Políticas, Fiscalização e Regulação, à qual a Unidade de Recursos Humanos está subordinada. Apesar do art. 4º da Resolução GMC nº 27/04 estabelecer competência aos Ministérios da Saúde para implementar e intercambiar as informações constantes da Matriz Mínima, o modelo de registro profissional existente na Argentina, totalmente centrado nas províncias, mostrou a necessidade da adoção de um modelo alternativo, com a participação do Ministério da Saúde da Argentina, porém não sob a sua responsabilidade (AGUIAR FILHO, 2012).

Por outro lado, o acesso por parte dos profissionais de saúde à Matriz Mínima, com vistas ao seu preenchimento, apresenta distintas formas para sua realização. No caso da Argentina, o Gestor 1 informa que:

- Cada profesional tiene acceso a su ficha de registro.
- Cada provincia y/o colegios de ley en las provincias que existieran (no es uniforme en todo el país la colegiación) y el Ministerio de Salud de la Nación tienen acceso a toda la información.
- La ciudadanía pronto tendrá acceso a la información básica de todo profesional que quiera consultar (no incluye los datos reservados).
- El responsable de Fiscalización del Ejercicio Profesional de los restantes Estados Parte accede al registro completo de los profesionales migrantes. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 84).

Isso porque, no caso da Argentina, o

³Em relação à pesquisa coordenada pela Opas, em 2007, sobre o 'Perfil das Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde da América Latina e Caribe', destaca-se a evolução da estrutura do Paraguai, que, à época do estudo, tinha sua Unidade de Recursos Humanos no terceiro nível de inserção (AGUIAR FILHO, 2012, P. 76) e estava diretamente subordinada ao Ministro da Saúde. As estruturas do Brasil e Uruguai estavam na mesma posição hierárquica em relação ao estudo citado, sendo que a Argentina não participou.

sistema de registro de profissionais de saúde é totalmente descentralizado para as províncias, sendo que algumas delas delegam aos colégios profissionais realizarem o registro. Dessa forma, para constituir a Rede Federal de Registro de Profissionais de Saúde, o Ministério da Saúde da Argentina assinou convênio com todas as províncias do país, o que permitiu cadastrar todos os profissionais de saúde na rede, que tem como base a Matriz Mínima. Entretanto, falta especificar por quais mecanismos as informações sobre os profissionais que queiram exercer sua profissão em outro país serão acessadas pelos demais países, uma vez que uma das dificuldades apontadas pelos gestores para a implementação da Matriz Mínima está justamente nas diferentes modalidades de gestão da informação existentes entre os Estados Partes (AGUIAR FILHO, 2012).

O Gestor 2 informa que a Matriz Mínima ficará disponível na Plataforma Arouca⁴, na qual está sendo criado um processo de certificação de forma consultada com os Conselhos Profissionais, não tendo sido explicitado como está sendo pensado esse processo de certificação. O Gestor 3 coloca que o acesso do profissional à Matriz Mínima não será pessoal, e sim por intermédio dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes, que irão fazer o intercâmbio das informações sobre o profissional de saúde. Já o Gestor 4 esclarece que, no momento de registrar no Ministério da Saúde a revalidação do título, será solicitado um conjunto de dados ao profissional, parte dos quais correspondem aos acordados na Matriz Mínima (AGUIAR FILHO, 2012).

Assim, verificamos a existência de diferentes entendimentos sobre como se dará o acesso do profissional à Matriz Mínima. Por outro lado, ainda não foi devidamente esclarecido quais profissionais de saúde poderão transitar no âmbito do Mercosul e, conseqüentemente, preencher a Matriz Mínima, considerando que o conceito de profissional de saúde é diferente nos Estados Partes, bem como também existem profissões reconhecidas em determinado país que não são em outro. Com a abertura das fronteiras ao livre trânsito de bens e serviços, esses

profissionais também terão direito a transitarem? Isso é uma questão para a qual as áreas de recursos humanos, acreditamos, ainda não atentaram o suficiente e que também necessita de urgente definição (AGUIAR FILHO, 2012).

Também procuramos saber dos gestores de recursos humanos se, na avaliação deles, existiam questões que poderiam dificultar a implementação da Matriz Mínima. Com exceção do Gestor 4 (Uruguai) que disse não haver dificuldades nesse sentido, os demais gestores apontaram as seguintes:

Gestor 1

Para a Argentina

1) El carácter federal de la gestión y regulación del ejercicio profesional. Otros procesos de Regulación por parte de subsectores como la Seguridad Social.

2) Diferentes modalidades de la gestión de la información de salud en las distintas provincias y en los subsectores del sistema de salud.

Para los Estados Partes

3) La falta de asignación presupuestaria específica para facilitar los desarrollos informáticos y el trabajo técnico conjunto por fuera de las reuniones ordinarias.

Gestor 2

1) Garantir ampla participação dos/as profissionais – o preenchimento é voluntário – será necessário uma ampla divulgação.

2) Diferenças de sistemas e formas de sistematização da informação entre os quatro países.

3) Superar a dispersão de informações, em especial na Argentina e no Brasil.

⁴ A Plataforma Arouca é um banco de dados que concentra informações sobre os profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), reunindo dados sobre o seu histórico educacional e profissional que se encontram dispersos em várias fontes, buscando, dessa forma, atender às necessidades de informações sobre educação para os profissionais de saúde, gerentes de unidades de saúde, gestores do SUS dos diversos níveis de governo, conselhos profissionais e instituições de ensino públicas e privadas ofertantes de cursos na área de saúde. É um banco, a princípio, mais voltado para a área da gestão da educação, não sendo, no nosso entendimento, instrumento ideal para a inserção da Matriz Mínima, que deveria constar de sistema gerencial voltado para gestão do trabalho.

Gestor 3

- 1) Dificultades en la compatibilización de currículum de formación profesional.
- 2) Diferentes legislaciones para el reconocimiento y habilitación profesional en los Estados Partes.
- 3) Dificultades con la estandarización en la base de datos. (AGUIAR FILHO, 2012, p. 86).

Ou seja, a gestão das informações em saúde, no que concerne aos recursos humanos em cada país, coloca-se como importante dificuldade a ser suplantada no tocante à implementação da Matriz Mínima, principalmente na Argentina e no Brasil, onde os Ministérios da Saúde não detêm essa informação, dependendo das províncias (Argentina) ou dos Conselhos Profissionais (Brasil) para obtê-las.

A existência de diferentes legislações para o reconhecimento e habilitação profissional entre os Estados Partes e os distintos currículos existentes para a formação profissional foram assuntos debatidos no âmbito da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, sem que se tenha conseguido chegar a um denominador comum em relação a eles, pois demandaria a necessidade de amplos acordos entre os Estados Partes, com vistas à superação dessas questões. Consideramos que esse tema poderia ter avançado muito se tivesse ocorrido uma articulação entre o SGT nº 11 'Saúde' e o Setor Educacional do Mercosul há mais tempo, bem como maior envolvimento das corporações profissionais em trabalharem com a Subcomissão, no sentido de buscarmos essa compatibilização (AGUIAR FILHO, 2012).

Quando perguntados se o Ministério da Saúde ou a área de recursos humanos possuía sistema de informações de recursos humanos capaz de permitir o controle da migração e/ou imigração de profissionais de saúde no país, somente o Gestor 1 informou

possuir esse sistema no âmbito do Ministério da Saúde, citando também que outros órgãos do governo realizam esse controle: as áreas responsáveis pelo exercício profissional das províncias, a Dirección Nacional de Migraciones (Ministerio del Interior) e o Ministerio de Educación, no que concerne ao processo de reconhecimento e revalidação de títulos. Os demais países não possuem sistema ou outro órgão que faça esse controle, embora no Brasil, como existe a necessidade de inscrição nos Conselhos Profissionais para o exercício da atividade, estes possuem informações sobre os profissionais de outros países que nele atuam, apesar de não obrigatoriamente sobre os que saem do país, pois se tal fato não for informado ou o profissional não proceder baixa em sua inscrição, ele continuará registrado e constando como atuando no Brasil. É interessante que o Paraguai e o Uruguai, que possuem sistemas de registro centralizados, não tenham caminhado por constituir um mecanismo informatizado para controlar a migração e/ou imigração de profissionais de saúde no país, considerando que teriam mais facilidade de estabelecer sistema de informação nesse sentido do que Argentina e Brasil (AGUIAR FILHO, 2012).

Em relação à entrada em vigor do estabelecido pelo Protocolo de Montevidéu, quanto ao livre trânsito de bens e serviços e dos profissionais de saúde entre os países do Mercosul, enquanto o Gestor 3 apresentou uma visão pessimista em relação à possibilidade da entrada em vigor do Protocolo de Montevidéu em curto período, os demais países do Mercosul avaliaram positivamente o fato, embora Brasil e Uruguai tenham colocado ressalvas, relacionadas com a possibilidade de ocorrência de um processo migratório em busca de mercados que paguem melhor e que ofereçam melhores condições de trabalho, o que poderia causar situação de vulnerabilidade em países que contam com um número justo de profissionais, como é o caso do Uruguai, bem como proporcionar o

aumento da terceirização e da precarização das relações de trabalho nos países da região (AGUIAR FILHO, 2012).

Já o que deveria ser adequado para a implementação do Protocolo de Montevidéu, o Gestor 3 nos traz uma crítica bastante interessante e que vai de encontro ao nosso pensamento sobre o que ocorre no âmbito do SGT nº 11 'Saúde' no tocante ao exercício profissional. Para ele, se deve:

Establecer um comité permanente que se dedique en forma exclusiva a trabajar en lo referente al ejercicio profesional, con todas sus implicaciones, estudio de curricula, legislaciones, registro y habilitación de profesionales y fortalecer el trabajo de los GT que trabajan en salud de fronteras. Creo que las reuniones semestrales no avanzan porque todos los miembros creo, realizan otras funciones con mucha carga horaria y responsabilidad dentro de los respectivos Ministerios, que no les permite mucha dedicación a la agenda de trabajo de las distintas subcomisiones. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 89).

Entendemos que essa colocação aponta para a necessidade de profissionalizar o SGT nº 11, por meio da institucionalização de uma estrutura própria para trabalhar ações relacionadas ao setor saúde e, em especial, as do desenvolvimento e exercício profissional, sem que essa responsabilidade recaia sobre profissionais que possuem atividades outras no âmbito dos Ministérios da Saúde e acabam não se dedicando satisfatoriamente à agenda do SGT nº 11.

Também é interessante a declaração do Gestor 2, informando que

O Ministério de Relaciones Exteriores já faz algum nível de consulta sobre os impactos que esse processo pode provocar, mas o processo precisa ser aprimorado. É preciso instalar o mais breve possível o GT integrado pelos Ministérios de Relaciones Exteriores, Saúde e Trabajo dos quatro países do Mercosul, já

aprovado pelo GMC e, principalmente integrar as representações colegiadas e sindicais das profissões da área de saúde já reconhecidas pelo Mercosul, para que forneçam as informações e avaliação necessárias. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 90).

Esse fato se constitui em claro indicativo de que se considera a implementação do Protocolo de Montevidéu em curto período. Por outro lado, a criação de um GT integrado pelos Ministérios das Relaciones Exteriores, da Saúde e do Trabajo dos Estados Partes coloca em cena um ator importantíssimo nesse processo, que até então não tinha se integrado com o setor saúde nessa discussão, o Ministério do Trabajo, a quem caberá estabelecer os meios legais para garantir os direitos trabalhistas daqueles que optarem por realizarem suas atividades profissionais fora do seu país. Também a participação das representações colegiadas e sindicais das profissões de saúde dos Estados Partes nos debates era antiga reivindicação do Brasil, que agora parece caminhar para se concretizar (AGUIAR FILHO, 2012).

Ainda sobre essa questão, o Gestor 1 colocou que o que precisa ser adequado para que o Protocolo de Montevidéu entre em vigor é que todos os Estados Partes possam realizá-lo sobre as mesmas condições. Já o Gestor 4 entende que devem se afinar os sistemas de informação e controle de profissionais entre os Ministérios da Saúde da Região antes de se pôr em prática a livre circulação de profissionais (AGUIAR FILHO, 2012).

Os gestores foram perguntados também se a Unidade de Recursos Humanos estabelece interlocução com os representantes das corporações profissionais de saúde para debater o exercício profissional no Mercosul, sendo que todos responderam positivamente a essa questão, embora essa interlocução se processe em diferentes níveis. Entretanto, pelas respostas fornecidas, entendemos que apenas o Brasil possui um canal permanente de interlocução com os representantes

das corporações profissionais de saúde para debater o exercício profissional no Mercosul, sendo que nos demais países essa interlocução ocorre de forma pontual (AGUIAR FILHO, 2012).

Uma vez que os gestores também informaram que têm conhecimento das discussões realizadas entre as corporações profissionais sobre o exercício profissional no âmbito do Mercosul, essa experiência poderia (e deveria) ser aproveitada, pois certamente muito contribuiria para avançar nas discussões sobre exercício profissional, quer internamente, quer entre os Estados Partes do Mercosul.

Por fim, instados a dar sua opinião sobre o processo de integração no Mercosul, considerando a área de recursos humanos, os gestores manifestaram que:

Es un proceso que ya tiene un camino recorrido, pero que necesita todavía mayor decisión para la implementación interna en los Estados Parte. Se han hecho muchos avances y la matriz ha movilizado procesos interesantes en todos los países y desarrollos de diversos sistemas de información, pero aún no es suficiente. El campo es complejo y la diversidad de actores en cada Estado Parte, sumado a la capacidad de rectoría y el interés particular en avanzar de cada país, configura un escenario con avances y retrocesos que se profundizan con los cambios de gestión de gobierno de los Estados. En algunas circunstancias, prevalecen los intereses corporativos. Por otra parte, para poder ir un paso adelante de las asimetrías, es necesario trabajar en conjunto los perfiles y necesidades de recursos humanos, para orientar las futuras formaciones en los cuatro países. En ese sentido, es importante profundizar el trabajo con el Mercosur Educativo. (Gestor 1).

Apesar das dificuldades e da complexidade que se reveste a integração entre países quando tratamos da composição do mercado de trabalho, diferenças culturais, profissionais

e corporativas, temos avançado lentamente, mas de forma segura. Gastamos um longo tempo para formatar a Matriz Mínima, fase concluída em 2011. Foi um processo amplamente discutido e consensuado com as entidades profissionais, acredito que o Sistema de Informações criado será consistente e apoiado pelas entidades. Por outro lado, sabemos que o livre trânsito de profissionais de saúde nos suscita em estar ainda mais atentos e envolvidos aos temas relacionados com a questão ética e disciplinar, a garantia de elevação e melhoria da formação e valorização dos profissionais. Entendemos que esses temas em grande parte já são enfrentados no âmbito nacional, portanto se houver uma colaboração estreita entre as áreas de gestão do trabalho em saúde dos países do Mercosul, conjuntamente com as entidades profissionais e sindicais, conseguiremos negociar as melhores soluções e avançar. (Gestor 2).

Pienso que es un proceso que si bien se ha iniciado aún no ha madurado y que debe ser fortalecido entre los Estados Partes para disminuir las brechas existentes y que en un tiempo no tan lejano se pueda cumplir con la libre circulación de profesionales y servicios en la región. (Gestor 3).

Se ha avanzado muy lentamente. Se aprobó la matriz mínima, se comenzó a implementar. [...] No se ha avanzado lo suficiente en la armonización de las profesiones. (Gestor 4). (AGUIAR FILHO, 2012, P. 92-93).

Embora avanços no processo de integração tenham ocorrido, na avaliação dos gestores, esse avanço está se processando de forma muito lenta, com muitas dificuldades a serem ainda transpostas, havendo a necessidade de avançar na superação dos problemas apontados, de uma colaboração mais estreita entre as áreas de gestão do trabalho em saúde dos países do Mercosul, conjuntamente com

as entidades profissionais e sindicais, sem o qual não será possível lograr êxito e avançar no processo de integração, considerando a questão do livre trânsito dos trabalhadores de saúde no Mercosul, conforme sinalizado pelo Gestor 2.

Podemos afirmar, a partir das respostas fornecidas, que as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes ainda têm um caminho a percorrer, no que concerne a se estruturarem para enfrentar as questões colocadas, uma vez que as ações a serem implementadas dependem, em grande parte, dos acordos concluídos nas instâncias políticas, responsáveis pelo processo de integração em andamento no Mercosul (AGUIAR FILHO, 2012).

Considerações finais

Ao longo de sua existência, o Mercosul acabou incorporando na agenda, entre os temas de tratamento prioritário, as questões sociais, embora o componente comercial seja o eixo norteador do processo de integração. Isso introduz um “estado permanente de instabilidade, produto dos atritos constantes entre os interesses comerciais nacionais concorrentes dos países que conformam o bloco” (PRONKO ET AL., 2011, P. 51), levando à constatação que o Mercosul ainda constitui uma somatória de países, sem que haja uma consciência comunitária do bloco. Essa questão, aliada ao fato de ser o Mercosul uma iniciativa eminentemente intergovernamental, estaria na base do chamado ‘deficit de supranacionalidade’, que alguns autores consideram um dos principais pontos fracos do processo de integração (PRONKO ET AL., 2011).

O próprio setor saúde não escapa da influência desse componente comercial, tão presente no processo de constituição do Mercosul, considerando que a grande maioria das Resoluções aprovadas pelo Grupo Mercado Comum (GMC) oriundas do SGT nº 11 está relacionada com bens,

serviços e produtos na área da saúde.

A perspectiva da entrada em vigor do Protocolo de Montevideu, permitindo o livre trânsito de bens e serviços entre os países do Mercosul, constitui-se em motivo de preocupação, em especial por parte do setor saúde, por suas especificidades e pelas consequências e impactos que essa abertura poderá proporcionar. Essa preocupação está presente nas falas dos gestores de recursos humanos entrevistados, uma vez que pouco se avançou na construção e consolidação de uma política, capaz de dar respostas efetivas às questões relativas à gestão do trabalho em saúde no âmbito do bloco.

Muitas hipóteses podem ser consideradas sobre o porquê disso, e em nossa avaliação, isso está relacionado com a própria formação do Mercosul, em que seus órgãos decisórios não foram constituídos enquanto organismos de caráter supranacionais, não havendo assim entrada em vigor automática das decisões emanadas por eles.

Com efeito, os órgãos decisórios do Mercosul – Conselho do Mercado Comum (CMC), Grupo Mercado Comum (GMC) e Comissão de Comércio do Mercosul (CCM) – possuem

[...] caráter exclusivamente intergovernamental e, por estarem compostos de representações nacionais, não possuem natureza supranacional, nem no seu funcionamento, nem nas suas decisões. Essa estrutura de funcionamento, somada à centralidade do componente comercial da integração, tem efeitos claros nas tomadas de decisões mais abrangentes que envolvem aspectos setoriais. (PRONKO ET AL., 2011, P. 39).

Essa falta de supranacionalidade impede que eles tenham poderes para emitir normas e decisões automaticamente vinculantes dentro do sistema. Isso porque

[...] um órgão supranacional existe sempre que os Estados-membros transferem ao

mesmo poderes que normalmente são exercidos somente pelos órgãos governamentais de Estados soberanos, incluindo a capacidade de emitir normas e decisões vinculantes para os Estados, pessoas jurídicas e indivíduos. Determina, portanto, o surgimento de um poder que se coloca acima dos Estados, resultante da transferência definitiva que eles fazem de parte de suas funções próprias aos domínios abrangidos pela entidade supranacional, que passa a exercê-la. (GUZZO, 2008, p. 98).

E embora o Protocolo de Ouro Preto⁵ determine que

[...] as normas terão caráter obrigatório, o modo de sua incorporação, sempre que necessário, é atribuído aos ordenamentos jurídicos nacionais, mediante os procedimentos previstos na legislação interna de cada país. (GUZZO, 2008, p. 98-99).

Assim, comparando a organização institucional da União Europeia (UE) com a do Mercosul, observamos um forte contraste entre ambas.

Na UE, como produto do compartilhamento de soberanias, uma larga e crescente esfera de temas é objeto de decisões adotadas por maioria. No Mercosul, não há soberania compartilhada, de modo que cada Estado conserva a prerrogativa de impedir a adoção de decisões com as quais não concorda. Nesse quadro, o bloco do Cone Sul depende crucialmente, em momentos de impasse, da diplomacia presidencial, isto é, da solução de divergências por meio de reuniões entre os chefes de Estado.

Todo o desenho institucional do Mercosul atesta a prioridade da integração econômica. Ao contrário da UE, cujos tratados apontam para a direção de uma crescente cooperação política, militar e cultural, o bloco do Cone Sul sustenta-se sobre o intercâmbio comercial. (MAGNOLI; ARAÚJO, 2003, p. 51).

Como superar essas questões? É claro que, no que concerne aos aspectos da própria constituição e objetivos do bloco, são questões bastante complexas de serem respondidas, pois demandaria uma ‘refundação’ do Mercosul. Por outro lado, a ausência de harmonização das legislações locais ante o processo de integração também contribui para atrasar ou até tornar inócuos alguns desses instrumentos, por não haver compatibilização legal sobre o assunto entre os Estados Partes. Isso, por exemplo, impediu que se conseguisse compatibilizar as especialidades médicas comuns no Mercosul até a presente data, embora a Resolução GMC nº 73/2000 estabelecesse o prazo de dois anos, a partir de sua publicação, para que isso fosse concluído e efetivado.

A falta de integração entre as diferentes instâncias burocráticas do Mercosul também contribuiu para essa situação, pois como discutir saúde, educação e trabalho no Mercosul sem que os respectivos setores responsáveis trabalhassem de forma conjunta para chegar a um denominador comum. Ademais, apesar de quase 15 anos de discussões sobre exercício profissional no âmbito do Mercosul, também não se efetivou uma articulação entre as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes para, entre si, discutirem ações comuns, considerando o processo de integração regional.

A articulação entre as áreas da saúde, educação e trabalho no Mercosul, embora tardiamente, começou a ocorrer, premido talvez pela necessidade de caminhar na elaboração de políticas concretas com vistas ao processo de integração regional, na medida em que a entrada em vigor do Protocolo de Montevideu, permitindo o livre trânsito de bens e serviços entre os países integrantes do bloco, está para tornar-se uma realidade.

Isso vai requerer, por parte de todos os atores interessados, enormes esforços para a superação dos desafios que se colocam, uma vez que não podemos pensar em livre trânsito dos profissionais (que virão a reboque do

⁵ Assinado em dezembro de 1994, o Protocolo de Ouro Preto dotou o Mercosul de personalidade jurídica interna e internacional e definiu a estrutura institucional do bloco.

livre trânsito de bens e serviços) sem termos soluções concretas para os problemas que incidem diretamente sobre a gestão do trabalho em saúde, tais como a compatibilização de currículos, registro e habilitações profissionais, quer de nível superior, quer de nível médio; as diferentes legislações em relação ao exercício profissional existentes nos Estados Partes; a existência de diferentes entendimentos sobre o que é profissão de saúde e quais são elas no Mercosul; a inexistência de um sistema de informações comum entre os Estados Partes que permita intercambiar os dados dos profissionais que desejarem transitar entre eles. Isso sem entrarmos em consideração sobre questões correlatas, como jornada de trabalho, piso salarial e previdência social dos trabalhadores que desejarem transitar entre os Estados Partes, assuntos afeto, no Mercosul, ao SGT nº 10 – Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social, mas de grande interesse do setor saúde.

O envolvimento das corporações dos profissionais de saúde no debate de questões como compatibilização curricular e organização das profissões nos países do Mercosul se faz importante, pois esses são temas que constituem campo de experiência e domínio das referidas corporações. Se as elas estivessem atuando em conjunto com as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde e com a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, teríamos avançado muito em termos da elaboração de propostas e sugestões a serem levadas à consideração dos órgãos competentes para apreciação. Essa experiência foi realizada com grande sucesso na Comunidade Europeia, e é uma pena que não soubemos aproveitá-la no Mercosul, apesar da sugestão para a criação de um Fórum Permanente Mercosul no âmbito da Subcomissão, nos moldes do Fórum existente no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, o que não foi aprovado (AGUIAR FILHO, 2012).

A institucionalização da Coordenação Nacional de Saúde do Mercosul no âmbito dos Ministérios da Saúde, com corpo técnico

específico para tratar dos temas relativos à saúde no Mercosul e, em especial, ao exercício profissional, coloca-se como importante questão a ser debatida, pois, conforme apontado anteriormente, a ausência do que poderíamos colocar como ‘não profissionalização’ do SGT nº 11 acaba prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos das Comissões e Subcomissões existentes, visto que seus integrantes, na maioria das situações, também respondem por áreas importantes na estrutura de seus Ministérios de origem, o que lhes deixa pouco tempo para se dedicarem a conteúdo em relação ao Mercosul (AGUIAR FILHO, 2012).

Assim, a partir das informações fornecidas pelos gestores das Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes, algumas questões se colocam relevantes para conhecer o papel delas no processo de integração regional.

No que concerne ao papel a ser desempenhado pelas Unidades com vistas à abertura das fronteiras ao livre trânsito de profissionais de saúde, vemos que elas exercerão papel importante nesse processo, na medida em que todas elas serão responsáveis por esse controle. Entretanto, esse papel se dará de diferentes maneiras, como é o caso de Argentina e Brasil, que farão esse trabalho de forma compartilhada com as províncias e com os Conselhos Profissionais de Saúde respectivamente (AGUIAR FILHO, 2012).

Quanto à implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no Mercosul, instrumento gerencial que permitirá controlar o trânsito de profissionais, isso também se dará de forma diferente entre os Estados Partes, sendo que enquanto os Ministérios da Saúde do Brasil, Paraguai e Uruguai ficarão responsáveis por essa implementação, na Argentina, tal tarefa será de responsabilidade das províncias e, no âmbito do Ministério da Saúde, da Subsecretaria de Políticas, Fiscalização e Regulação (AGUIAR FILHO, 2012).

Outro ponto destacado é que, à exceção da Argentina, os demais países não possuem

sistemas de informações para controlar a migração e/ou imigração de profissionais de saúde. Aliás, as diferenças dos sistemas de informações e de formas de sistematização das informações nos Estados Partes constitui uma questão que dificulta a implementação do Protocolo de Montevidéu (AGUIAR FILHO, 2012).

De modo geral, a perspectiva da abertura das fronteiras ao livre trânsito de profissionais é vista de forma positiva pelos gestores consultados, pois poderia contribuir para aumentar o quantitativo de profissionais em áreas carentes. Por outro lado, isso também poderia acarretar um processo intenso de migração de determinados profissionais de um país para outro, causando desequilíbrio na oferta de serviços de saúde em determinadas regiões. Também o aumento da terceirização e da precarização das relações de trabalho são colocados como aspectos negativos em relação a essa questão. Nesse sentido, é importante um trabalho conjunto entre as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde na busca de soluções pactuadas para a superação dos problemas (AGUIAR FILHO, 2012).

Os gestores apontam que o processo de integração tem avançado muito lentamente, e a existência de pendências a serem resolvidas no campo da gestão do trabalho, como a harmonização das profissões, ausência de sistemas de informações integrados entre os Estados Partes etc., são fatores que interferem para o sucesso do processo de integração regional.

Em relação ao fato de as Unidades de Recursos Humanos estarem preparadas para o enfrentamento da situação que se configura no Mercosul relativo ao livre trânsito de profissionais de saúde, nosso entendimento é que nenhuma delas atingiu um estágio capaz de dar conta, satisfatoriamente, das exigências que o livre trânsito de profissionais irá acarretar, mesmo porque a indefinição de políticas concretas no campo da gestão do trabalho para o

Mercosul contribui para isso.

Apesar de existir uma descrença sobre a possibilidade da efetivação do preconizado pelo Protocolo de Montevidéu em curto prazo, os esforços políticos realizados no âmbito dos Estados Partes apontam para a efetivação da constituição do Mercado Comum no âmbito do Mercosul. A própria criação de um Grupo de Trabalho composto pelos Ministérios das Relações Exteriores, Saúde e Trabalho, bem como de representantes das profissões de saúde dos Estados Partes para tratar dessa questão, é um indício claro de que o Mercosul trabalha com a real possibilidade da abertura das fronteiras ao livre trânsito dos profissionais para em breve (AGUIAR FILHO, 2012).

Devido à complexidade do tema abordado, não pretendemos fornecer respostas acabadas para as questões aqui levantadas. É importante salientar que a limitação deste artigo é que ele se constitui em produto de uma dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública, com ênfase na gestão do trabalho em saúde, que permitiu avançar na perspectiva da compreensão da área no Mercosul, sendo que no futuro, uma atualização sobre as estruturas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes do Mercosul e seu papel no processo de integração regional possa ser realizada, para conhecermos os avanços ocorridos, entendendo que o presente estudo constitui ponto de partida para futuras análises, já que a questão da gestão do trabalho em saúde no Mercosul ainda é assunto muito pouco explorado, com poucos estudos sobre o tema.

Finalizando, esperamos que este trabalho contribua para o debate em relação aos problemas enfrentados pela gestão do trabalho no âmbito do Mercosul, proporcionando que, em breve, tenhamos não apenas os países do Mercosul, mas toda a América Latina unida por laços indissolúveis de fraternidade e na busca do bem-estar e da justiça social para seus povos. ■

Referências

AGUIAR FILHO, W. *A gestão do trabalho em saúde no Mercosul*. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Chamado a Ação de Toronto 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

GUZZO, F. C. R. G. Aspectos institucionais do Mercosul. *Revista Jurídica da FAMINAS*, Muriaé, v. 4, n. 1, p. 77-99, jan./jul. 2008.

MAGNOLI, D., ARAÚJO R. *O Projeto da Alca: Hemisfério americano e Mercosul na ótica do Brasil*. São Paulo: Moderna, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe*. San José: OPAS, 2008.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2017.

PRONKO, M. *et al.* (Org.). *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

Os Recursos Humanos em Saúde dez anos após a reforma sanitária no Uruguai

The Health Human Resources ten years after the health reform in Uruguay

Cyntia Buffa¹, Cecilia Cárpene², Gabriela Pradere³, Mijail Yapor⁴

¹Graduação em sociologia. Integrante da equipe técnica do Departamento de Mercado de Trabajo da División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) - Uruguai. cbuffa@msp.gub.uy

²Graduação em economia. Diretora do Departamento de Mercado de Trabajo da División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) - Uruguai. mcarpena@msp.gub.uy

³Graduação em economia. Diretora da División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) - Uruguai. gpradere@msp.gub.uy

⁴Graduação em economia. Integrante da equipe técnica do Departamento de Mercado de Trabajo da División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempesa)/Junta Nacional de Salud (Junasa) do Ministerio de Salud Pública (MSP) - Uruguai. myapor@msp.gub.uy

RESUMO Este trabalho realiza uma atualização e uma projeção dos principais assuntos relacionadas à provisão, avaliação e monitoramento dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) no Uruguai dez anos após a reforma da saúde. Através do processamento de pesquisas nacionais e registros administrativos, analisa a oferta e demanda dos RHS. Conclui que os prestadores devem se aprofundar na articulação público-privada e acelerar a convergência das condições de trabalho; que se deve continuar a trabalhar na redução das desigualdades geográficas de acesso aos RHS de qualidade; e melhorar os aspectos da governança, de forma a permitir o desenvolvimento de um planejamento efetivo, a longo prazo, das necessidades reais de recursos para um país pequeno e de fácil acesso.

PALAVRAS-CHAVE Recursos Humanos em Saúde. Governança. Planejamento. Avaliação. Monitoramento.

ABSTRACT *This work performs a set-up and a projection of the main issues related to the endowment, evaluation and monitoring of Human Resources in Health in Uruguay, ten years after the Health Reform. Through the processing of national surveys and administrative records analyzes the supply and demand of Human Resources in Health (HRH). It concludes that providers should deepen public-private articulation and accelerate a convergence of working conditions; that further efforts must be made to reduce geographical inequalities in access to quality HRH; and improve governance aspects in such a way as to enable effective long-term planning of real resource needs in a small, easily accessible country.*

KEYWORDS *Health manpower. Governance. Planning. Evaluation. Monitoring.*

Introdução

Os Recursos Humanos em Saúde (RHS) são meios essenciais de qualquer sistema de saúde. Sua dotação, distribuição, formação e capacitação são determinantes fundamentais quando se trata de definir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade e de maneira oportuna. O governo uruguaio, que assumiu em 2005, iniciou um processo de reforma da saúde, consagrado na Lei nº 18.211, que estabelece a criação, funcionamento e financiamento do atual Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), cujo objetivo central é o de estabelecer a atenção integral a todos os habitantes que residem no País, garantindo-lhes a sua cobertura equitativa e universal. Entre os objetivos do SNIS estão o “aproveitamento racional dos recursos humanos, materiais e financeiros e da capacidade sanitária instalada e a instalar-se”, e

promover o desenvolvimento profissional contínuo dos recursos humanos para a saúde, o trabalho em equipes interdisciplinares e a pesquisa científica. (URUGUAY, 2007, N. P.).

O planejamento e a formação dos recursos humanos a que fazem referência estes objetivos devem ser considerados em um contexto nacional complexo, onde vários fatores de diferentes tipos afetam a situação atual e futura dos RHS. O setor saúde tem uma importância relativamente alta no contexto do emprego nacional (cerca de 7% do total), com níveis salariais superiores à média nacional, embora com alto grau de desigualdade interna¹, em uma realidade de altas cargas horárias, em grande medida explicadas pelo elevado nível de emprego múltiplo (por exemplo, mais de 75% dos profissionais médicos têm mais de 1 emprego). Ao se analisar as instituições que exigem RHS, se observa uma forte fragmentação, tanto no setor público quanto privado, com importantes disparidades em termos de condições de trabalho e remuneração, que se agudiza ao se considerarem as diferenças territoriais entre a capital e o resto do País.

Do ponto de vista da determinação da oferta dos RHS, o panorama é igualmente complexo, na medida em que a fragmentação das ofertas formativas torna extremamente complexa uma adequada articulação institucional e dificulta, portanto, a governança em termos de formação.

Neste contexto, o Ministério de Saúde Pública (MSP) se propôs a fortalecer seu papel de direção dos RHS, no momento em que atravessava um processo de importantes mudanças institucionais, dividido em três períodos claramente diferenciados: de 2005 a 2009, quando o foco foi na criação de sistemas de informação confiáveis; de 2010 a 2015, com destaque para a geração da institucionalidade necessária ao desenvolvimento de políticas específicas, e a partir de 2015, com a etapa de consolidação e aprofundamento dos processos já iniciados, em especial pela geração de ferramentas para a avaliação e monitoramento das políticas dos RHS.

O presente artigo se concebe da seguinte forma: na primeira parte são analisados os aspectos centrais da organização e planejamento da estrutura e distribuição dos RHS no Uruguai; a segunda parte apresenta a situação atual dos RHS; e a terceira aborda os principais desafios da política, nessa matéria, a serem desenvolvidos nos próximos anos.

Alcances e desafios da governança dos RHS

A aprovação da Lei nº 18.211, em 2007, implicou uma redefinição dos princípios orientadores do MSP, alterando o eixo central de suas competências para o exercício real de direção do setor de saúde e de seu papel como autoridade sanitária para proteger a saúde da população, através de políticas e ações com ênfase na prevenção e promoção, que cumprissem os princípios de integralidade, universalidade, qualidade, equidade, eficácia, eficiência e da participação social.

No âmbito das mudanças realizadas pela reforma ressalta-se o papel central dos trabalhadores da saúde para materializar os objetivos da mesma, tendo presente que as

¹ O salário médio do subsetor privado, em 2016, era de 55.391 pesos uruguaios, de acordo com o processamento do Sistema Básico de Controle e Análise de Recursos Humanos (SCARH), enquanto a renda média nacional era de 23.115, de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Com respeito à desigualdade salarial no mesmo subsetor, a relação salarial entre um cargo de gerente não médico de uma Instituição de Assistência Médica Coletiva (Iamc) e um cargo de serviço geral era de 40 por 1, enquanto que entre profissionais de saúde com um vínculo assistencial direto, o índice é de 10 a 1, entre especialidades anestésico-cirúrgicas e de enfermagem (processamento próprio de SCARH 2016).

competências, em matéria de direção dos RHS, têm estado dispersas entre uma multiplicidade de instituições. Com relação à formação dos RHS, a Universidad de la República (UdelaR) é principal ator² com autonomia acadêmica consagrada na Lei Orgânica³. Cumpre o duplo papel de formador e regulador, uma vez que determina a quantidade e o perfil dos profissionais que forma por meio das vagas que oferece tanto para a Escola de Tecnologia Médica como para as residências e estudos de pós-graduação nos casos correspondentes. O País conta também com instituições privadas terciárias e não terciárias, reguladas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) onde o MSP não tem incidência na quantidade e qualidade dos recursos humanos que forma.

Nos aspectos relacionados aos salários, formas de remuneração e condições de trabalho, as definições são tomadas no âmbito da Negociação Coletiva tripartite, no primeiro caso e bipartite no segundo caso. Neste contexto, o papel principal é desempenhado pelo Ministério de Trabalho e Seguridad Social⁴ (MTSS).

Devem ser somados a estes atores a multiplicidade de prestadores de serviços de saúde pública (Administração de Serviços de Saúde do Estado – Asse; Saúde Policial; Saúde Militar etc.) e de saúde privada (Instituições de Assistência Médica Coletiva – Iamcs, seguros integrais e prestadores parciais), que determinam a demanda por estes recursos. Também é importante destacar o papel dos coletivos de trabalhadores no campo da saúde (Federação Uruguaia de Saúde – FUS⁵, Federação de Funcionários de Saúde Pública – FFSP⁶, União Médica do Uruguai – SMU⁷) não apenas pela participação nos Conselhos Salariais e seus possíveis efeitos nas condições de trabalho, mas também pela participação nos diferentes espaços de governança do SNIS (Junta Nacional de Saúde – Junasa, Conselhos Assesores Honorários – Judesas, Consultivos etc.).

Em resumo, a direção, no campo dos RHS,

se encontra compartilhada entre MTSS, MEC, UdelaR, MSP e os diferentes espaços de participação existentes. O papel do MSP, nesta área, depende, portanto, da vontade política das outras autoridades para coordenar interinstitucionalmente.

É nesse cenário complexo que o MSP tem a responsabilidade de “elaborar as políticas e normas segundo as quais se organizará e funcionará o Sistema Nacional Integrado de Saúde, e exercerá o controle geral de sua observância” (URUGUAY, 2007, N. P.), o que cria a necessidade de o MSP desempenhar um papel ativo no campo dos RHS.

Nesse aspecto, o MSP optou, desde então, por se posicionar como um ator-chave, gerando capacidade técnica e política para gestionar as ações necessárias que reúnem os diferentes interesses das instituições mencionadas acima, colocando ênfase nas necessidades assistenciais da população. Os objetivos centrais levantados são os de construir e implementar políticas e ações para o desenvolvimento dos RHS, de acordo com a realidade de saúde da população, com as necessidades e objetivos do SNIS e com as expectativas de direitos dos usuários do sistema. Isso implica gestionar e incidir institucionalmente no campo dos RHS, com os distintos atores envolvidos, tomando-os como sujeitos ativos e eixo essencial para a adequada atenção em saúde.

A meta, então, é avançar no exercício da governança⁸, articulando os diferentes atores para construir, assim, organizações inteligentes que consolidem estratégias para atingir seus objetivos, passíveis de serem adaptadas de acordo com as mudanças no seu contexto. A governança de uma instituição refere-se a modelos democráticos e participativos de organização, por meio dos quais prevalece uma visão estratégica compartilhada por múltiplos atores. Mas, refere-se, também, à transparência de processos e decisões na busca de eficiência e de compromissos que favoreçam o desenvolvimento de práticas, relações e

² 63% dos títulos dos profissionais da saúde, registrados no MSP, provém da Universidad de la República.

³ “A Universidade se desenvolverá, em todos os aspectos de sua atividade, com a mais ampla autonomia” art. 5 da Lei Orgânica da UdelaR.

⁴ “Sejam criados os Conselhos de Salários que terão a tarefa de fixar o salário mínimo por categoria de trabalho e atualizar as remunerações de todos os trabalhadores do setor privado [...]. O Conselho de Salários também pode estabelecer condições de trabalho para os casos acordadas pelos delegados de empregadores e trabalhadores do respectivo grupo de salários” art. 12 da Lei de Negociação Coletiva (MTSS, 2016).

⁵ A FUS nucleia os trabalhadores não médicos do setor privado.

⁶ A FFSP nucleia os trabalhadores do setor público.

⁷ O SMU é uma associação profissional que agrupa o corpo médico representando-os nas negociações com o setor público e com o setor privado.

⁸ “A essência da governança consiste na importância primordial que atribui aos mecanismos de governo, que não se baseiam no recurso exclusivo das autoridades governamentais ou nas disposições decididas por elas. [...] A governança não se caracteriza pela hierarquia, mas sim pela interação de atores corporativos autônomos e por redes entre organizações” (PERAL, 2005, P. 759).

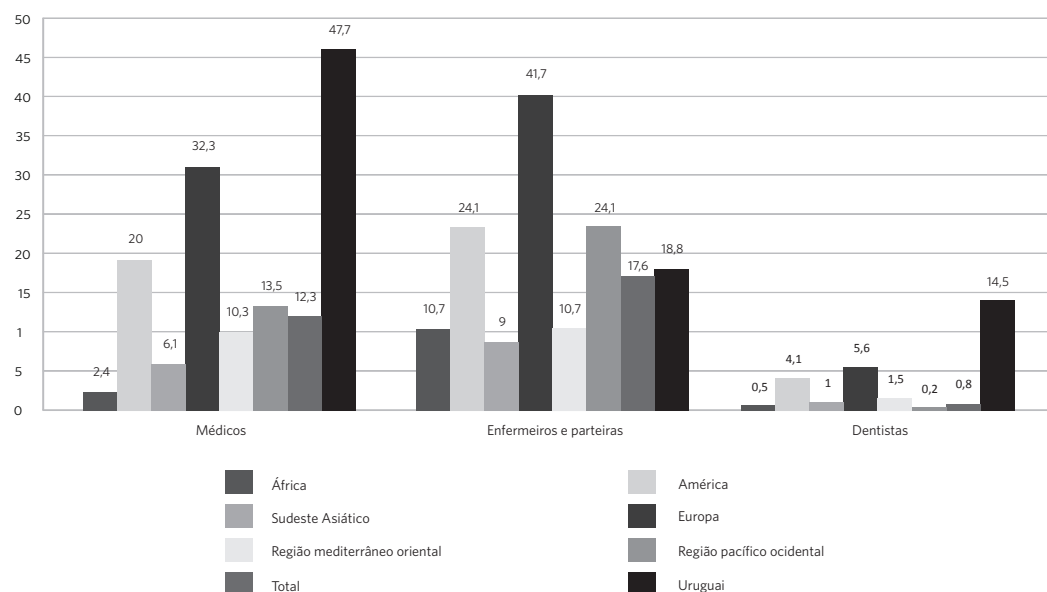
capacidades em direção ao avanço de políticas que atendam às necessidades dos usuários e da comunidade, e que favoreçam, além disso, a construção das bases de novas práticas de governo através da abordagem longitudinal de projetos e programas, com o controle e o cuidado dos bens comuns e dos serviços sociais, baseados em modelos deliberativos e em burocracias focadas na eficiência e no trabalho especializado.

Situação atual e perspectivas do RHS

DESCRIÇÃO GERAL DOS RHS

Considerando a razão de profissionais de saúde por 10.000 habitantes, no *gráfico 1* pode-se observar que o Uruguai se encontra em uma posição privilegiada, superando mesmo os níveis da Europa, no caso de médicos e dentistas. Esta situação, que vem de há muito tempo, coloca o Uruguai entre os países com a melhor dotação de RHS na América Latina.

Gráfico 1. Densidade de profissionais de saúde por 10.000 habitantes



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do World Health Statistics 2016 da OMS e Anuário Estatístico do INE - 2016.

De acordo com dados do Sistema de Habilitação e Registro de Profissionais de Saúde (SHARPS), do MSP, de março de 2017, o Uruguai tem, atualmente, 16.268 médicos, 6.176 enfermeiros e 23.606 auxiliares de enfermagem⁹. No total, no ano de 2016, o setor de saúde do Uruguai empregava 110 mil trabalhadores, de acordo com dados da Pesquisa Contínua de Domicílios (Encuesta Continua de Hogares – ECH), do Instituto Nacional de Estadística

(INE), o que representava 6,7% do emprego total¹⁰. Considerando-se a condição de ocupação da ECH, observa-se que 45% das ocupações se orientam para a assistência direta, sendo a maioria de médicos e auxiliares de enfermagem¹¹.

As demais ocupações (55%) são integradas principalmente por funcionários administrativos, cuidadores e auxiliares de serviços gerais (ver *tabela 1*). Outra condição

⁹ A *tabela A.1*, do Apêndice, mostra a estrutura das dotações, incluindo todas as profissões da saúde.

¹⁰ Dados calculados a partir do ECH, do ano 2016, do INE. O ramo de atividade é identificado com base na Classificação Industrial Internacional Uniforme Rev. 4, adaptada ao Uruguai com os seguintes códigos: 8610 Atividades hospitalares; 8620 Atividades de médicos e dentistas, Clínicas médicas, exceto estética corporal, Serviços odontológicos, Clínicas médicas de estéticas corporais, Outras atividades médicas; 8690 Outras atividades relacionadas à saúde humana, Serviços de acompanhamento de pacientes, Serviços de laboratórios de análises clínicas e radiológicas, Serviços de ambulância, Outras atividades relacionadas à saúde humana.

¹¹ A ocupação dos trabalhadores, na ECH 2016, se dá a partir da ocupação principal, de modo que os valores absolutos não coincidem necessariamente com o total de profissionais do País.

do setor é a alta feminilização de sua força de trabalho. Como pode ser visto na *tabela 1*, em todas as categorias profissionais as mulheres representam mais de 50% dos trabalhadores da categoria, mas essa porcentagem aumenta substancialmente quando se trata de trabalhadores não médicos. Em termos etários, cerca de 80% dos profissionais de saúde têm entre 30 e 60 anos. Os trabalhadores médicos são aqueles que entram mais tarde no mercado de trabalho e permanecem

em idades mais longas, o que reflete também os tempos diferenciais da educação formal se comparados aos das outras profissões. Em relação ao nível educacional, existe uma dispersão importante entre as categorias profissionais. Da mesma maneira, dentro de ‘outras categorias’ a situação é muito heterogênea, onde se localizam os níveis educacionais mais baixos: 60% desses trabalhadores têm menos de 12 anos de escolaridade e 12% têm menos de 7 anos.

Tabela 1. Principais características dos RHS – Uruguai, Ano 2016

Categoria de ocupação	Estrutura dos RHS	Mulheres	Ratio >40/<40 anos de idade	Anos de educação média	Cobertura Seguridade Social
Médicos	11%	56%	2,0	21,3	100%
Enfermeiros	5%	89%	1,1	16,5	100%
Outros profissionais	9%	81%	1,5	17,6	93%
Técnicos	7%	76%	0,9	14,7	94%
Auxiliares de enfermagem	13%	83%	1,0	12,1	99%
Outras categorias	55%	73%	1,3	10,8	95%
Total	100%	74%	1,3	13,3	96%

Categoria de ocupação	Algum tipo de precariedade	Multiemprego	Nº de empregos média	Subemprego	Horas semanais média trabalhadas
Médicos	13%	75%	2,3	4%	52,3
Enfermeiros	11%	35%	1,4	4%	45,0
Outros profissionais	12%	38%	1,5	17%	35,0
Técnicos	17%	37%	1,5	7%	39,9
Auxiliares de enfermagem	13%	26%	1,3	6%	43,3
Outras categorias	14%	15%	1,2	10%	40,2
Total	14%	28%	1,4	9%	41,7

Fonte: Elaboração própria com base em dados do ECH 2016 do INE.

Em termos de qualidade de emprego, diferentemente de outros setores, a precariedade do trabalho, medida como a cobertura através da seguridade social, não é o problema fundamental. O setor da saúde, em termos relativos, está fortemente regulado, o que afeta diretamente a precariedade medida dessa forma

(4,1%). Se partirmos de uma definição mais ampla, que inclui outros direitos trabalhistas, observa-se que a mesma eleva-se para 14%, para todo o conjunto dos trabalhadores, principalmente quando associada ao reconhecimento de horas extras ou licença por doença (ver *tabela A.2*, em Apêndices, para um maior

detalhamento desses dados).

Outro aspecto vinculado à qualidade do emprego é o *multiemprego*, calculado, aqui, como a porcentagem de pessoas com mais de um posto de trabalho no setor (ver *tabela A.3*, em Apêndices). Os acordos das décadas de 1960 e 1990 definem cargas horárias baixas, principalmente no caso dos médicos, que permitem e inclusive incentivam o trabalho em múltiplas instituições, repercutindo diretamente na qualidade de vida do trabalhador e na qualidade da assistência.

Finalmente, dentro das dimensões associadas à qualidade do emprego, as cargas horárias e a procura de emprego são analisadas. Em termos gerais, observa-se que embora os acordos estabeleçam cargos com baixa dedicação horária em relação a outros setores, os trabalhadores da saúde, consideradas todas as suas ocupações, trabalham em média mais de 40 horas por semana (ver *tabela A.4*, em Apêndices).

Em síntese, o Uruguai conta com uma importante dotação de RHS, na qual a força de trabalho está fortemente feminilizada. No setor saúde, a precariedade em todas as suas dimensões é substancialmente menor que em outros setores, concentrando-se, os problemas, no *multiemprego*, que é o maior em termos relativos¹². Por outro lado, os baixos níveis educacionais de algumas categorias de trabalho representam um importante desafio a médio prazo para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados, mas também para proporcionar melhores condições de desenvolvimento futuro dos trabalhadores.

DISTRIBUIÇÃO DOS RHS

Os indicadores gerais de dotação em nível nacional, que são extremamente favoráveis para o nosso país, escondem problemas importantes, que afetam o acesso à saúde e à qualidade dos serviços prestados à população. Neste sentido, distinguem-se dois problemas principais: um, associado à distribuição dos RHS e, outro, de sua composição.

No que diz respeito à distribuição territorial dos profissionais de saúde, considerando-se o período de 2005 a 2015, observa-se uma melhoria na distribuição territorial de médicos e enfermeiras profissionais. Embora ambas as categorias tenham aumentado durante este período, a variação foi maior em praticamente todos os departamentos do interior do País em relação a capital Montevideu (ver *gráfico A.1*, em Apêndices).

De toda forma, persistem problemas territoriais. Como o conjunto da população, os trabalhadores de saúde tendem a se concentrar na capital do País e na área metropolitana ou nos principais centros urbanos do interior. De acordo com dados do INE, de 2016, a densidade de médicos, para cada 10 mil habitantes de Montevideu, mais do que triplica em relação à do interior, e dobra no caso da enfermagem. O que pode ser observado é que existe uma maior dotação relativa, no local ou na área, nos departamentos onde ocorre a formação. Este dado é relevante quando se pensa em políticas de distribuição territorial. Embora os incentivos salariais possam ser uma opção de política, a descentralização da formação parece ter um impacto importante, uma vez que evita o desenraizamento e melhora as possibilidades de desenvolvimento profissional e acadêmico fora da capital.

Para obter-se uma maior abertura por especialidade dos profissionais médicos, a única informação disponível é a que emerge dos registros administrativos do MSP. Se for discriminado por grupos de especialidades médicas (especialidades básicas, especialidades médicas e especialidades anestésico-cirúrgicas), tanto para o principal provedor integral público (Asse) quanto para os principais provedores integrais privados (Iamc), a zona sul do país é a que apresenta um maior número de profissionais, com as chamadas especialidades básicas e com os indicadores mais semelhantes entre as regiões, especialmente no subsetor privado.

¹² A precariedade, medida como a falta de aportes à seguridade social, afeta 25% do total de ocupados do País e considerando todas as dimensões este dado se eleva a 35%. No caso do *multiemprego*, afeta 1% dos ocupados totais do País. Dados da ECH de 2016.

Tabela 2. Densidade de pessoas por 10.000 usuários por zona geográfica - Uruguai, 2007-2016

	Quantidade de pessoas Asse	Ratio 2007/2016 Asse	Quantidade de pessoas lamc	Ratio 2007/2016 lamc
Especialidades Básicas				
Sul	29.8	1,6	24.3	1,2
Este	25.2	1,5	24.7	1,2
Oeste	26.0	1,5	27.7	1,4
Norte	15.9	1,3	25.1	0,9
Direções* especializadas	1.5	1,5		
Total EB	26.6	1,4	23.9	1,2
Especialidades Médicas				
Sul	21.5	2,0	22.4	0,9
Este	9.1	1,5	13.3	1,0
Oeste	10.6	1,6	19.0	1,0
Norte	8.1	1,4	14.4	0,8
Direções especializadas	1.8	1,6		
Total EM	15.8	1,7	18.8	0,9
Especialidades Anestésico-cirúrgicas				
Sul	12.4	1,7	13.6	1,1
Este	8.5	1,4	12.4	1,2
Oeste	9.6	1,2	12.6	0,9
Norte	6.7	1,1	11.3	0,8
Direções especializadas	0.7	1,4		
Total AQ	10.0	1,4	11.7	1,0

Fonte: SCARH, Lotus notes Asse e Censo de usuários da saúde 2007-2016.

* Dentro dos endereços especializados se incluem: Instituto de Oncologia, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Instituto de Reumatologia, Laboratório Dorrego, Serviço Nacional de Sangue, Hospital Vilardebó, Hospital Piñeyro do Campo, Centro de Informação e Referência Nacional de Drogas, Direção do Sistema de Atenção Integral das Pessoas, Centro de Reabilitação Médico Ocupacional e Psicossocial.

Nota: Departamentos incluídos em cada zona: Sul: Montevideo e Canelones. Este: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha e Treinta y Tres. Norte: Artigas, Durazno, Rivera, Salto e Tacuarembó. Oeste: Colonia, Flores, Florida, Paysandú, Rio Negro, San José e Soriano.

As densidades apresentadas na *tabela 2* permitem que a análise seja realizada dentro de cada subsetor, mas não a comparação entre subsectores. Na medida em que os regimes de trabalho e as cargas horárias são muito diferentes entre os dois, as pessoas, como uma unidade de medida, não servem para comparar a disponibilidade inersetorial.

De qualquer forma, observa-se que a densidade de especialidades por 10.000 usuários aumentou significativamente no ano de 2007, para todas as regiões do País, não podendo se

observar um efeito de redistribuição entre as zonas durante este período¹³.

Além disso, as densidades por zona geográfica permitem um diagnóstico geral sobre aspectos relacionados à distribuição territorial, mas é importante que a discussão sobre as políticas, nessa matéria, incorporem a escala do nosso país, com suas características geográficas, para obter-se maior eficiência na distribuição de recursos humanos. Da mesma forma, é importante ter em mente que a escala repercute na qualidade dos serviços, uma vez que incide

¹³ É importante esclarecer que, no caso das lamcs, em que as densidades aumentam menos em termos relativos ou são mantidas, isso implica um maior número de recursos, dado o aumento registrado na quantidade de usuários desse subsetor, durante o período analisado.

na capacidade ou não de manter e melhorar as habilidades dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, é fundamental organizar os serviços, levando-se em consideração todos esses aspectos. As políticas territoriais devem priorizar a residência, no território, dos profissionais do primeiro nível de assistência e devem desenvolver uma rede de serviços que garanta o acesso oportuno aos outros níveis de atendimento. Neste sentido, deve-se, também, dar prioridade à definição de centros de referência nacionais, que permitam otimizar recursos e melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de atenção às patologias de baixa prevalência.

ESTRUTURA DAS DOTAÇÕES

Outro problema oculto pelos indicadores gerais da dotação de RHS tem relação com a composição interna da mesma. Uma característica distintiva do nosso sistema de saúde é a alta quantidade relativa de médicos e auxiliares de enfermagem, em relação à insuficiência de enfermeiras profissionais. Em termos gerais, existe uma proporção de 1,5 auxiliares de enfermagem para cada médico, e de 2,6 médicos para cada enfermeira. Nesse sentido, a Faculdade de Enfermagem da Udelar tem realizado esforços significativos para melhorar a disponibilidade de enfermeiras, com planos de profissionalização, permitindo, assim, que a densidade de enfermeiras por 10.000 habitantes, duplicasse entre 2005 e 2015 (ver *gráfico A.2*, em Apêndices). De toda forma, continuam persistindo problemas de dotação para cobrir as necessidades do segundo e terceiro níveis de atenção e, no que se refere ao primeiro nível, condiciona o avanço das mudanças do modelo de atenção, já que, de acordo com o seu perfil de formação poderiam ser chaves para o desenvolvimento da estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS).

Por outro lado, no que se refere aos profissionais médicos, embora não haja problemas em termos globais, a disponibilidade de algumas especialidades gera dificuldades na cobertura dos serviços de saúde.

Ainda que a grande maioria dos médicos tenha uma especialização (52% dos médicos cadastrados na Escola de Pós-Graduação), a quantidade de especialistas nem sempre corresponde às necessidades de saúde da população: do total de médicos que possuem uma especialidade, apenas 19,4% estão dentro das especialidades básicas (pediatria, medicina familiar e comunitária e medicina rural), 58,8% têm especialidades médicas e 21,8% correspondem a especialidades anestésico-cirúrgicas. A relativa escassez de algumas especialidades médicas é gerada por múltiplas vias.

Por um lado, pode estar determinada pelo número de egressos das residências ou pós-graduações. Sobre este aspecto, há a influência do número de vagas que se abrem nas residências a cada ano, mas, também, dos sinais do mercado de trabalho, em termos de incentivos salariais ou não salariais (como pode ser o 'prestígio') sobre o exercício profissional posterior.

Por outro lado, a relativa escassez é dada pela organização dos serviços e do trabalho propriamente dito. No que se refere aos serviços, a superposição desnecessária de estabelecimentos e infraestrutura implica uma alocação ineficiente de carga de trabalho, determinando uma escassez relativa e uma subutilização das capacidades. No que se refere à organização do trabalho, a fragmentação dos cargos e a baixa disponibilidade horária, definida nos acordos dos anos 1960 e 1990, representam uma grande complexidade para o mercado de trabalho, o que muitas vezes resulta em problemas de cobertura.

Do mesmo modo, os âmbitos do exercício profissional das distintas especialidades não estão resolvidos na maioria dos casos, solucionado-os, na prática, de acordo com o poder de cada grupo profissional e de sua relação com o *status quo*.

Finalmente, a escassez relativa, em alguns casos, ocorre entre os subsetores público e privado. Esta situação manifesta-se na medida em que a regulação, em termos de mercado de trabalho, diverge entre os prestadores, permitindo a concorrência desigual

para a apropriação de recursos relativamente escassos.

Com base nesse diagnóstico, se realiza, em 2010, a reforma do regime de trabalho médico, com as seguintes diretrizes e critérios gerais: aumento ou adequação da carga horária em uma mesma instituição; polifuncionalidade do cargo; modificação dos mecanismos de pagamento variável, em conformidade com os objetivos prioritários; e acordo médico único a nível nacional (URUGUAY, 2010).

Em síntese, os problemas denominados geralmente como ‘especialidades críticas’ são

multicausais e, por isso, exigem diferentes abordagens de políticas públicas que devem superar o reducionismo da visão apenas a partir da formação.

Em relação à demanda de trabalhadores da saúde, também é necessário analisar o que faz a distribuição interna nas instituições (áreas e níveis assistenciais), a fim de se projetarem políticas que busquem equilibrar um modelo de atenção baseado em um primeiro nível assistencial, com capacidade resolutiva, e um segundo e terceiro níveis preparados em termos de capacidades tecnológicas e humanas.

Tabela 3. Distribuição das horas de trabalho por nível de assistência. Iamc – Uruguai, 2016*

	Médicos	Aux. Enfermagem	Lic. Enfermagem	Outros profissionais da saúde
Policlínica	28.8%	19.0%	7.8%	63.3%
Radio	5.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Urgência desc.	7.2%	1.5%	0.1%	0.2%
Serviço de emergência centralizado	12.3%	7.0%	7.1%	3.1%
Total Ambulatório	53.7%	27.5%	14.9%	66.5%
Cuidados Moderados	24.1%	60.6%	71.3%	29.9%
CTI	7.2%	11.6%	13.7%	0.3%
Plantão médico a distância	14.9%	0.3%	0.1%	3.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SCARH (2016).

* Não se conta com a discriminação de horas por áreas de assistência para o subsetor público.

A *tabela 3* destaca a porcentagem de horas destinadas à área ambulatorial, para a qual se dirige a maior parte das horas médicas, ao mesmo tempo em que para o pessoal de enfermagem as horas são amplamente orientadas para o setor de cuidados moderados. A área de policlínica se associa diretamente ao primeiro nível de atenção, especificamente aos controles dirigidos para grupos etários e promoção da saúde. Do total de horas policlínicas do setor privado, 38% são horas contratadas para profissões relacionadas à APS e que estão habilitadas para serem os médicos de referência que dão seguimento longitudinal aos seus usuários.

Esta porcentagem compreende 27% das horas de médicos de clínica geral, 11% de pediatras e 0,5% de médicos de família.

POLÍTICAS SALARIAIS

Desde o início da reforma, a política salarial ocupou um lugar central, circunscrita, por sua vez, por uma política salarial de governo mais geral, cujo resultado tem sido uma constante recuperação dos salários. A marcante perda de poder de compra, observada após a crise de 2002, fez com que durante os primeiros cinco anos da reforma da saúde, o eixo central em

matéria de salário fosse conseguir uma série de aumentos reais que permitissem a recuperação do salário real perdido, podendo-se observar essa evolução nos acordos do setor privado. Por outro lado, a recuperação dos salários, uma vez alcançados os níveis anteriores à crise, possibilitou afirmar que, nos últimos dez anos (de março de 2007 a março de 2017), os salários reais do setor tiveram um aumento mínimo real de 32%¹⁴.

As características da evolução salarial mencionadas acima são mantidas quando se considera a trajetória dos salários

efetivamente pagos neste setor. Conforme mostrado na *tabela 4*, a seguir, os salários reais do setor privado, em todos os casos, apresentam uma variação, entre 2008 e 2016, acima do estabelecido nos acordos do Conselho Salarial.

Desta forma, é possível verificar que, no setor privado, as diretrizes salariais foram respeitadas e, mesmo em certos casos, a evolução real foi superior, uma vez que localiza o setor, como um todo, em uma realidade salarial marcadamente diferente da dos anos que se seguiram imediatamente à crise.

Tabela 4. Variação do salário real – Pessoal hospitalar – Uruguai, 2008 a 2016

	Variação (em %)
Laudos	
Médicos	21
FUS salários menores	23
FUS salários maiores	27
Remunerações efetivas lamcs	
Valor hora EB	42
Valor hora EM	49
Valor ato AQ	39
Valor hora Enfermagem	28
Valor hora Aux. Enfermagem	26
Valor hora outros prof. da saúde	23
Remunerações efetivas Asse	
Pol. Medicina Geral	82
Guarda Medicina Geral	58
Pol. Especialidades Médicas	82
Guarda Especialidades Médicas	72
Enfermeiros	139
Aux. de Enfermagem	22
Outros prof. da saúde	127
Índice de Salário Real	32
Produto interno bruto*	30

Fonte: Elaboração própria com base em dados de SCARH, MTSS, BCU.

*Último dado disponível ano 2015.

¹⁴ Ver gráfico A.3, em Apêndices, para mais detalhes sobre esta evolução.

O subsetor público também se caracterizou por uma marcante recuperação salarial, com o condicionante adicional de que os níveis iniciais eram extremamente baixos, como pôde ser visto na tabela anterior. Dada a estrutura salarial plana existente na Asse, no início da reforma, os diferentes ajustes salariais parecem ter sido direcionados para corrigir esse fenômeno, reconhecendo-se, assim, as diferentes especificidades das profissões que compõem as equipes assistenciais ¹⁵.

Perspectivas para o futuro e reflexões finais

Os principais desafios a serem abordados pela política pública têm a ver com o planejamento em matéria de RHS. As complexidades do mercado de trabalho, acima descritas, juntamente com os problemas de disponibilidade que se apresentaram, tornam imperativo avançar-se nesta área.

O planejamento dos RHS implica, por um lado, identificar quais as necessidades de recursos – de acordo com a população e suas características socioculturais e epidemiológicas – e os recursos disponíveis para atender essas necessidades, levando-se em consideração a escala de nosso país e suas características geográficas. Ao mesmo tempo, requer analisar e intervir na organização dos serviços e do trabalho, com uma perspectiva de médio e longo prazos, com o objetivo de otimizar recursos.

Em termos dos componentes do planejamento, nos últimos anos foram feitos

progressos na geração de insumos, principalmente no que se refere aos sistemas de informação, tanto do MSP como de outras agências que afetam o processo. O principal aspecto sobre o qual ainda se precisa avançar é o da definição de padrões nacionais de dotação de recursos humanos, que considere as características do nosso país em termos demográficos, epidemiológicos e socioculturais, bem como a definição de áreas de competência de cada profissional. Nestes anos, houve diferentes experiências de estimativa de lacunas que tiveram a virtude de serem desenvolvidas de forma colaborativa com outras instituições e atores do setor, mas que não tiveram a periodicidade necessária e se limitaram a realizar uma análise estática do problema.

No que diz respeito à organização do trabalho, desde o ano de 2010 se vem atuando sobre a reforma do trabalho médico, com o objetivo de melhorar a organização dos serviços e as condições de trabalho dos médicos, repercutindo, assim, na melhoria da qualidade da atenção oferecida à população. A reforma do trabalho médico é um processo que vem sendo desenvolvido no campo da negociação coletiva, implicando no trabalho conjunto dos vários atores envolvidos: poder executivo (MSP, MTSS, e Ministério da Economia e Finanças – MEF), prestadores de saúde e trabalhadores médicos.

Nesse sentido, os principais desafios são: i) continuar avançando no novo regime de trabalho médico; ii) integrar o resto da equipe de saúde neste processo de reforma; e iii) desenhar mecanismos de avaliação para monitorar os impactos da reforma nos serviços assistenciais. ■

¹⁵ A estes aumentos salariais gerais devem ser adicionados acordos específicos, tanto na esfera do subsetor médico como do não médico. A título de exemplo, no âmbito dos funcionários não médicos foram acordados, entre outros, regimes salariais diferenciais para o pessoal de Block, Farmácia, Citostáticos, Centro de Terapia Intensiva (CTI), Hemoterapia e Imagenologia. No caso dos médicos, o pagamento de uma variável para plantão de especialidades médicas, com pagamentos variáveis: especialidades anestésico-cirúrgico – Variável Cirúrgica (VAQ), Variável de Primeiro Nível (VPN) e Variável de Segundo Nível (VSN) são exemplos de acordos específicos acima dos aumentos gerais.

Referências

PERAL, A. N. Nuevas estructuras y redes de gobernanza. *Revista Mexicana de Sociología*, Ciudad de México, v. 67, n. 4, p. 775-791, oct./dic. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032005000400004>. Acesso em: 20 set. 2017.

URUGUAY. *Ley nº 18.211 del 13 de Diciembre de 2007*. Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1228254.htm>>. Acesso em: 29 set. 2017.

_____. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). *Acta Consejo de Salarios*. Montevideo: MTSS, 2010. Disponível em: <<https://www.mtss.gub.uy/documents/11515/db5b55d9-a44f-4390-b77e-57e27711d205>>. Acesso em: 29 set. 2017.

_____. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). *Actas Consejo de Salarios*. Montevideo: MTSS, 2016. Disponível em: <<https://www.mtss.gub.uy/web/mtss/salud-general>>. Acesso em: 23 out. 2017.

Apêndices

Tabela A.1. Número de profissionais de saúde registrados no MSP – março de 2017

Médicos	16.268
Enfermeiros	6.176
Aux. Enfermagem	23.606
Nutricionistas	1.913
Psicólogos	7.837
Obstetras parteiras	619
Dentistas	4.208
Outros profissionais da saúde*	6.719

Fonte: Elaboração própria com base em dados da SHARPS, março de 2017.

* Todas as categorias de profissionais que a Escola de Tecnologia Médica forma estão incluídas, considerando parte dessas categorias também para graduados do setor privado.

Tabela A.2. Dimensões da precariedade de trabalho por categoria profissional. Média anual de 2016

	Não contribui para o fundo de aposentadoria	Não contribui para o salário total	Nenhuma hora extra é reconhecida através de pagamento, compensação, dias de férias adicionais	Não tem férias anuais pagas ou pagamento por licença não gozada	Não tem licença por doença ou lesão paga	Algum tipo de precariedades*
Médicos	0.5%	1%	10%	2%	4%	13%
Enfermeiros	0.0%	0%	8%	1%	2%	11%
Outros profissionais	6.9%	0%	3%	2%	1%	12%
Técnicos	5.5%	1%	7%	4%	5%	17%
Auxiliares de enfermagem	1.3%	0%	6%	2%	6%	13%
Outras categorias	5.2%	1%	5%	3%	4%	14%
Total	4.1%	1%	6%	2%	4%	14%

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ECH de 2016 do INE.

* A precariedade neste caso é medida como a ausência de pelo menos um dos direitos estabelecidos nas restantes colunas.

Tabela A.3. Multiemprego por categoria profissional (em%) – média anual de 2016

	1 trabalho	2 trabalhos	Mais de 2 trabalhos	Total	Nº empregos média
Médicos	25%	40%	35%	100%	2.25
Enfermeiros	65%	34%	1%	100%	1.36
Outros profissionais	62%	31%	7%	100%	1.46
Técnicos	63%	30%	7%	100%	1.47
Auxiliares de enfermagem	74%	25%	1%	100%	1.27
Outras categorias	85%	14%	1%	100%	1.16
Total	72%	22%	6%	100%	1.36

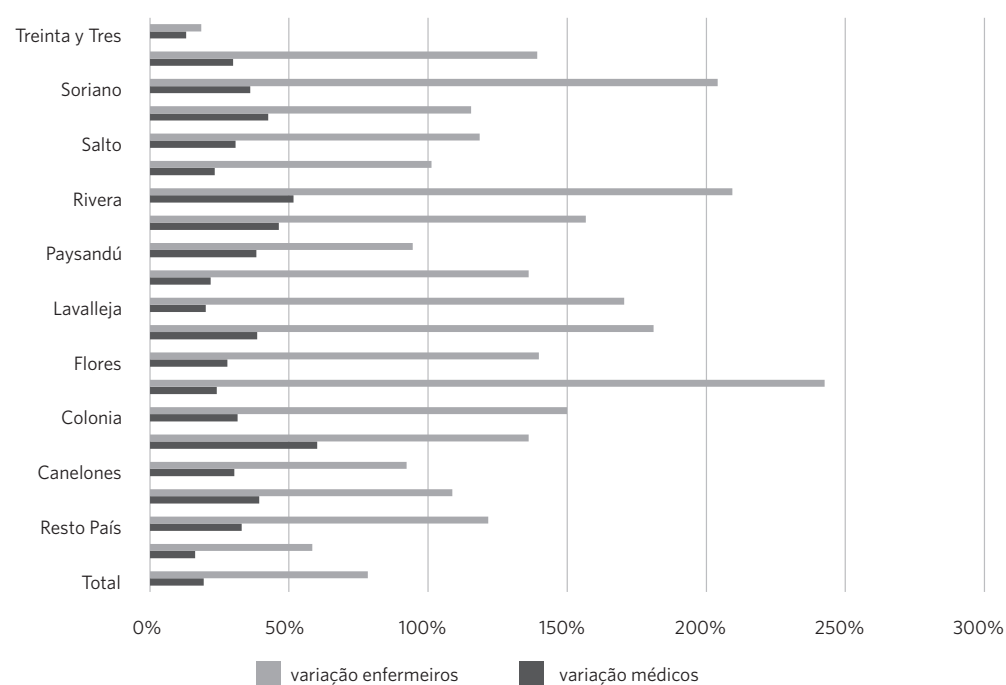
Fonte: Elaboração própria com base em dados da ECH de 2016 do INE.

Tabela A.4. Horas de trabalho semanal - média anual de 2016

	Ocupação principal	Total
Médicos	33.3	52.3
Enfermeiros	35.4	45.0
Outros profissionais	28.3	35.0
Técnicos	31.5	39.9
Auxiliares de enfermagem	35.6	43.3
Outras categorias	37.0	40.2
Total	35.1	41.7

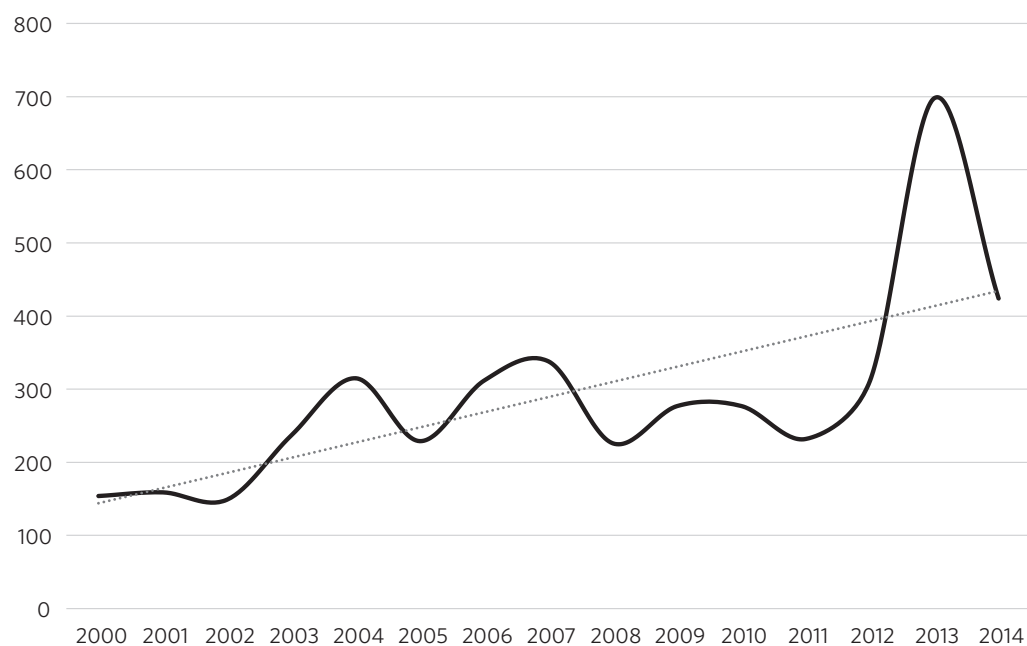
Fonte: Elaboração própria com base em dados da ECH 2016 do INE.

Gráfico A.1. Variação nas dotações de médicos e enfermeiros (em%) 2005 - 2015



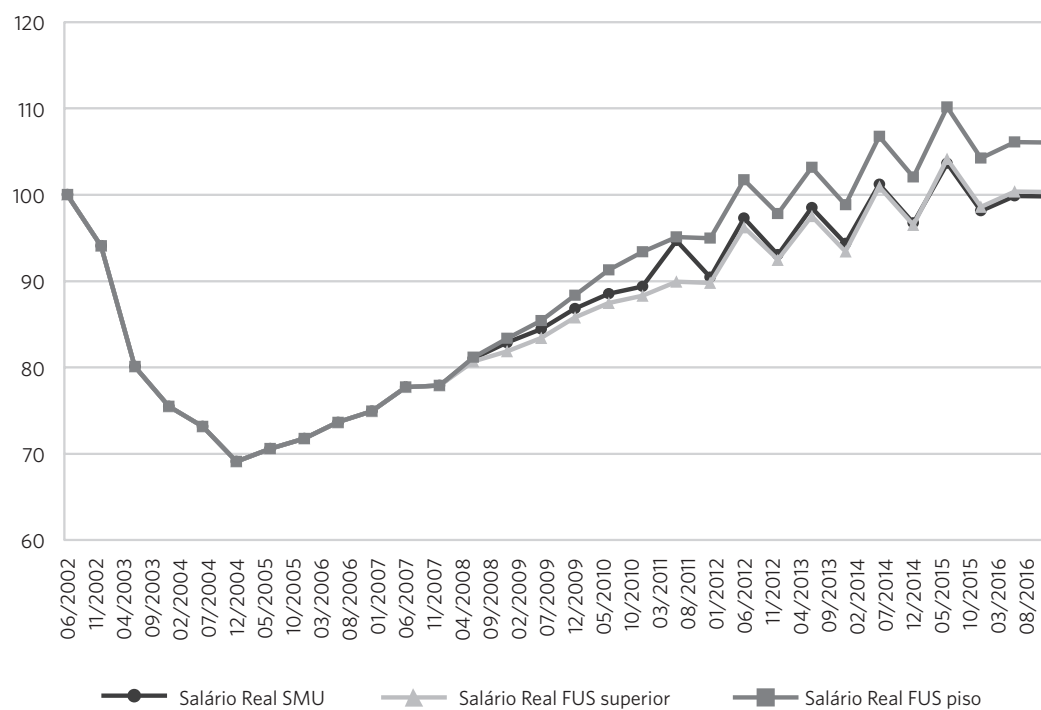
Fonte: Elaboração própria com base em dados da ECH 2005 e 2015 do INE.

Gráfico A.2. Evolução dos alunos egressos da Faculdade de Enfermagem da Udelar



Fonte: Elaboração própria com base em dados das Estatísticas Básicas da Udelar.

Gráfico A.3. Evolução de laudos salariais do subsector privado. 2002 – 2016. Salário real – Base janeiro de 2002



Fonte: Elaboração própria com base em dados MTSS.

Migração de enfermeiros sul-americanos e mercosulinos: conceitos, determinantes e a produção de conhecimento

Migration of nurses from South America and from Mercosur: concepts, determinants and the production of knowledge

Ana Luiza Stiebler Vieira¹, Maria Helena Machado²

RESUMO Objetivou-se identificar os conceitos e determinantes da migração qualificada; a produção de conhecimento sobre migração dos enfermeiros da América do Sul e do Mercosul e analisar a migração dos enfermeiros sul-americanos e mercosulinos. A literatura foi levantada na base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e na internet, tendo como critério de inclusão os estudos de migrantes na América do Sul e Mercosul. Apresentaram-se com maior intensidade: a migração extrarregional e temporária; a migração intrarregional oriunda dos países subdependentes e, no Mercosul, a permanência da incipiente migração. Como lacunas de conhecimento, destacaram-se as vivências dos migrantes e estudos dos enfermeiros brasileiros na migração extrarregional.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde. Enfermeiros. Migração.

ABSTRACT *The aim of this study was to identify the concepts and determinants of qualified migration; the production of knowledge on migration of nurses from South America and Mercosur, and analyze the migration of nurses from South America and from Mercosur. Literature was collected in the Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) database and on the internet, with the criteria for inclusion of the studies of migrants in South America and Mercosur. It was presented with greater intensity: the extrarregional and temporary migration; the intraregional migration from underdeveloped countries and, within Mercosur, the permanence of the incipient migration. As for the knowledge gaps, the experiences of migrants and studies of Brazilian nurses in extrarregional migration were highlighted.*

KEYWORDS *Health manpower. Nurses. Migration.*

¹ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. stiebler@ensp.fiocruz.br

² Socióloga. Doutora em sociologia. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. machado@ensp.fiocruz.br

Introdução

Desde os anos 1970, segundo Pizarro (1993), a emigração de profissionais e técnicos em direção aos países industrializados começou a preocupar os países em desenvolvimento. Desde então, deu-se origem a inúmeros estudos e a reintegrados debates em foros internacionais. A emigração desses grupos, como destacou o autor, distingue-se dos outros seguimentos da força de trabalho, dado que significa a perda de recursos humanos valiosos, de alto custo de formação e indispensáveis, tanto para elevar o bem-estar da população como para avançar no campo da saúde, a investigação científica, a tecnologia e a cultura.

Especialmente, a migração de enfermeiros, desde a década de 1990, tem sido objeto de interesse em estudos individuais e nas redes intrarregionais e internacionais, como, a exemplo, a Red Observatorios de Recursos Humanos em Salud – Region Conosur e a Red Internacional de Migración de Enfermeras – Red Migren. A principal preocupação delas está relacionada com a perda de enfermeiros nos países em desenvolvimento, aliada ao mesmo tempo, à sua escassez, tanto nos países exportadores quanto nos receptores. A migração de enfermeiros tem-se caracterizado pela demanda desses profissionais não para o desenvolvimento tecnológico e científico, mas essencialmente para o suprimento da força de trabalho em saúde nos países desenvolvidos. Ademais, na migração interna desses profissionais na América Latina, tem prevalecido a busca de melhores condições de vida e trabalho nos países subcênticos.

No que se refere às migrações internacionais recentes no Cone Sul, Patarra (2000) apontou como prevalentes dois padrões: a migração para os países industrializados ou desenvolvidos, denominada para a emigração da América Latina e do Caribe, como migração extrarregional por Villa e Pizarro (2000); e a migração intrarregional, denominação também adotada por Villa e Pizarro (2000).

O primeiro padrão, segundo Patarra (2000), vem crescendo à medida que os países latino-americanos consolidam seus sistemas educacionais e ampliam os setores médios de suas sociedades, gerando, assim, a aspiração à mobilidade social ascendente. Esse último fato, aliado à incapacidade de absorção e retenção dos recursos humanos qualificados e à percepção, por meio das formas de comunicação, dos hábitos de consumo e dos estilos de vida nos países desenvolvidos, redundam em potencialidades migratórias. Villa e Pizarro (2000) consideraram que a migração extrarregional constitui um caso de migração sul-norte, a qual traz repercussões para os países da América Latina e Caribe, entre elas, a perda de recursos humanos qualificados e o risco dos migrantes não se inserirem efetivamente nos países de destino. Implica ainda, de acordo com esses últimos autores, a formação de comunidades transnacionais de migrantes, redundando em maior migração.

No segundo padrão, ou na migração intrarregional, Villa e Pizarro (2000) destacaram como fatores facilitadores a proximidade geográfica e cultural e, como característica, o destino preferencial para os países regionais com maior desenvolvimento, geradores de emprego e de maior grau de equidade social; e principalmente, que as correntes migratórias intrarregionais, historicamente, mudam seu destino ou mesmo retornam aos países de origem, dependendo das contingências econômica e sociopolítica dos países de destino na região latino-americana e caribenha. De acordo com Patarra (2000), embora a migração intrarregional não constitua um fenômeno novo na América Latina, mas, recentemente, com os processos de integração, globalização econômica e a abertura de mercados, ela vem assumindo formas mais dinâmicas e expressivas, envolvendo inclusive, movimentos migratórios entre as grandes metrópoles dos países do Mercado Comum do Sul (Mercosul).

Tendo em vista como última etapa do

Mercosul o livre trânsito de pessoas e, assim, de profissionais, como os enfermeiros, objetivou-se: identificar os conceitos de migração inerentes aos enfermeiros; os determinantes da migração qualificada; a produção de conhecimento sobre migração dos enfermeiros da América do Sul e do Mercosul; e analisar a migração dos enfermeiros sul-americanos e mercosulinos.

No movimento dos enfermeiros, entendeu-se como migrantes profissionais, ou migrantes qualificados, aqueles que se formaram nos seus países de origem, e não, entre os migrantes em cada país, os que se graduaram nos países de destino; e ainda, como migrantes altamente qualificados, aqueles que, além de atenderem ao primeiro quesito relativo à origem da formação, os profissionais que detêm os diferentes níveis de pós-graduação, mas, dependendo sobremaneira, da sua *expertise*.

Métodos

Tanto para a identificação dos determinantes da migração qualificada quanto para a seleção, entre os conceitos de migração, daqueles mais adequados à migração de enfermeiros, utilizaram-se estudos analíticos, de demógrafos e sociólogos. A produção de conhecimento sobre o tema foi levantada na base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e por meio da internet, tendo como critério de inclusão os estudos e levantamentos de enfermeiros migrantes na América do Sul e nos países-membros do Mercosul.

Conceitos e determinantes da migração qualificada

Na migração qualificada, Portes (1997) considera que a relação entre os diferentes níveis de determinação para a migração estaria dada pelos fatores estruturais que se impõem à processos mais específicos. Nessa perspectiva estrutural,

o autor propôs a distinção de fatores determinantes em três níveis: primário ou internacional, secundário ou estrutural interno e terciário ou individual. Os fatores de nível primário, que ocorrem no âmbito internacional, seriam as diferenças socioeconômicas entre os países centrais e os dependentes. Dentro da América Latina, essas diferenças se expressam na existência de alguns países que atuam como 'subcêntricos' e outros, como 'subdependentes' em um marco de uma inserção econômica no âmbito mundial. Desse modo, a migração de mão de obra qualificada estaria determinada pela presença de vantagens, tais como: o maior desenvolvimento socioeconômico e melhores condições de vida.

Os fatores de nível secundário, que ocorrem no âmbito interno de cada país, seriam basicamente o desequilíbrio entre a capacidade de produzir profissionais qualificados e a capacidade de absorvê-los. Não se tratando, apenas, de um *superavit* de mão de obra qualificada (produzidos pela dinâmica do sistema educacional), mas, principalmente, das limitações do sistema produtivo para empregar esses recursos e, paradoxalmente, de reiterados *deficit*, em áreas de vital importância (como os serviços médicos, a investigação científica e tecnológica) para o desenvolvimento econômico e social de um país.

Já os fatores de nível terciário, que ocorrem no âmbito individual, a decisão de emigrar dependeria tanto da idade, do estado civil e dos encargos familiares quanto dos estímulos oferecidos ao profissional, entre os quais: o nível de remuneração e o acesso ao desenvolvimento profissional.

Portes (1997) destacou que esse conjunto de fatores, de diferentes níveis, entrelaçam-se e intervêm na decisão de emigrar entre os trabalhadores qualificados e, entre esses, os profissionais de saúde, que aqui, particularmente, inserem-se os enfermeiros.

Além desses fatores apontados por Portes, é pertinente destacar, como fator importante na decisão de emigrar, os estímulos das experiências migratórias positivas de amigos, de

profissionais conhecidos da mesma formação e de familiares, os quais criam redes de apoio aos novos imigrantes, usualmente organizadas em torno da nacionalidade de origem. Redes que se fazem presentes também entre os imigrantes internacionais, qualificados ou não, de diversas nacionalidades, residentes e estabelecidos em países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos, Pellegrino e Pizarro (2001) apontam três fatores determinantes para a migração qualificada: o demográfico, o tecnológico e o cultural. O fator demográfico é pertinente ao envelhecimento das suas populações e da redução de jovens; consequentemente, com quantitativos insuficientes de ingressos, tanto na formação quanto no mercado de trabalho. Assim, os países centrais geram expectativas para a emigração dos países em desenvolvimento – demograficamente mais jovens – e implementam programas de captação de mão de obra qualificada em diferentes setores. O fator tecnológico diz respeito ao grande avanço científico dos países centrais, geradores de empregos em diferentes áreas. Por sua vez, o fator cultural é representado pelo menor ingresso dos nativos jovens em carreiras da ciência e tecnologia, oportunizando, dessa forma, a oferta de ingressos de estudantes estrangeiros nessas áreas.

A migração por compensação demográfica tem sido denominada de ‘migração de *reemplazo*’, para a qual os países desenvolvidos utilizam diferentes cenários, na estimativa de migrantes necessários, nos diferentes setores e por período de tempo (PELLEGRINO; PIZARRO, 2001). As necessidades nos países desenvolvidos de recursos humanos qualificados, com preferência para determinadas profissões, têm gerado ao longo do tempo, em cada país, políticas migratórias que incorporam os direitos civis, dependendo da demanda do tipo de qualificação profissional, transformando assim essa absorção em ‘migração permanente’. Ao mesmo tempo, vêm adotando também, a ‘migração seletiva’, de caráter temporário e destinada a trabalhadores qualificados, requeridos nos países de destino (PELLEGRINO; PIZARRO, 2001).

Hodiernamente, para a migração seletiva, tem-se lançado mão, além das políticas e legislações migratórias em cada país, da contratação de agências privadas de recrutamento de recursos humanos nos países em desenvolvimento. Essas agências, usualmente contratadas por instituições de saúde dos países desenvolvidos, intermediam os custos da viagem, cursos e provas de suficiência na língua estrangeira, revalidação do título e moradia. Os custos são ressarcidos às instituições e às agências pelo imigrante, a partir do seu ingresso no emprego, de caráter temporário, com grande carga horária de trabalho e remuneração insuficiente para fazer frente à dívida e às condições de vida no país de destino.

Como denominou Ianni (1995), o trabalhador qualificado pode ser considerado como ‘cidadão do mundo’. Entretanto, entende-se que nem todos os qualificados podem assim ser considerados. No setor saúde, a princípio, tanto os médicos quanto os enfermeiros poderiam ser denominados de ‘cidadãos do mundo’, tendo em vista a transnacionalidade da natureza, do objeto e do produto de seus trabalhos, cujo foco é a assistência à saúde, de forma individual ou coletiva, independentemente da nacionalidade da população a assistir. Todavia, como o conceito de cidadania pressupõe o exercício dos direitos e deveres civis, políticos e sociais estabelecidos nas Constituições dos países, somente a transnacionalização do trabalho médico e da enfermagem não garante, a priori, esse *status*. Se a demanda por esses profissionais é caracterizada como temporal e gerada pela insuficiência de recursos humanos, até que se forme um contingente necessário nos países de destino, ou mesmo, que esses renovem a insuficiência com outras levas de profissionais, mais apropriado seria adotar o termo ‘trabalhador do mundo’ para o médico e o enfermeiro, como exemplarmente se constitui o médico cubano.

Opina-se também que a migração de médicos e enfermeiros não se configura, em princípio, como ‘*brain drain*’, considerando a característica principal de mobilidade

desses, em virtude do requerimento de seus serviços profissionais. Aplica-se, entretanto, entre aqueles profissionais com alta qualificação e especialidade, geradores e ou detentores de conhecimentos e de técnicas, tanto na assistência à saúde quanto na educação.

Para Pellegrino e Pizarro (2001), entretanto, no mundo globalizado, a universalidade é uma qualidade intrínseca no mundo acadêmico e da investigação. À essa visão, acrescentam-se as peculiaridades do setor saúde, no qual a geração de conhecimento, técnicas, tratamentos e cuidados, em particular, oriundos dos médicos e dos enfermeiros, têm o caráter público e transnacional, mesmo sendo esses profissionais detentores autorais do desenvolvimento de novas tecnologias. Diferentemente da lógica de segredos tecnológicos, detenção de patentes e de mercados dos produtos industriais, embora presentes na indústria farmacêutica. É importante considerar, como refletem Pellegrino e Pizarro (2001), que o crescimento dos meios de comunicação potencializou os intercâmbios, a realização de projetos em escala supranacional e a configuração de redes de investigadores e, ainda, que as tecnologias de comunicação propiciam a troca de conhecimento e a capacitação a distância, principalmente na área da saúde e da educação. Entendendo-se que esses processos já constituem realidade, mesmo nos países em desenvolvimento, opina-se que a tendência, no caso dos médicos e dos enfermeiros altamente qualificados, é a coexistência do *'brain drain'* com o *'brain exchange'*, resultando nesse último, não na migração de pessoas, mas, na virtual *'migração de habilidades'*.

Migração extrarregional e intrarregional de enfermeiros da América do Sul e do Mercosul

Assinalam-se os estudos que abordaram levantamentos de enfermeiros migrantes, extrarregionais e intrarregionais da América do Sul e dos países-membros do Mercosul.

Entre 1992 e 1994, Abramzón (1995), em um trabalho sobre a situação dos recursos humanos em saúde na Argentina, entre esses, os enfermeiros, caracterizados quanto à sua participação quantitativa na equipe de saúde e de enfermagem, à sua escassez nacional, à formação, à regulamentação e habilitação e, ainda, sobre as condições de trabalho e remuneração; assinalou – com base na estimativa da Organização Pan-Americana da Saúde/Argentina (Opas-Argentina) – que cerca de 2 mil enfermeiros haviam abandonado o país, atraídos pela oferta de melhores salários em outros países, entre eles os EUA, Espanha, Itália e Austrália. Caracterizando, assim, a migração extrarregional de enfermeiros argentinos; embora não se tenha informação de se tratar de migração temporária.

Em 1993, no Uruguai, o levantamento do 1º Censo Nacional de Enfermería Profesional – além da caracterização da enfermagem uruguaia sob diversos aspectos – detectou a existência de 1.801 enfermeiros no país e a emigração de 202 (11,2% dos recursos humanos nacional) trabalhando no exterior, principalmente em países europeus, correspondendo, portanto, à migração extrarregional. Também, o Censo identificou que entre os enfermeiros trabalhando no país, 135 profissionais já haviam emigrado temporariamente. Entre esses últimos, 63 trabalharam na Europa (42 na Suíça, 7 na Espanha, 7 na Suécia, 4 na Itália e 3 na França); 42 na América do Sul (27 na Argentina, 6 na Venezuela, 2 na Bolívia, 2 no Brasil, 2 no Chile, 2 no Paraguai e 1 no Equador); 13 na América do Norte (11 nos EUA e 2 no Canadá); 2 na Austrália; e outros 15 enfermeiros haviam também emigrado temporariamente para diversos outros países. Quanto ao desejo de emigrar, 571 (31,7%) enfermeiros uruguaios declararam essa predisposição, principalmente para a migração extrarregional em direção à Europa, ou 417 profissionais (77,1% entre os 571); EUA e Canadá, 37 (6,8%); Austrália, 5 (0,9%); para outros países não identificados, 25 (4,6%);

e apenas 57 enfermeiros (10,6%) predispostos à migração intrarregional, tendo como preferências o Brasil (28), o Chile (14), a Argentina (13), a Colômbia (1) e o Paraguai (1) (INE; CEDU, 1993).

Malvárez (2005) analisou na América Latina a formação dos enfermeiros, a produção e difusão do conhecimento, as organizações de enfermagem, as políticas de recursos humanos e o trabalho dos enfermeiros (gestão, composição, condições de trabalho, salários, regulação, escassez e migração). Referente à migração de enfermeiros na América Latina, apresentou um panorama da metade da década de 2000 – correspondente à migração extrarregional –, no qual apontou que: na Argentina, existiam empresas italianas que recrutavam enfermeiros; e ofertas atraentes de empregos nos EUA, Canadá e Austrália. No Uruguai, os enfermeiros já haviam começado a emigrar para a Espanha, EUA, Canadá e Itália (nesse último país, por intermédio de empresas italianas). No Paraguai, já se observava a migração de enfermeiros em direção à Espanha, Itália e outros países da Europa. No Peru, já havia também indicação de emigração de enfermeiros para outros países (principalmente a Itália), atraídos por empresas e contratos internacionais (MALVÁREZ; AGUDELO, 2005).

Como também caracterizado como migração extrarregional, em 2004 e 2005, Rígoli, Malvárez e Dominguez (2007), em um estudo quantitativo, apontaram um total de 34.122 enfermeiros da América do Sul e da América Central imigrantes nos EUA e no Canadá (representando 1,3% do total de 2.613.511 enfermeiros nesses dois países). Do total de 34.122 imigrantes da América do Sul e da América Central, cerca de 28,0% eram bolivianos, 9,0% colombianos, 8,0% venezuelanos, 5,0% uruguaios, 3,0% brasileiros, 2,0% argentinos e de 1,5% chilenos (os outros 43,5% do total desses imigrantes eram provenientes, em sequência decrescente, da Guatemala, Nicarágua, Panamá, El Salvador, Honduras, México e Costa Rica).

O estudo realizado pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal (OEP, 2007) analisou os enfermeiros estrangeiros no país sob variados aspectos (caracterização da nacionalidade, idade, estado civil, gênero, tempo de permanência, setor de atividade, motivos da migração, motivo do desejo de regresso ao país de origem, fatores de permanência em Portugal e percepção de dificuldades e discriminações). Tal estudo constatou, entre 2.135 enfermeiros estrangeiros, 197 brasileiros como segundo maior contingente de migrantes (sendo os espanhóis os mais presentes com 1.362 profissionais, além da presença de angolanos, franceses, guineenses, moldavianos, alemães, ingleses, ucranianos e santomenses). Entre os 197 brasileiros, apenas 34 responderam ao questionário. O estudo destacou, em separado sobre os brasileiros, que os fatores de decisão para a sua migração foram o acompanhamento e a reunificação familiar. No caso dos brasileiros em Portugal, sem dúvida, trata-se de migração extrarregional. Todavia, sem informações, de retorno, ou não, pode-se inferir que se trata, pelo menos para a maioria, de migração definitiva dadas as motivações familiares. É importante, ainda, destacar as discriminações sofridas pelos enfermeiros imigrantes, como a: desconfiança e falta de cordialidade dos enfermeiros nativos, não aceitação dos doentes no atendimento de cuidados por imigrantes, desconfiança em relação à formação e às competências e a transferência de responsabilidade para os imigrantes por parte dos doentes e familiares em situações de insatisfação com os serviços de saúde. Chama a atenção que essas situações foram mais frequentes com os enfermeiros espanhóis, profissionais com proximidades geográfica e cultural e pertencentes ao mesmo bloco de integração, a União Europeia.

Nesse mesmo período, em um estudo analítico sobre o cenário internacional de migração de enfermeiros, Varela e Pierantoni (2007) apontaram o desequilíbrio entre os países centrais e os periféricos. Além de

apresentarem a grande capacidade de formação desses profissionais e a presença de agências recrutadoras da Itália e dos EUA no Brasil, descreveram os resultados de estudos quantitativos e qualitativos realizados na Austrália. Os principais problemas residiam na escassez de enfermeiros, bem como na necessidade de implementação de medidas motivadoras para reintegração dos enfermeiros que se evadiram do mercado de trabalho. Ressaltaram, diante da grande necessidade de enfermeiros, que o recrutamento e a fixação desses na Austrália são prioridades de Governo. Apontaram, ainda, que os países centrais, particularmente o Canadá, o Reino Unido e os Estados Unidos, diante do *deficit* de enfermeiros, vêm se suprimindo, cada vez mais, de profissionais dos países em desenvolvimento e sob a utilização de estratégias de recrutamento de recursos humanos.

Posteriormente, Rodriguez, Muñoz e Hoga (2014), analisando a migração intrarregional de relatos das vivências de 15 enfermeiras imigrantes em dois hospitais do Chile (7 colombianas, 4 uruguaias, 3 equatorianas e 1 brasileira), apontaram como características sociodemográficas e profissionais a idade jovem (as colombianas com menos de 30 anos, as uruguaias de 27 a 32 anos, as equatorianas de 32 a 42 anos e a brasileira com 44 anos). Apenas a brasileira possuía o doutorado, e uma equatoriana, a especialização. À exceção de duas equatorianas, com 12 e 7 anos de atuação profissional no Chile, todas as demais enfermeiras trabalhavam há menos de 5 anos nos hospitais chilenos. Destaca-se que a brasileira com doutorado trabalhava apenas há 1 ano no país. Entre as 15 imigrantes, 8 eram casadas, 6 solteiras e 1 separada. As autoras analisaram que os fatores motivadores para a emigração foram a escassez de empregos nos países de origem, a baixa remuneração e poucas possibilidades de desenvolvimento profissional. Como fatores facilitadores na migração, indicaram: a homologação dos diplomas como resultado de acordos bilaterais de reconhecimento

entre os países da América do Sul, a falta de profissionais no Chile e a rede formada por enfermeiras já trabalhando nos hospitais, por amigos, parentes, namorados ou maridos. Contudo, como identificaram as autoras, as imigrantes passaram por dificuldades de: relação discutível e desigual com os colegas, desconfiança sobre a formação, rejeição, sensação de vulnerabilidade pela falta de apoio, desemprego e solidão, sobrecarga e estresse no trabalho e discriminações quanto à cor da pele e à diferença de estatura, entre outras.

Ainda em 2010, Silva *et al.* (2016), analisando os dados dos Censos Demográficos do Brasil, encontraram que do total de 355.383 enfermeiros residentes no país em 2010, 36.479 (10,3%) relataram movimentação, na comparação com o ano de 2005; sendo 18.073 (5,1%) por migração intraestadual, 17.525 (4,8%) por migração interestadual e 871 (0,2%) por migração internacional. Podendo esse último grupo corresponder à migração extrarregional ou mesmo à migração intrarregional, visto que não foram identificados os países de destino dos 871 emigrantes temporários. Os autores, porém, observaram em comparação com os outros dois grupos que esses migrantes internacionais eram, na sua maioria, casados, de faixa etária mais avançada e os que menos estavam inseridos no mercado de trabalho em 2010. Assim, deduziram que o retorno ao Brasil pode ter sido motivado por fatores familiares. Destaca-se, nesse estudo, a sua importância quanto à identificação, no próprio país, dos enfermeiros emigrantes.

Por caminho inverso, mas de igual importância, a identificação dos enfermeiros migrantes dos países da América do Sul e dos países-membros do Mercosul foi protagonizada e publicizada pela Organización Panamericana de la Salud (OPS) em 2011, sob a coordenação geral de Silvina Malvárez, utilizando a estratégia de levantamento, em cada país, dos imigrantes de acordo com os países de origem, possibilitando, assim, o conhecimento dos emigrantes de cada país participante do

estudo de migração intrarregional. Em alguns casos, foram identificados os migrantes extrarregionais. Dessa forma, nos países-membros do Mercosul, os enfermeiros imigrantes na Argentina foram analisados por Heredia e Grinspun (2011); no Brasil, por Vieira *et al.* (2011) e, ainda, por Souza *et al.* (2011), embora esses últimos tenham restringido a análise em três estados da Região Sul; no Uruguai, por Schiari (2011); no Paraguai, por Cabral e Velázquez (2011) e na Venezuela, por Cárdenas (2011). Os outros países da América do Sul, participantes do

estudo, foram: a Bolívia, de autoria de Rivera (2011); o Chile, por González e Vidal (2011); a Colômbia, por Laverde e Agudelo (2011); o Equador, por Morales e Brito (OPS, 2011) e o Peru, por Rondón (2011).

Sem se restringir somente aos enfermeiros, o panorama geral da migração da equipe de enfermagem, baseado na análise dos dez países participantes do estudo, foi elaborado por Malvárez *et al.* (2011), cuja imigração e emigração da equipe pode ser visualizada, em cada país, na *tabela 1*.

Tabela 1. Enfermeiros, técnicos e auxiliares imigrantes e emigrantes no Mercosul e na América do Sul

Países	Imigrantes	%	Emigrantes	%
Argentina	213	14,6	S/I	-
Brasil	513	35,1	S/I	-
Uruguai	23	1,6	45	0,3
Paraguai	35	2,4	400	2,6
Venezuela	330	22,6	S/I	-
Total Mercosul	1.114	76,3	445	2,9
Bolívia	S/I	-	S/I	-
Chile	317	21,7	11	0,1
Colômbia	0	-	182	1,2
Equador	28	2,0	99	0,7
Peru	0	-	14.424	95,1
Total Geral	1.459	100,0	15.161	100,0

Fonte: Malvárez *et al.* (2011).

Percebe-se, assim, que na equipe de enfermagem, entre os 15.161 emigrantes, apenas 1.459 (9,6%) se dirigiram aos países da América do Sul, sendo, portanto, para todas as categorias de enfermagem, a migração intrarregional bastante inferior à migração extrarregional. Na migração intrarregional, destacaram-se como países receptores: o Brasil, a Venezuela, o Chile e a Argentina. Como principal expulsor dos profissionais de enfermagem, destacaram-se: o Peru,

seguido, com marcadas diferenças quantitativas, do Paraguai, Colômbia e Equador. Essa constatação de migração também de técnicos e auxiliares de enfermagem, além dos enfermeiros, vem reforçar a presença da escassez e, ao mesmo tempo, a perda de recursos humanos de enfermagem nos países da América do Sul e, ainda, demonstra que alguns países (Brasil, Venezuela, Chile e Argentina) atuaram como subcêntricos na região.

Compondo o estudo da OPS, quanto à migração de enfermeiros:

1) Na Argentina, em 2006, Heredia e Grinspun (2011) encontraram 19 enfermeiros imigrantes no total da equipe de enfermagem (213). Entre as 19 enfermeiras, 17 (89,5%) eram originárias dos países da América do Sul (principalmente do Peru, da Bolívia e do Chile); 57,9% dessas tinham entre 32 e 41 anos, encontravam-se no país há mais de 7 anos, eram em sua maioria casadas; e os 3 principais motivos de migração foram os familiares, os econômicos e a busca de desenvolvimento profissional.

2) No Brasil, em 2005, segundo Vieira *et al.* (2011), do total de 513 imigrantes de enfermagem, 92 (18,0%) eram enfermeiros imigrantes (os outros 421 eram compostos por 90 enfermeiros que se graduaram no Brasil e 331 técnicos e auxiliares, sendo 252 formados no Brasil e 79 no exterior). Os 92 enfermeiros imigrantes se dirigiram principalmente para duas regiões, 39 (42,4%) para o Norte (região historicamente mais desprovida de recursos humanos de saúde e de enfermagem) e 30 (32,6%) para o Sudeste (região mais desenvolvida do País e concentradora da oferta de formação, empregos e suprimento de profissionais). Quanto à origem dos 92 enfermeiros imigrantes no Brasil, 41 (44,6) eram procedentes do Peru, apenas 8 (8,7%) do Mercosul, precisamente da Argentina e Uruguai, 6 (6,5%) do Chile, 5 (5,4%) da Colômbia e 4 (4,3%) da Bolívia. Assim, provenientes da América do Sul, contabiliza-se 64 (69,6%). Os demais imigrantes (28), além dos 6 provenientes de Cuba, eram originários de diferentes países e continentes (Europa, Canadá, EUA, Rússia, China, Japão, Palestina, Índia, Malásia, Quênia e Guiné-Bissau).

3) No Uruguai, Schiari (2011) detectou, até 2004, a presença de 23 enfermeiros imigrantes, 14 originários do Chile, 2 do

Brasil, 2 de Cuba e 1 enfermeiro de cada país: Argentina, Paraguai, Colômbia, Peru e México. Foi possível a entrevista com 8 imigrantes, os quais tinham sua situação regularizada, manifestaram desejo de permanecer indefinidamente no país; e os motivos para migração foram a estabilidade econômica do Uruguai e a possibilidade de desenvolvimento profissional. A maioria tinha mais de 42 anos, casados com nativos, estavam insatisfeitos com os salários; e a metade trabalhava em instituições públicas. Relataram que o trâmite de reconhecimento do título demorou de seis a dezoito meses, sentiam-se valorizados no trabalho e inseridos socialmente.

4) No Paraguai' em 2007, dos 35 imigrantes da equipe de enfermagem, Cabral e Velázquez (2011) distinguiram 20 enfermeiros imigrantes cujos países de origem foram: 9 da Argentina, 3 do Brasil, 3 do Chile, 1 da Colômbia, 3 dos EUA e 1 do Canadá. As razões para a emigração foram principalmente a econômica, seguida da profissional e familiar. Majoritariamente casados, domiciliados há mais de 7 anos no país e trabalhavam em hospitais privados. Em relação ao salário, 10 enfermeiros recebiam entre 300 a 400 dólares mensais, 4 tinham remunerações entre 600 a 800 dólares e outros 4, no máximo mil dólares mensais. Os autores, por meio da Direção de Enfermagem do Ministério da Saúde (MSPBS), obtiveram os dados de emigração da enfermagem no ano de 2006 e no primeiro semestre de 2007. Dessa forma, 54 enfermeiros haviam se dirigido para a Itália e 89 auxiliares, principalmente para a Espanha (80), Argentina (4), EUA (3), África do Sul (1) e Noruega (1).

5) Na Venezuela, em 2010, do total de 330 enfermeiros imigrantes, segundo Cárdenas (2011), 307 eram cubanas que trabalharam temporariamente nas missões de Barrio Adentro por convênios de cooperação. A

autora aponta, portanto, 23 imigrantes no país: que trabalhavam no estado de Zulia, cujos países de origem foram a Colômbia (20), Peru (1), Chile (1) e Cuba (1). Entre as 23 imigrantes, 14 consentiram participar da pesquisa. Assim, entre essas, 97,0% exerciam suas atividades sem revalidação do título, 71,4% eram casados, 64,2% sem filhos e 50,0% com idade entre 22 e 41 anos. As razões apontadas como motivos para a saída dos seus países de origem foram principalmente as profissionais, as condições de trabalho e as familiares.

6) Na Bolívia, em 2007, Rivera (2011), por meio de 97 entrevistas nas instituições formadoras, de saúde, no Colegio de Enfermeras e, ainda, de aplicação de questionários –por amostragem de 600 enfermeiros e, também, de 600 auxiliares –, estimou que 18,0% dos enfermeiros haviam migrado para o interior do país e que 8,0% migraram para o exterior; devendo-se essa emigração externa a um convênio entre o Colegio de Enfermeras e a Itália, principalmente para a especialização. O autor detectou também, na amostra, que 77,0% dos enfermeiros e 75,0% dos auxiliares de enfermagem informaram o desejo de emigrar para o exterior, concluindo, portanto, que o país se converteu em expulsor de profissionais qualificados, constituindo uma grande perda para a assistência à saúde no interior, onde prevalecia o pouco desenvolvimento econômico e a pobreza.

7) No Chile, entre 2002 e 2006, González e Vidal (2011) obtiveram, utilizando fontes secundárias, que entre o total de 317 imigrantes de enfermagem, 110 eram enfermeiros e que 11 profissionais haviam emigrado para os EUA e Canadá. Entre os 110 imigrantes no país, 30 eram originários do Equador (27,3%), 24 do Peru (21,8%), 20 da Colômbia (18,2%), 13 de Cuba (11,8%), 10 do Uruguai (9,1%), 6 do Brasil (5,5%), 3 da Argentina (2,7%), 2 da Venezuela (1,8%) e 2 da Bolívia

(1,8%). Dos 110 imigrantes, foram localizados 24 que participaram do estudo qualitativo, entre esses, 16 do Peru, 5 do Equador, 2 do Brasil e 1 da Nicarágua. Assim, entre os respondentes, todos tinham seus títulos reconhecidos e revalidados facilitados pelos convênios, 69,6% eram menores de 41 anos, 62,5% casados, 83,3% tinham mais de 5 anos de permanência no país e 75,0% manifestaram a intenção de permanecer no Chile. As razões de saída dos países de origem foram, com maior frequência, as familiares, políticas, insegurança, econômicas, condições culturais e desenvolvimento profissional.

8) Na Colômbia, Laverde e Agudelo (2011), até 2010, embora envidassem esforços em diferentes instituições, não encontraram dados de enfermeiros imigrantes no país. Entretanto, por intermédio da Asociación Nacional de Enfermeras, a informação era que 182 enfermeiros haviam emigrado, nos últimos 4 anos, principalmente para os EUA (151), Canadá (24), Austrália (2), Espanha (2), Inglaterra (1), Itália (1) e Dinamarca (1). Os autores conseguiram realizar análise qualitativa com 23 enfermeiros vivendo no exterior. Entre esses últimos, 21,7% tinham de 22 a 31 anos, 26,1% entre 32 e 41 anos, 34,8% de 42 a 51 anos de idade, 73,9% eram casados, 52,2% tinham de 1 a 2 filhos, 82,6% viviam com suas famílias, 39,1% residiam há mais de 7 anos no país de destino, 82,6% estavam em situação legalizada, 56,5 tinham seu título reconhecido; e a principal motivação para a emigração foi a familiar (emigração com a família e também de reunificação familiar).

9) No Equador, Morales e Brito (2011) registraram a existência de 28 enfermeiros imigrantes no país e de 99 emigrantes (principalmente para a Itália, EUA, Canadá e Chile. Entre os 28 imigrantes, 20 aceitaram participar do estudo qualitativo, e, assim, as suas características foram: todas eram do sexo feminino, tinham mais de 42

anos, 75,0% estavam residindo no Equador há mais de 7 anos, 75,0% eram originárias da Colômbia e 25,0% dos EUA (em missão de irmandade religiosa). Entre as colombianas, 50,0% tinham o seu título reconhecido, 65,0% estavam casadas e 50,0% tinham de 1 a 2 filhos. As razões mencionadas para a migração, exceto para as religiosas, foram os fatores familiares e o desenvolvimento profissional.

10) No Peru, Rondón (2011) envidou esforços para a análise dos emigrantes, já que, de 1994 até 2007, haviam saído do país 14.424 enfermeiros. Perda considerável desses profissionais, já que, em 2007, existiam, no total, 48.368 enfermeiros no país. A autora apontou, em 2007, como características dos emigrantes, que: 64,0% tinham entre 22 e 41 anos, 72,0% eram solteiros, 96,0% recomendariam a emigração para os enfermeiros, 88,0% haviam reconhecido seus títulos nos países de destino, e o fator econômico foi o principal motivo para a emigração. Recebiam em sua maioria, ou 88,0%, mais de mil dólares mensais (remuneração bastante superior em relação ao salário no Peru) e enviavam cerca de 100 a 200 dólares ao mês para os familiares. Os principais países de destino foram os da Europa e os EUA.

Fort *et al.* (2013), nos resultados do Censo 'Enfermería en el Uruguay' de 2013, caracterizaram também a enfermagem sob diversos aspectos e detectaram 9 enfermeiros licenciados trabalhando em outros países, representando 0,1% do total de 3.946 desses profissionais no país. Contrapondo ao maior resultado, referido em 1993, de 202 imigrantes no 1º Censo Nacional de Enfermería Profesional.

Em 2016, o Perfil da Enfermagem no Brasil – entre as características socioeconômicas, de formação, de acesso à informação técnico-científica, de mercado de trabalho, satisfação no trabalho e relacionamento e participação política dos enfermeiros no

país –, a pesquisa (MACHADO *ET AL.*, 2016) evidenciou que 5.252 profissionais (1,7%) do total de 316.238 enfermeiros (registrados nos Conselhos Regionais), haviam trabalhado temporariamente no exterior e que 58.180 enfermeiros (18,4%) declararam o desejo de trabalhar no exterior. Revelou, também, a existência de 1.575 imigrantes profissionais, representado 0,5% dos enfermeiros no país. Entre esses últimos, os 368 informantes dos seus países de origem eram originários principalmente da Bolívia (219) e do Peru (76), seguidos daqueles do Paraguai (25), Espanha (24), Argentina (12) e dos EUA (12). Dessa forma, a principal característica é a de migração intrarregional. A análise sobre os imigrantes no Brasil, abordando os estados brasileiros de destino, estado civil, faixa etária, tipo de emprego e salário, já constitui projeto do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde e da Estação Observatório de Recursos Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Análise da migração dos enfermeiros sul-americanos e mercosulinos

Ao longo das últimas décadas, ou seja, de 1992 a 2015, percebe-se uma grande característica, de forma constante, na migração de enfermeiros sul-americanos e mercosulinos: a preferência para a emigração extrarregional, fenômeno bastante superior à migração intrarregional e, mesmo, sem informações dessa emigração da Venezuela e do Chile. Aliada ao desejo individual de emigrar – condiscente com os fatores terciários de Portes (1997) –, essa predisposição reforça a eleição, como países preferenciais de destino, principalmente os EUA, Itália, Canadá, Espanha, Canadá e Portugal, nos quais a escassez de recursos humanos, há décadas, vem sendo apontada pelas Redes de Recursos Humanos em Saúde. Os EUA, Itália, Canadá e Austrália têm investido na estratégia de recrutamento de enfermeiros na América do Sul, por meio

de agências terceirizadas e como política de governo. Esse movimento de migração seletiva caracteriza-se também como emigração temporária, tendo em vista que os contratos têm duração média de três anos nos países de destino (EUA, Itália) e, ainda, os relatos de retorno aos países de origem. À exceção, talvez, constituindo a emigração definitiva, os emigrantes brasileiros em Portugal, motivados pela reunificação familiar.

Todo esse quadro reforça o pressuposto de que os enfermeiros tipificam-se como ‘trabalhadores do mundo’. Todavia, utilizados como mão de obra temporária, no cenário de escassez de recursos humanos nos países desenvolvidos e, possivelmente, sob condições de trabalho e salarial inferiores às dos nativos, a exemplo do estudo de enfermeiros estrangeiros em Portugal (OEP, 2007), o qual analisou as facilidades, as dificuldades de trabalho e as discriminações sofridas pelos imigrantes. A lacuna se faz evidente nas investigações quanto às vivências, mesmo que temporárias, dos emigrantes sul-americanos nos países desenvolvidos; e, até mesmo, de levantamentos quantitativos, ao menos, nos países preferenciais de destino dos enfermeiros sul-americanos e mercosulinos.

Na migração intrarregional, os estudos retratam, também de forma constante, que no movimento migratório, temporário ou definitivo, foi preponderante a direção para os países subcêntricos na América do Sul. Assim, foram eleitos o Brasil, a Argentina e o Chile, confirmando entre os fatores determinantes de Portes (1997) os de nível primário, em que a migração qualificada dentro da América Latina se expressa na existência de países subdependentes e os subcêntricos. Esses últimos com a presença de vantagens, como o maior desenvolvimento econômico e social do que os países de origem. Corroborando, a maioria dos imigrantes intrarregional era originária da Bolívia, Peru, Colômbia, Paraguai e Equador, e o fator econômico como o principal motivo apontado para a migração intrarregional.

Os estudos evidenciaram, também, que no movimento migratório intrarregional houve a preponderância quantitativa, ou cerca de três vezes maior, da migração de enfermeiros originários dos países não participantes do Mercosul. Assim, a mobilidade dos enfermeiros mercosulinos, no interior do bloco de integração, em relação àqueles dos demais países da América do Sul, revelou-se incipiente. Coerente com a tese de Vieira (1998), a qual defendeu, diante do contexto social, econômico e do mercado de trabalho em saúde dos países-membros do Mercosul e considerando a análise da dinâmica dos fatores que concorreriam para a mobilidade qualificada – sugeridos por Portes (1997) –, que na realidade eles se anulavam. Portanto, não permitindo essa dinâmica indicar uma tendência para uma migração significativa dos enfermeiros, em qualquer direção, entre os países do Mercosul. Reforçando essa tese, os estudos demonstraram a preferência para a migração extrarregional entre os enfermeiros sul-americanos e mercosulinos, vencendo, inclusive, a barreira da língua estrangeira.

No Mercosul, aliada à pouca propensão, revelada nos estudos de migração dentro do bloco, na atualidade, permanecem os desafios ainda a serem enfrentados para o livre trânsito profissional: a normatização do entendimento do seria enfermeiro; as diferenças de sua formação, acentuada com a prolongação para cinco anos de estudos no Brasil, a partir de 2009; a necessidade de equiparação da formação e o devido reconhecimento e revalidação dos diplomas. Observando-se, assim, que, no Mercosul, são os fatores de produção que têm livre trânsito e que para o capital humano, ainda não se tem assegurado sua livre mobilidade.

Como principais países expulsos de enfermeiros, tanto para a migração extrarregional quanto para a intrarregional, segundo os estudos, destacaram-se a Bolívia, Peru, Uruguai, Paraguai, Colômbia e Equador. Hodiernamente, pode-se, talvez, ser incluída a Venezuela, diante das condições políticas

e a grave crise econômica do país, inclusive com desabastecimento de mercadorias e alimentos, que já vem resultando em grande movimento migratório da sua população. É importante destacar que, nesses países, a saída de enfermeiros representa, sim, uma perda desses recursos humanos, diante da escassez interna desse profissional, mesmo que ao longo dos anos 2000, a capacidade formadora tenha aumentado. Entretanto, por outro lado, a incapacidade de absorção ou a subutilização dos enfermeiros nos países redundam na sua expulsão. Espelhando o fator de nível secundário, segundo Portes (1997) e, ainda, as reflexões de Patarra (2000), quanto ao crescimento das migrações internacionais no âmbito da América Latina, cujos países vão consolidando seus sistemas educacionais e, ao mesmo tempo, são incapazes de absorver e reter os recursos humanos qualificados.

Particularmente, no Brasil, nos últimos anos, como bem retrata a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO ET AL., 2016), diante da grande capacidade formadora de enfermeiros, o país não tem conseguido absorvê-los, existindo, inclusive, o desemprego de enfermeiros. Mesmo assim, apenas 1,7% do total de enfermeiros registrados nos Conselhos Regionais havia trabalhado temporariamente no exterior, e 18,4%, declararam o desejo de trabalhar no exterior. O emprego do 'apenas' é estritamente adequado ao caso do Brasil, dada a sua grandeza incomparável, de formação, em relação aos países da América do Sul e do Mercosul. A dimensão brasileira na capacidade de formação, segundo Vieira e Moysés (2017), resultou na formação anual de mais de 30 mil enfermeiros ao ano, podendo ser comparável com o total de enfermeiros em cada país do Mercosul. As autoras apontaram que, de 1995 a 2015, formaram 464.408 novos enfermeiros, provenientes na sua maioria (ou 374.942) de cursos privados. Em 2015, entre o total de 887 cursos existentes no País, 726 cursos eram de instituições privadas de ensino (VIEIRA; MOYSÉS, 2017).

Em 2010, foram detectados 871 enfermeiros que haviam emigrado temporariamente (SILVA ET AL., 2016), bem como 197 brasileiros vivendo em Portugal (OEP, 2007). Ademais, 5.252 desses profissionais haviam trabalhado temporariamente no exterior (MACHADO ET AL., 2016). A partir da existência de agências recrutadoras de recursos humanos dos EUA e da Itália no País e da evidência do desemprego (MACHADO ET AL., 2016), deduz-se que a pouca informação sobre a emigração de enfermeiros constitui uma grande lacuna de conhecimento sobre a migração extrarregional dos profissionais brasileiros.

Considerações finais

É importante destacar as principais características que emergiram das investigações. A preferência de migração extrarregional dos enfermeiros sul-americanos e mercosulinos em direção aos países desenvolvidos, principalmente relacionada com o recrutamento de mão de obra, diante da escassez de recursos humanos nos países de destino. Caracterizando esse movimento dos enfermeiros como migração seletiva e, ao mesmo tempo, como migração temporária, tendo em vista os recrutamentos temporários e os relatos de retorno. A lacuna se fez evidente de investigações sobre as experiências desses profissionais, os quais transpuseram a barreira da língua estrangeira, vivenciaram outras culturas e trabalharam em diversos ambientes de atenção à saúde.

Na migração intrarregional, mostrou-se mais significativo o movimento de enfermeiros originários dos países subdependentes da região, com direção preferencial para os subcêntros, motivados principalmente, pelos fatores familiares e econômicos, na busca da reunificação da família e de melhores condições de vida e de trabalho. Esse movimento profissional pode ser considerado, ao menos em sua maioria, como migração definitiva. À exceção do Brasil, em todos os outros países sul-americanos essa

mobilidade representou perda de recursos humanos, tendo em vista internamente na região a escassez de enfermeiros.

Por sua vez, entre os países integrantes do Mercosul, a mobilidade de enfermeiros, permanece ainda incipiente, em comparação com a migração extrarregional e intrarregional. Considerando atualmente as crises econômicas, porque passam os países sub-cênticos dentro do Mercosul, a tendência de preferência de destino para a migração extrarregional poderá redundar em maior migração, mas com motivação econômica e social. Transformando a migração temporária, em migração definitiva, para os países

desenvolvidos, ainda com insuficientes suprimentos desses recursos humanos.

Particularmente, o movimento de enfermeiros brasileiros merece atenção para investigações, considerando as lacunas de conhecimento, quantitativos e qualitativos, principalmente da migração extrarregional. Tendo em vista que a escassez de enfermeiros não constitui um problema no Brasil – embora haja má distribuição entre as regiões brasileiras –, a magnitude da capacidade formadora, aliada à incapacidade de absorção, pode redundar em migração extrarregional, principalmente pelos jovens enfermeiros brasileiros desempregados. ■

Referências

- ABRAMZÓN, M. C. Argentina: Situação dos Recursos Humanos em Saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. (Org.). *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul/OPS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 47-74.
- CABRAL, C.; VELÁZQUEZ, E. R. Paraguai. *Série Recursos Humanos para a Salud*, OPS, Washington, DC, n. 60, p. 161-172, ago. 2011.
- CÁRDENAS, B. Venezuela. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 197-207, ago. 2011.
- FORT, Z. et al. *Enfermería en el Uruguay*. Montevideo: OPS, 2015.
- GONZÁLEZ, L. A. M.; VIDAL, A. R. Chile. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 105-120, ago. 2011.
- HEREDIA, A. M.; GRINSPUN, D. Argentina. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 37-58, ago. 2011.
- IANNI, O. *A Sociedade Global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERAS (INE); COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY (CEDU). *1º Censo Nacional de Enfermería Profesional*. EP Generacion, Montevideo, n. 89, nov./dez. 1993.
- LAVERDE, M. C. Q.; AGUDELO, M. C. G. Colômbia. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 121-148, ago. 2011.
- MACHADO, M. H. et al. *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen, 2016.
- MALVÁREZ, S. M.; AGUDELO, M. C. C. Panorama de la Fuerza de Trabajo em Enfermería en América Latina. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, Washington, DC, n. 39, 2005.

- MALVÁREZ, S. M. *et al.* La migración de enfermeras en América Latina. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 9-32, ago. 2011.
- MORALES, C. F.; BRITO, J. Equador. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 149-159, ago. 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL (OEP). *Enfermeiros Estrangeiros em Portugal*. Lisboa: OEP, 2007.
- PATARRA, N. Migrações internacionais e integração econômica no Cone sul: notas para discussão. In: SIMPOSIO SOBRE MIGRACIÓN INTERNACIONAL EM LAS AMÉRICAS, 2000, San José de Costa Rica. *Anais eletrônicos...* San José de Costa Rica, 2000. Disponível em: <www.cepal.org/publicaciones/xml/7/10907/LCL1632P.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2017.
- PELLEGRINO, A.; PIZARRO, J. M. Una aproximación al diseño de políticas sobre la migración internacional calificada em América Latina. *Cepal*, Santiago de Chile, p. 23-60, dez. 2001.
- PIZARRO, J. M. Migración intrarregional de mano de obra calificada. *Rev. de la Cepal*, Santiago de Chile, n. 50, p. 127-145, 1993.
- PORTES, A. Los determinantes de la emigración profesional. *Revista Paraguaya de Sociología*, Asunción, ano 14, n. 39-40, p. 351-369, 1997.
- RÍGOLI, F.; MALVÁREZ, S.; DOMINGUEZ, K. Migración de Enfermeras de América Latina a Estados Unidos y Canadá. In: ENCuentro Regional Migración DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD, 2007, Montevideo. *Anais ...* Montevideo: Opas, 2007.
- RIVERA, H. Bolívia. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 59-81, ago. 2011.
- RODRIGUEZ, G.; MUÑOZ, L. A.; HOGA, L. A. K. Vivências culturais de enfermeiras imigrantes em dois hospitais do Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2980.2401>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- RONDÓN, S.V. Peru. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 173-186, ago. 2011.
- SCHIARI, T. I. C. Uruguai. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 187-196, ago. 2011.
- SILVA, K. L. *et al.* Enfermeiros migrantes no Brasil: características demográficas, fluxos migratórios e relação com o processo de formação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24 n. 2, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0390.2686>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- SOUZA, M. L. *et al.* Brasil. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 83-92, ago. 2011.
- VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. A migração de enfermeiros: um problema de saúde pública. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 7, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000200011>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- VIEIRA, A. L. S. *Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da (I) mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde*. 1998. 227 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- VIEIRA, A. L. S.; GARCIA, C. L. M.; SILVA, C. A. Brasil. *Série Recursos Humanos para a Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 93-104, ago. 2011.
- VIEIRA, A. L. S.; MOYSÉS, N. M. N. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 401-414, abr./jun. 2017.
- VILLA, M.; PIZARRO, J. M. *Tendencias e patrones de la migración internacional em América Latina y el Caribe*. In: SIMPOSIO SOBRE MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN LAS AMÉRICAS, 2000, San José de Costa Rica. *Anais eletrônicos...* San José de Costa Rica, 2000. Disponível em: <www.cepal.org/publicaciones/xml/7/10907/LCL1632P.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2017.

Demanda de políticas regulatórias para o exercício profissional da odontologia no âmbito do Mercosul*

Demand for regulatory policies for the professional practice of dentistry within Mercosur

Andréa Lanzillotti Cardoso¹, Maria Helena Machado²

* Este estudo originalmente foi desenvolvido para constituir a tese de doutoramento de autoria de Andrea Lanzillotti Cardoso, intitulada: 'A odontologia no Brasil e a demanda de políticas regulatórias para o exercício profissional no âmbito do Mercosul' sob orientação da Dra. Maria Helena Machado.

¹Cirurgiã-dentista. Doutora em saúde pública. Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Faculdade de Odontologia das Faculdades São José – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. andrealanzi.ppc@gmail.com

²Socióloga. Doutora em sociologia. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. machado@ensp.fiocruz.br

RESUMO O artigo tem como objetivo analisar marcos regulatórios da profissão de odontologia no Brasil, com vistas à livre circulação de serviços e pessoas no Mercosul. A partir da revisão de literatura e da observação participante, conclui-se que existe uma assimetria entre os processos de regulação do exercício profissional dos odontólogos entre os Estados Partes, havendo o risco dessa liberalização gerar efeitos adversos ao mercado de trabalho odontológico brasileiro, quando da ausência de políticas regulatórias para o livre trânsito dessa categoria. Ademais, atuando para colaborar para esse processo, foi constituído o Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde que tem entre as suas contribuições a construção da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul. Às considerações finais, elencaram-se sugestões para o deslindar dos entraves à integração, considerando que o aprofundamento delas é desejável aos olhos governamentais e que se faz premente a harmonização de legislações e a eleição de marcos regulatórios direcionados ao tema.

PALAVRAS-CHAVE Odontologia. Mercosul. Controles formais da sociedade.

ABSTRACT The article aims to analyze regulatory frameworks of the dentistry profession in Brazil, with a view to the free movement of services and people in Mercosur. From literature review and participant observation, we conclude that there is an asymmetry between the processes of regulation of the professional practice of dentists among the States Parties, with the risk of that liberalization generating adverse effects on the Brazilian dental job market, in the absence of regulatory policies for free movement of this category. Furthermore, working to collaborate with that process, the Mercosur Permanent Forum for Health Work was constituted, which has among its contributions the construction of the Minimum Matrix of Registration of Health Professionals of Mercosur. To the final considerations, we make suggestions for the removal of barriers to integration, considering it's deepening is desirable for government eyes and that the harmonization of legislation and the choice of regulatory frameworks directed to the issue are imperious.

KEYWORDS Dentistry. Mercosur. Social control, formal.

Introdução

Nas últimas décadas, uma nova dinâmica na economia mundial tem sido provocada pelo processo de globalização, que sob vários aspectos tem levado a uma interdependência das nações, dando novo significado aos limites territoriais delas. Assiste-se ao declínio do Estado-nação e à emergência de organizações supranacionais, centros de poder. Ianni (2002) afirma que essa nova 'economia-mundo' não se refere apenas aos aspectos econômicos, mas também repercute em outras áreas como a social, política e cultural. Reforça-se, então, a necessidade de integração regional, que apresenta como principais objetivos o fortalecimento econômico, a ampliação dos mercados e, consequentemente, a melhora da performance dos países no cenário internacional. Nesse contexto, a saúde vem ganhando evidência por também se relacionar com políticas intersectoriais como das áreas de indústria, serviços e agricultura, atraindo interesses de ordem econômica, científica e tecnológica.

O Mercado Comum do Sul (Mercosul) é, na América Latina, a atual proposta de integração dos países do Cone Sul, que tem como Estados Partes o Brasil, a Argentina, o Uruguai, o Paraguai e a Venezuela. Entre os objetivos finais desse bloco, está a livre circulação de bens, pessoas, serviços e capitais. No tocante à livre circulação de serviços entre os Estados Partes, foi aprovado o Protocolo de Montevideu sobre o Comércio de Serviços do Mercosul, com a finalidade de eliminar as restrições ao livre trânsito de serviços entre os países.

No campo da saúde, progressos foram conquistados em questões primordiais para a comercialização de produtos sanitários, assim como temas importantes para as políticas de saúde foram introduzidas na agenda. No entanto, questões essenciais para o desfecho da integração nesse bloco ainda se interpõem, como a padronização da assistência e dos serviços oferecidos à população,

a harmonização dos currículos entre os profissionais de saúde, o livre trânsito destes e a incorporação de tecnologias.

Em se tratando do livre trânsito de profissionais liberais, uma harmonização na regulação do exercício profissional também é requerida, considerando a hipótese de que há uma assimetria entre os processos regulatórios que regem o exercício da odontologia no Brasil e em demais Estados Partes. A liberalização desses serviços

[...] pode levar a descompassos no mercado de trabalho odontológico brasileiro, quando da ausência de políticas regulatórias para o livre trânsito desta categoria. (CARDOSO, 2013, P. 20).

Este texto faz parte de um estudo mais amplo que buscou elementos que contribuíam para deslindar alguns dos nós críticos que envolvem o problema da liberalização do comércio de serviços de odontologia no âmbito do Mercosul. O objetivo geral do referido estudo foi o de analisar os marcos regulatórios da profissão de odontologia no Brasil e em demais Estados Partes, com vistas aos desfechos que a integração regional no Mercosul acarretará ao mercado de trabalho dessa profissão no Brasil. Teve como objetivos específicos: a) Analisar a regulação profissional da odontologia nos Estados Partes; b) Analisar o processo de implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do Mercosul, já aprovada no Mercosul; c) Descrever a atuação dos atuais fóruns e proposições de regulação do exercício profissional dos odontólogos no Mercosul.

Material e métodos

Utilizou-se, para atender aos dois primeiros objetivos específicos, a revisão bibliográfica pertinente ao tema e ao processo de integração regional, por meio de análise de documentos, decretos, leis, além da utilização de

bibliografias (artigos, teses, livros) e *sites* de interesse existentes. Para atender ao terceiro objetivo específico, foram analisados os documentos públicos do Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde, bem como utilizamos a Observação Participante como estratégia de investigação, uma vez que houve a oportunidade de participar das reuniões do referido Fórum entre os anos de 2010 e 2012. Durante elas, na condição de ouvinte, valemo-nos de um diário de campo, utilizando a observação descritiva, ou seja, realizada de forma totalmente livre, embora estivéssemos sensibilizadas pela teoria voltada ao objeto de estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) sob o parecer nº 146/2011.

Resultados

Regulação profissional da odontologia nos Estados Partes do Mercosul

A revisão bibliográfica permitiu-nos a construção do *quadro 1*, que evidencia as convergências e diversidades na regulação da profissão de odontologia no âmbito dos Estados Partes do Mercosul.

Quadro 1. Quadro resumo da regulação da profissão de odontologia no Mercosul

Informações/ Estados Partes	Brasil	Argentina	Paraguai	Uruguai	Venezuela
Formação					
Número de Centros Formadores	(55) públicos (148) privados (203) total	(8) públicos (8) privados (16) total	(2) públicos (12) privados (14) total	(1) público (1) privado (2) total	(5) públicos (3) privados (8) total
Duração mínima do curso	4 anos	5 anos	5 anos	5 anos	5 anos
Carga horária mínima do curso	4.000	4.200	6.016	5.090	
Exercício profissional					
Proporção de profissionais por 10.000 habitantes	9,5	9,3	3,8	12,4	5,7
Existência de legislação que regula a profissão	Sim, Lei nº 5.081 de 1966	Sim, Lei nº 17132	Sim, Lei nº 836 de 1980	Sim, Lei nº 9.202 de 1934	Sim, Lei do Exercício da Odontologia
Titulação outorgada ao concluinte	Cirurgião-dentista	Odontólogo	Odontólogo	Doutor em Odontologia	Odontólogo
Órgão fiscalizador da profissão	Conselho Federal e Odontologia e Conselhos Regionais de Odontologia	Ministérios da Saúde e Colégios Profissionais	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Colégio Federal e Odontologia e Colégios Regionais de Odontologia
Mecanismo de habilitação da profissão	Inscrição nos Conselhos Regionais	Inscrição nos Ministérios da Saúde ou nos Colégios Profissionais	Inscrição no Ministério da Saúde, via Universidad Nacional de Asunción	Inscrição no Ministério da Saúde	Inscrição no Ministério da Saúde e nos Colégios Regionais
Mercado de trabalho	Aumento substancial de postos de trabalho no setor público.	Primordialmente no setor privado. Setor público incipiente.	Primordialmente no setor privado. Setor público incipiente.	Primordialmente no setor privado. Setor público incipiente.	Aumento substancial de postos de trabalho no setor público.
Possui associações	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Possui sindicato	Sim	Não	Não	Não	Não

Fonte: Cardoso (2013).

Percebemos por meio do *quadro 1* que enquanto existe um equilíbrio no que tange às dependências administrativas na Argentina, Uruguai e Venezuela; no Brasil e Paraguai, o setor privado desponta como o principal formador de odontólogos. Não obstante haver uma substantiva disparidade no número de instituições formadoras no Brasil, quando comparado aos outros Estados Partes, o mercado de trabalho brasileiro, de forma geral, tem absorvido esse contingente de profissionais; em parte, devido ao aumento de postos de trabalho no setor público, como consequência das políticas públicas de saúde vigentes no País (CARDOSO, 2007). A duração mínima do curso no Brasil (4 mil horas) é menor do que nos outros países, que apesar de apresentarem a mesma duração (5 anos), têm cargas horárias diversas, variando de 4.200 na Argentina a 6.016 horas no Paraguai.

Ainda analisando o *quadro 1*, no que diz respeito à proporção de odontólogos por 10 mil habitantes, quando analisamos apenas o Brasil (9,5), a Argentina (9,3) e o Uruguai (12,4), essa distribuição mostra-se homogênea. Entretanto, há uma discrepância acentuada entre as proporções apresentadas por esses países e os apresentados por Venezuela (5,7) e Paraguai (3,8). Vale ressaltar que neste país, tal ocorrência possa ser possível por conta de uma subnotificação no número de odontólogos, se considerarmos os resultados de autoavaliações do próprio Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social (MSPBS).

Vale ressaltar que, embora a profissão esteja regulamentada em todos os países, somente Brasil e Venezuela detêm lei específica para o exercício profissional de odontologia. A titulação outorgada difere

pouco entre países; entretanto, foi consensuado no âmbito do Mercosul que o profissional de odontologia tenha como denominação 'odontólogo'. Em todos os países, existe a obrigação de inscrição no órgão regulador da profissão para a habilitação ao exercício profissional. A regulação do exercício profissional é realizada de maneira centralizada no Paraguai e Uruguai, pelos respectivos Ministérios da Saúde. No Brasil, a regulação está a cargo do Conselho Federal de Odontologia e suas regionais. Os profissionais venezuelanos têm o exercício profissional regulado pelos Colégios Profissionais Regionais, sob supervisão do Ministério da Saúde. Já, na Argentina, em grande parte das províncias, a regulação é conferida pelo Ministério da Saúde aos colégios profissionais, e nas províncias em que não existe colégio profissional representativo, a regulação é realizada pelo próprio Ministério da Saúde.

Todos os países possuem associações profissionais de caráter gremial e técnico-científico, que, a nosso ver, é fundamental para a atualização e/ou aprofundamento dos saberes específicos da profissão. Entretanto, o Brasil é o único país que tem sindicatos específicos da categoria. Isso denota quão organizada está a odontologia no País, uma vez que o sindicato atua no sentido de valorização da profissão, tendo a função de representar legalmente a categoria profissional perante outras instâncias da sociedade e defendê-la nos seus interesses trabalhistas, políticos e sociais.

Já as sanções éticas praticadas nos Estados Partes apresentam certa semelhança nas aplicações estabelecidas, como pode ser observado no *quadro 2*.

Quadro 2. Sanções preliminares nos Estados Partes

País	Código de Ética	Sanção	Instituição Responsável
Argentina	Próprio de cada Província	Advertência verbal; Intimação; Multa; Suspensão temporária; Suspensão definitiva.	Ministério da Saúde ou Colégio Provincial
Brasil	Único no País	Advertência confidencial, em aviso reservado; Censura confidencial, em aviso reservado; Censura pública, em publicação oficial; Suspensão do exercício profissional até 30 dias; Cassação do exercício profissional. Além das penas disciplinares previstas, também poderá ser aplicada pena pecuniária a ser fixada pelo Conselho Regional de Odontologia. Em caso de reincidência, a pena de multa será aplicada em dobro.	Conselhos Regionais de Odontologia
Paraguai	Único no País	Sem informações.	Ministério da Saúde
Uruguai	Em etapa de aprovação	Advertência; Observação; Multa; Suspensão.	Comissão Honorária de Saúde Pública
Venezuela	Único no País	Advertência confidencial; Advertência pública perante o Colégio profissional; Multa; Detenção por conversão de multa; Suspensão do exercício profissional.	Colégios Regionais de Odontologia

Fonte: Cardoso (2013).

As sanções éticas aplicadas no Brasil e Venezuela, com a profissão mais organizada, oferecem um leque maior de sanções, com vistas a proteger a corporação de maus profissionais e manter o bom conceito da profissão perante a sociedade. Na Argentina, cada Colégio Profissional possui o seu código de ética, bem como o Ministério da Saúde possui o seu, no caso das províncias reguladas por esse órgão. Quanto ao Paraguai, a ausência de informações traz à baila o receio da histórica insuficiente regulação no País. Já no Uruguai, o código de ética está em vias de aprovação pelo Ministério da saúde.

Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do Mercosul

No Mercosul, os assuntos são tratados por subgrupos de trabalho. O Subgrupo de Trabalho

nº 11 (SGT 11) é o que trata da saúde. Nele, é a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional que tem enveredado esforços para avançar no processo de integração na área. Para tanto, construiu uma agenda de trabalho voltada para formulação de políticas de gestão, regulação e de educação na saúde, entendendo a necessidade de compatibilizar os cursos de formação profissional, padronizar a legislação do exercício profissional, conformar uma base de dados comum e implementar a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul (BRASIL, 2010). Esta tem intenção de habilitar os profissionais do setor saúde no exercício de suas atividades laborais em outros Estados Partes do Mercosul, senão aquele em que se formou; e os profissionais que trabalham em municípios ou jurisdições de fronteira.

A implementação dessa Matriz também oportuniza a planificação das informações

sobre esses profissionais, ora constatado que os Estados Partes não dispõem de informações mínimas semelhantes. Esses dados, uma vez reunidos em uma base única, poderão favorecer a integração entre os Estados Partes e contribuir para o planejamento de políticas de gestão e regulação do exercício profissional dentro de cada país; considerando que, ao implementar a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul (MERCOSUL, 2004), os países se comprometerão a trocar informações com os órgãos responsáveis pela base de dados dos profissionais de saúde, permitindo que se tenha maior controle e fiscalização dos profissionais que estão em trânsito e trabalhando no bloco. A Matriz contém dados pessoais do profissional, título e instituição formadora, bem como número do registro profissional, formação de pós-graduação, revalidação do diploma e registro de título em outro país do Mercosul. Em acréscimo, constarão dados reservados, tais como sanções a que o profissional está submetido, porém uma validade temporal não foi determinada.

O processo de implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul tem acontecido de maneira diversificada nos Estados Partes. A Argentina está implementando o Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (Sisa), que é um projeto de tecnologia da informação do Ministério da Saúde Nacional e das Províncias daquele país para a gestão dos dados de seus estabelecimentos profissionais, programas ou serviços para a comunidade.

O Paraguai está em fase de implementação do Sistema Integrado de Control de Profesiones, Establecimientos de Salud, Protección Radiológica y Superintendencia de Salud (SICPESSS), que terá um campo para registrar as solicitações para revalidação de títulos, feitas pelos profissionais que desejarem trabalhar em outro Estado Parte. O SICPESSS/MSPBS é uma base de dados centralizada e alimentada pela Dirección General de Información Estratégica en Salud (Digies/MSPBS), órgão do MSPBS.

No Uruguai, por sua vez, o registro de profissionais e títulos realiza-se unicamente de forma eletrônica desde o ano de 2006, o que facilitou a internalização da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul por esse país desde 2007. Em 2011, foi criado o Sistema de Habilitación y Registros de Profesionales de La Salud (Sharps) que concentrou todas as informações.

No que tange à Venezuela, seus representantes estiveram ausentes à XXXIX Reunião Ordinária do SGT 11, ocorrida em setembro de 2012, quando seria a primeira oportunidade de discussão sobre o tema na condição de Estado Parte Pleno no Mercosul.

Já no Brasil, existe um impasse jurídico entre os conselhos profissionais e o Ministério da Saúde. Isto porque, no País, a regulação do exercício profissional está a cargo dos Conselhos Profissionais, que além de autarquias do Governo Federal com plenos poderes para resguardar todas as informações profissionais, elas estão dispersas dentro de cada Conselho Profissional Regional. Por outro lado, está disposto na Resolução GMC nº 27/04 (MERCOSUL, 2004) que é o Ministério da Saúde que fará a tramitação dos dados dos profissionais de saúde que queiram se habilitar ao trabalho em outro Estado Parte. Assim, no entendimento de que a adequação dos sistemas de informações é uma questão complexa, o Ministério da Saúde apresentou no segundo semestre de 2011 a proposta de utilização da Plataforma Arouca como base para viabilizar a implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul.

A Plataforma Arouca, idealizada inicialmente para ser um banco de dados que reunisse o histórico educacional e profissional de profissionais de saúde atuantes no SUS, tem-se, na visão do Ministério da Saúde, evidenciado uma ferramenta eficaz para a implantação dessa Matriz, uma vez que visa permitir a troca de informações entre este e os Conselhos Profissionais, desencadeando um impacto mínimo sobre a área de tecnologia da informação dos próprios

Conselhos Profissionais. Mostrando-se, desse modo; simples, segura e confiável, em que a validade das informações se apoiará em certificações digitais de representantes dos Conselhos Profissionais.

Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde

No Brasil, com intuito de um aprofundamento na discussão da liberalização dos serviços de saúde e ampliação no processo de negociação de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, foi criado o Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde em 2004. Ele é vinculado ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – Degerts/Ministério da Saúde e tem como principais objetivos:

- a. Debater os itens da pauta de trabalho da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, conformando uma postura comum do Brasil;
- b. Apresentar proposições que auxiliem na formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde, objetivando maior e melhor assistência à saúde da população, principalmente nas regiões fronteiriças do Mercosul;
- c. Sugerir temas que possam compor a agenda de trabalho da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional (BRASIL, 2010).

Trata-se de uma instância aberta e de caráter consultivo que reúne trabalhadores e gestores no âmbito da saúde com as mais diversas perspectivas e interesses sobre as questões relacionadas com o exercício profissional na área da saúde, que conformam recomendações para subsidiar a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT 11.

Ao todo, são convidados a compor este

Fórum: o Ministério da Saúde, representado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância a Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, SGT 11, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde; o Ministério da Educação; o Ministério do Trabalho e Emprego; a Organização Pan-Americana da Saúde; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde; o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; e ainda, integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde (Conselhos Federais de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Técnicos de Radiologia); as entidades científicas, sindicais e de estudantes de procedência nacional da área de saúde (BRASIL, 2010).

A despeito do Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde ter sido formulado e até desenvolvido suas reuniões durante um período com as representações supracitadas, nas últimas reuniões, nota-se a presença efetiva, além de sua coordenação, representada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde; apenas de representantes da maioria dos Conselhos Profissionais de Saúde, entidades sindicais e estudantes de procedência nacional da área de saúde. Isso anuncia que o referido Fórum possa já não ser relevante nas agendas das instituições frequentemente ausentes. Paradoxalmente, as discussões ocorridas nas reuniões vêm despertando interesse entre os representantes dos conselhos profissionais e entidades sindicais, à medida que os prazos para o livre trânsito de profissionais se avizinham. A construção coletiva de sugestões ao SGT 11 para possíveis harmonizações, a fim de que esse trânsito não cause efeitos deletérios ao mercado de trabalho das profissões em saúde, é de interesse de todos.

Vale ressaltar que

[...] estão entre as principais realizações do Fórum, no âmbito do Brasil, o levantamento de dados sobre: instituições formadoras das quatorze profissões de saúde regulamentadas em Lei; especialidades médicas e as áreas de atuação; especialidades por profissão no Brasil e representações regionais das entidades profissionais. No âmbito do Mercosul, os dados coletados tratam dos códigos de ética das profissões de saúde; das especialidades médicas comuns no Mercosul (forma de titulação, tempo de formação, título obtido etc.), das profissões de saúde e das especialidades das profissões comuns no Mercosul; do conteúdo programático das 29 especialidades médicas compatibilizadas; da modalidade de regulação do exercício e da formação profissional (graduação e pós-graduação); das organizações oficiais e não oficiais das profissões de saúde, etc. (MACHADO; AGUIAR FILHO, 2008, P. 299).

Outra contribuição relevante foi a organização do Manual para orientação do preenchimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul.

Durante o ano de 2010 e primeiro semestre de 2011, em função da troca de gestores, o Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde não se reuniu. O retorno das atividades aconteceu no segundo semestre de 2011 com o objetivo primordial de viabilizar a implantação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul; a despeito da morosidade de sua implementação no Brasil ante os demais Estados Partes. Para tanto, a Plataforma Arouca foi apresentada e bem recebida pelos integrantes do Fórum. Por outro lado, eles direcionam críticas ao conteúdo das reuniões, especificamente sobre os objetivos deste, o fato de os temas serem discutidos de maneira geral para todas as profissões, questões importantes estarem sendo adiadas e a própria preocupação maior por parte do Ministério, com a prova de proficiência para revalidação de diplomas.

Vale evidenciar que o Brasil é o único Estado Parte a oportunizar esse diálogo social com as entidades representativas dos profissionais de

saúde; sejam as entidades sindicais, sejam as associações e os conselhos profissionais.

Discussão

No caso da odontologia, são identificadas acentuadas disparidades entre os Estados Partes. Assim, enquanto o Brasil detém 203 instituições, o outro Estado Parte que possui mais estabelecimentos formadores é a Argentina, com apenas 16. Devemos considerar que, grosso modo, o mercado de trabalho brasileiro tem absorvido esse contingente de profissionais, porém se a tendência à expansão maciça dos cursos de odontologia continuar, poderemos assistir a uma dificuldade de manutenção na qualidade do ensino e consequências no mercado de trabalho, em vista do número exacerbado de egressos. Com relação à dependência administrativa, é o Paraguai que apresenta similaridade ao Brasil, cuja formação está primordialmente a cargo do setor privado.

Foi demonstrado que enquanto na Argentina, Paraguai e Uruguai o mercado de trabalho no setor público é incipiente, Brasil e Venezuela têm nesse mesmo setor seu grande empregador; considerada a extensão territorial do Brasil, bem como as políticas públicas de saúde que nos últimos anos tem sido responsável pela inserção de muitos odontólogos, caracterizando-o como um mercado aberto e em expansão. No entanto, problemas conjunturais podem levar odontólogos de todos os Estados Partes a um movimento de assalariamento indireto, mas devido à falta de publicações, não nos permite subsidiar uma discussão. Esta se constitui em uma limitação do estudo, quando da escassa existência de estudos relativos à regulação profissional nos demais Estados Partes.

Sobre o modo de regulação, enquanto no Paraguai e Uruguai se estabeleceu regulação administrativa direta pelo Estado; no Brasil e na Venezuela, o Estado concedeu à profissão o direito de se autorregular. Já a Argentina apresenta esses dois modos de regulação: a

regulação está primordialmente a cargo dos Colégios Profissionais das províncias e de uma maneira residual com o próprio Ministério da Saúde. Também devemos registrar que o Brasil é o único que detém sindicatos específicos da categoria entre esses países. Em síntese, o processo regulatório do exercício profissional da odontologia nos Estados Partes demonstra-se muito díspar. Em muito difere a legislação brasileira da argentina, uruguaia ou venezuelana. Não obstante, o Paraguai, muitas vezes, sequer ter regulamentação.

Lopes Junior (2010), ao realizar estudo comparativo entre vários códigos de ética de países ibero-americanos, inclusive Brasil, Argentina e Uruguai, ressalta a inexistência e generalidade textual causada por expressões como: moral, obrigação moral, consciência moral, entre outros. Fato que corrobora a conformação de normas inexecutáveis dada a superficialidade das expressões. O Código de Ética brasileiro se sobrepõe aos outros pela quantidade de temas apreciados, a maneira como eles são abordados e a própria construção do texto. Mesmo pelo fato de o Brasil ter aprovado recentemente um novo código de ética, que entrou em vigor em 2013, é lícito esclarecer que o novo código, de modo geral, apenas acrescenta novas infrações éticas e novos valores de multas pecuniárias, o que permite considerar o estudo do autor superado como atual.

A implantação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul é considerada, até o momento, o maior avanço no processo de integração, permitindo a planificação das informações entre os países e maior controle e fiscalização dos profissionais que desejam transitar no bloco. Igualmente, oportunizando atualização de dados, bem como a integração de informações dispersas nas instituições regulatórias. No entanto, as críticas, de modo geral, perpassam não só pelo seu conteúdo, incipiente na visão dos participantes do Fórum Mercosul, mas pela indefinição de sua validade temporal e pela morosidade com que esta implantação está acontecendo.

No Brasil, a despeito do Ministério da Saúde, que é o designado a tramitar esses dados, ter apresentado a Plataforma Arouca como a melhor e mais confiável ferramenta para a disponibilização desses dados pelos Conselhos Profissionais, nenhum acordo foi assinado até o momento.

Aspectos positivos do Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde giram em torno de sua produção, principalmente voltada para o levantamento de dados sobre as profissões de saúde, bem como a organização do Manual para orientação do preenchimento da Matriz Mínima. Além de ser um espaço democrático que congrega os principais atores das profissões de saúde, que, no Ministério da Saúde e em outras agências ligadas ao mesmo, pode contribuir para desatar nós críticos voltados ao tema, assim como apontar fragilidades do processo.

Diferentemente do Brasil, os demais países do Mercosul não constituíram um espaço equivalente, sob pena destas contribuições virarem ‘palavras mortas’ por ocasião das reuniões do SGT 11. Deve-se considerar as críticas que são levantadas em torno do conteúdo das reuniões, uma vez que, na visão dos participantes, não estão especificados os objetivos do Fórum, os temas são tratados de maneira morosa, as demandas concernentes a cada profissão têm sido abordadas sem o aprofundamento devido, e, talvez, a maior crítica gire em torno da impressão de que as questões-chave estejam sendo postergadas. Incluída nesse contexto, a nosso ver, está a questão dos currículos, cuja não harmonização poderá conformar um importante entrave ao processo de integração.

Considera-se um dos pontos mais importantes e que pouco se tem aventado sobre o assunto é o fato de que, ao invés de se discutir sobre uma uniformização na formação destes profissionais, o que se aproximaria da natureza da integração regional; as questões que começam a ser problematizadas pelo Ministério da Saúde giram em torno do conteúdo da prova de proficiência, para a revalidação dos diplomas. Em que pese o fato de que implementada a Matriz

Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul ainda se fará obrigatória a revalidação do diploma no país destino para a circulação do profissional entre os países, a prova de proficiência é um abrigo de mercado para a odontologia no Brasil quando consideramos que importantes disparidades na regulação da profissão de odontologia entre o Brasil e os demais Estados Partes estão presentes em quase todos os aspectos.

Considerações finais

É possível afirmar, com base no que analisamos, que há uma assimetria entre os processos regulatórios que regem o exercício profissional dos odontólogos no Brasil diante dos demais Estados Partes. Isso, mediante a conformação de um Mercado Comum, poderá ocasionar efeitos negativos no mercado de trabalho odontológico brasileiro, caso não se constitua políticas regulatórias para o livre trânsito dessa categoria. Ademais, os debates no âmbito da odontologia têm se restringido à cúpula dos conselhos, sindicatos e associações, e isso pode ser pernicioso para a categoria.

A despeito da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul se traduzir em um grande avanço para a integração, a morosidade com que essa implementação está acontecendo no Brasil e o não aprofundamento de questões primordiais podem se conformar em entraves ao livre trânsito de profissionais.

Embora o Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde tenha sido idealizado para subsidiar a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões do SGT 11 e embora seja uma iniciativa vanguardista do Ministério da Saúde brasileiro, existem tanto aspectos positivos quanto negativos atribuídos a ele.

Uma vez identificada a necessidade de se avançar na eleição de marcos regulatórios necessários para a livre circulação dos odontólogos, sugerimos algumas ações, como:

1. a adoção de um código de ética que possa ser abrangente e simultaneamente capaz de respeitar as diferenças culturais próprias de cada Estado Parte;
2. a constituição de um espaço de discussão similar ao Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde nos demais Estados Partes, que oportunize a participação de profissionais de saúde no debate;
3. a redefinição de um prazo para implementação da Matriz Mínima de registro de Profissionais de Saúde do Mercosul, bem como a revisão de seu conteúdo e o estabelecimento de uma validade temporal para ela;
4. a compatibilização dos currículos de formação. Para tanto, sugerimos que o tema extrapole a discussão interna realizada pelo Setor Educacional do Mercosul e possa a coordenação do Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde visualizar que este tem efeito direto no exercício profissional e que, portanto, precisa ser discutido em conjunto. Uma proposta agrupada precisa ser pensada e trabalhada, sob pena de existir um divórcio entre o que pleiteiam os tomadores de decisão da gestão do trabalho perante os da educação;
5. a adoção de políticas de incentivo à inserção de estrangeiros prioritariamente em cidades interioranas e de fronteira, em todos os Estados Partes, como forma de diminuir um possível impacto negativo no mercado de trabalho.

Finalmente, é interessante e necessária a realização de novos estudos sobre os processos regulatórios e de mercado de trabalho das profissões de saúde, contemplando o processo de integração em andamento. Por igual, entendemos que a questão da formação é tema primordial na integração que, devido à sua relevância e profundidade, requer um estudo à parte. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Fórum Permanente do Mercosul para o trabalho em Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- CARDOSO, A. L. *Mercado de trabalho dos odontólogos e expectativas dos graduandos*. 2007. 185 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- _____. *A odontologia no Brasil e a demanda de políticas regulatórias para o exercício profissional no âmbito do Mercosul*. 2013. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- IANNI, O. *Teorias da Globalização*. Rio de Janeiro: Civilização, 2002. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/23574498/IANNI-Otavio-Teorias-da-Globalizacao>>. Acesso em: 4 ago. 2012.
- LOPES JÚNIOR, C. *Comparação entre códigos de ética ou deontológicos da odontologia de países ibero-americanos e o código de ética odontológica brasileira*. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25141/tde-28052009-154205/pt-br.php>>. Acesso em: 18 jul. 2016.
- MACHADO, M. H.; AGUIAR FILHO, W. Mercosul: Avanços e Perspectivas do Exercício Profissional no Setor Saúde. In: PIERANTONI, C. R. et al. *Trabalho e educação em saúde no Mercosul*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008, p. 203-26.
- MERCOSUL. *Resolução N° 27/04*. Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul. 2004. Disponível em: <http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_027-004-Matriz%20min%20prof%20saude-Port_At%203-04.PDF>. Acesso em: 16 abr. 2011.

O processo de integração dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais no Mercosul

The process of integration of physical therapists and occupational therapists in Mercosur

Luciana Gaelzer Wertheimer¹, Maria Teresa Dresch da Silveira²

RESUMO O presente artigo tem como objetivo expor o processo de inclusão das profissões de fisioterapia e terapia ocupacional no Mercado Comum do Sul (Mercosul), no que diz respeito ao exercício profissional, na livre fronteira entre os países da América do Sul pertencentes ao Mercosul: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai até os dias de hoje. Será descrito, de forma separada, a partir das trajetórias da fisioterapia e da terapia ocupacional, por terem seus processos constituídos de maneira diferenciada quanto à representatividade e efetivação da inclusão das profissões.

PALAVRAS-CHAVE Fisioterapia. Terapia ocupacional. Mercosul.

ABSTRACT *This article aims to expose the process of inclusion of the Occupational Therapy and Physical Therapy professions in the Southern Common Market (Mercosur) with regard to professional practice, on the free borders between the South American countries belonging to Mercosur: Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay to this day. It will be described separately, from the trajectories of the occupational therapy and physical therapy, because their processes were constituted in a differentiated way, as to the representativeness and effectiveness of the inclusion of the professions.*

KEYWORDS *Physical therapy specialty. Occupational therapy. Mercosur.*

¹Terapeuta ocupacional. Especialista em coordenação de grupo, transtorno do desenvolvimento e arteterapia. Vice-presidente da Confederação Latino-Americana de Terapeutas Ocupacionais (2013-2015). Presidente da Confederação Latino-Americana de Terapeutas Ocupacionais (2015-2017). Delegada da Associação Brasileira de Terapia Ocupacional na Confederação Latino-Americana de Terapia Ocupacional (2011-2019). Membro da Comissão do Mercosul do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) – Brasil. lucianagwertheimer@gmail.com

²Fisioterapeuta e advogada. Especialista em medicina desportiva e saúde escolar, metodologia do ensino superior e direito público. Ex-presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito), Brasil. Membro da Comissão do Mercosul do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) – Brasil. teredresch@yahoo.com.br

Introdução

A participação das profissões da área da saúde nas discussões que tratam da circulação de profissionais no Mercado Comum do Sul (Mercosul) já vem de longa data. Em 1997, o governo federal, por intermédio do Ministério das Relações Exteriores, iniciou contato com os conselhos federais das profissões regulamentadas, no sentido de fomentar as discussões acerca do livre trânsito profissional nos países do bloco Mercosul. O governo definiu a pauta e a agenda de negociações relativas à inserção dos profissionais liberais nos mercados dos Estados Partes do Mercosul.

O Protocolo de Montevideu sobre o Comércio de Serviços do Mercosul, assinado em 1997, aguardando até hoje a ratificação pelo Paraguai, reafirma o compromisso de livre circulação de serviços no mercado ampliado sobre as bases de reciprocidade de direitos e obrigações, consagra a definição de normas e princípios para o comércio de serviços entre os Estados do Mercosul, além de objetivar a expansão do comércio e reconhecer a importância da liberação do comércio de serviços.

Por sua vez, o Protocolo sobre o Comércio de Serviços acorda no ponto dois do artigo VII, da Parte II, segundo o qual cada Estado Parte se compromete a estimular as entidades competentes nos seus respectivos territórios, entre outras, as de natureza governamental, assim como associações e colégios profissionais, em cooperação com entidades competentes de outros Estados Partes, a desenvolver normas e critérios mutuamente aceitáveis para o exercício das atividades e profissões pertinentes à esfera dos serviços, por meio da concessão de licenças, matrículas e certificados aos prestadores de serviços, e a propor recomendações ao Grupo Mercado Comum sobre reconhecimento mútuo.

No caso dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais, o Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional (Coffito)

reuniu os Conselhos Regionais de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional (Crefitos) para estabelecer estratégias de ações e iniciar a busca pelos seus pares nos países do Mercosul, buscando fortalecer a dimensão social da integração. Tarefa nada fácil para essas profissões que pouco contato tiveram com os irmãos latino-americanos até então.

Uma das estratégias foi a de reunir as diversas entidades ligadas à fisioterapia e à terapia ocupacional para um grande debate. Nesse evento, estiveram presentes representantes dos sindicatos, associações de especialistas, associações profissionais municipais, associações de docentes e representantes do Sistema Coffito e Crefitos. As discussões ocorreram na cidade do Rio de Janeiro, RJ, em setembro de 1997.

Em virtude de o tema ser completamente novo para maioria dos presentes ao evento realizado na cidade do Rio de Janeiro, fracos foram os debates acerca da futura forma desse livre trânsito profissional e dos assuntos pertinentes a essa questão.

Como encaminhamento das questões referentes a esse assunto, foi proposto que a discussão fosse ampliada aos fisioterapeutas e aos terapeutas ocupacionais do Uruguai, Argentina e Paraguai. Após grande esforço de alguns profissionais brasileiros na busca de contatos com os profissionais dos outros países do bloco, ocorreu a segunda reunião na cidade de Porto Alegre, RS, em dezembro daquele mesmo ano, com representantes de entidades profissionais e acadêmicas da Argentina, Brasil, Uruguai e Paraguai.

Novamente, em virtude da falta de conhecimento das entidades acerca do tema integração, a reunião serviu para que cada país trouxesse ao conhecimento do grupo sua realidade vivenciada na prática profissional e acadêmica das duas profissões.

Ao término dessa reunião em Porto Alegre, acordou-se que as próximas reuniões ocorreriam alternadamente nos outros países do Mercosul, sendo escolhido o Uruguai para sediar o próximo encontro.

Sendo assim, uma nova reunião ocorreu em Colônia Suíça, no Uruguai, no mês de abril de 1998. Estiveram presentes 50 fisioterapeutas, representando diversas associações, faculdades, Crefitos, colégios profissionais da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, e 5 terapeutas ocupacionais, sendo estes do Brasil e da Argentina.

A partir dessa reunião, a fisioterapia e a terapia ocupacional seguiram de forma independente sua trajetória de discussões sobre o tema Mercosul, uma vez que a profissão de terapia ocupacional existia somente em dois dos quatro países pertencentes ao bloco.

O processo de integração dos fisioterapeutas

Visando a um maior conhecimento acerca do exercício da fisioterapia, os participantes da reunião ocorrida em Colônia Suíça foram divididos em três grupos de interesse da profissão, uma vez que havia um completo desconhecimento da prática assistencial dos países vizinhos. As áreas trabalhadas foram: políticas públicas de saúde, exercício profissional e formação acadêmica.

Dessa forma, para lograr soluções para alguns problemas detectados nas áreas trabalhadas, aprova-se a seguinte pauta de trabalho:

1. Estudar as condições para a implantação de currículo mínimo no Curso de Fisioterapia, nas diferentes faculdades dos quatro países;
2. Estabelecer a equivalência razoável dos projetos pedagógicos dos diversos cursos existentes em fisioterapia nos países-membros;
3. Definir os princípios básicos da legislação do exercício profissional;
4. Buscar apoio para impulsionar a

aprovação de lei do exercício profissional nos países do Mercosul, que ainda não a tenham, como é o caso do Paraguai, e melhoria na lei do exercício profissional dos fisioterapeutas uruguaios;

5. Trabalhar na harmonização da legislação vigente no sentido de facilitar o livre trânsito profissional; e

6. Argentina deverá debater internamente as sete nomenclaturas que se aplicam à profissão de fisioterapia naquele país, facilitando a livre circulação.

Nesse mesmo ano de 1998, o Coffito é chamado a participar, a convite do Ministério da Saúde, de reuniões específicas para tratar do tema do exercício profissional em saúde. É importante salientar que o Coffito também nesse mesmo período começou a frequentar reuniões em outros Ministérios, como o da Educação, Trabalho, Relações Exteriores, e Indústria e Comércio.

No Ministério da Saúde, sob o comando da Coordenadora Nacional do Subgrupo de Trabalho 11 – SGT-11 (Saúde), Dra. Eny Guerra, o Coffito recebeu as primeiras orientações quanto à pauta de interesse do Governo nessas discussões, servindo de norte nas futuras reuniões com os colegas fisioterapeutas integrantes dos países-membros do Mercosul.

A reunião seguinte ocorreu na cidade de São Bernardino, no Paraguai, em outubro de 1998, com a participação dos representantes dos quatro países e do Chile, como país associado ao bloco. Havendo a necessidade de tornar as reuniões especializadas, como havia sido solicitado pelo SGT-11 (Saúde) no Brasil, a comitiva brasileira presente à reunião do Paraguai propôs ao grupo a criação da Comissão de Integração dos Fisioterapeutas e Kinesiólogos para o Mercosul (Cifikim). Estabeleceu-se, a partir da sua criação, a necessidade de se contar com um regulamento interno disciplinando a Cifikim. A comissão

do exercício profissional discutiu as diretrizes para o estabelecimento de um código de ética comum.

A quinta reunião aconteceu na cidade de Paraná, Entre Rios, na Argentina, no mês de abril de 1999, com a participação dos integrantes das entidades representativas nacionais do Brasil, Uruguai, Argentina e Chile. Os colegas paraguaios não puderam comparecer devido a questões da política nacional do Paraguai, que enfrentava sérios problemas internos. Como previsto no Tratado de Assunção e no Protocolo de Brasília das Soluções de Controvérsias (MERCOSUR, 2009), as decisões deverão ser acordadas pelos países-membros do Mercosul, de forma que não houve deliberações.

No mesmo ano, realizou-se a sexta reunião, na cidade de Porto Alegre, RS, no Brasil, no mês de dezembro, com a participação dos representantes dos quatro países do bloco e do Chile como país associado.

O Comitê Executivo aprovou os regulamentos de funcionamento interno das reuniões plenárias e do próprio Comitê Executivo. Também, foi aprovado naquele evento o projeto de vigência dos pronunciamentos da Cifikim, ante os governos dos países, e o Protocolo de Acordos, marco de princípios éticos dos fisioterapeutas e kinesiólogos do Mercosul.

Ficou decidido realizar um estudo sobre os títulos emitidos pelos Cursos de Fisioterapia da Região.

Foi elaborado um questionário sobre o exercício profissional sugerido pelo SGT-11 (Saúde) do Brasil, para subsidiar as discussões em nível governamental.

A próxima reunião ocorreu em Montevideu, no Uruguai, em junho de 2000. Estiveram presentes os representantes dos quatro países do bloco e representantes da Bolívia e Chile, como países associados. Foi elaborado o Código de Ética Unificado para os fisioterapeutas e kinesiólogos, pendente de aprovação oficial pelas entidades nacionais até a presente data. Continuaram os

debates acerca das Diretrizes Curriculares comuns do Mercosul.

O oitavo encontro ocorreu na cidade de Buenos Aires, Argentina, no mês de agosto de 2000, com a participação dos representantes dos quatro países que compõem a Cifikim. A reunião foi marcada por grandes desentendimentos provocados pelos representantes do Brasil, que questionaram a participação do Uruguai e do Paraguai nas reuniões da Cifikim, por entender que a lei profissional daqueles países não estivesse no mesmo nível das leis do Brasil e da Argentina.

Em setembro do mesmo ano, o Coffito, por meio da Resolução nº 213, reconhece o título acadêmico de kinesiólogo como equivalente ao título acadêmico de fisioterapeuta, já se preparando para a circulação desses profissionais no âmbito do Mercosul.

Infelizmente, quando o processo começou a apresentar seus maiores avanços e apontar para resoluções mais conclusivas, o Coffito, órgão de interlocução brasileiro, na Cifikim, interrompeu sua participação nas discussões, o que, juntamente com fatores relacionados com a própria política nacional para assuntos ligados ao Mercosul, contribuiu para o esvaziamento dos encontros entre fisioterapeutas e kinesiólogos.

Durante o período em que não ocorreram reuniões da Cifikim, o Coffito participou ativamente de diversos eventos e reuniões sobre temas ligados ao Mercosul, promovidos pelo Ministério da Saúde.

Em 2004, foi criado o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde no Brasil pelo Ministério da Saúde. Desde a criação desse Fórum, institucionalizado por intermédio da Portaria GM nº 929, de maio de 2006, o Coffito vem participando ativamente. Tem sido um espaço importante para os fisioterapeutas em termos de interlocução com os representantes governamentais, em que se permite a compreensão do processo de integração, o intercâmbio de informações na busca da negociação e desenvolvimento de estratégias (TAMAKI, 2011). O Fórum Permanente

está sob a responsabilidade institucional do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde. É composto por associações, por conselhos profissionais, sindicatos e por outras organizações profissionais da saúde da área, trabalhando como um órgão consultivo do SGT-11 (Saúde).

Depois de passados quatro anos do último encontro, pautado pelas políticas nacionais de fomento ao processo integrativo do Mercosul, o Coffito, conduzido por nova gestão, revê sua posição e propõe a retomada das discussões desse importante processo, buscando foro e assento para que o fisioterapeuta brasileiro não ficasse excluído da construção de uma identificação e do fortalecimento da fisioterapia latino-americana.

Dessa forma, e com esse intuito, realizou-se uma reunião de retomada dos debates, nos dias 6 e 7 de novembro de 2004, na cidade de Buenos Aires, na Argentina. Estiveram presentes os fisioterapeutas e kinesiólogos das entidades profissionais pertencentes à Cifikim, exceto os colegas do Paraguai, por falta de contato com estes.

A delegação Argentina revela a difícil situação das associações profissionais das províncias e dos cursos de kinesiologia, em virtude da grande crise política e econômica enfrentada em seu país nos últimos anos.

A delegação do Uruguai informou as articulações feitas ao longo desses quatro anos, com os diferentes ministros da saúde pública e no Parlamento, no sentido de obter o reconhecimento oficial como interlocutores válidos, em nível nacional, no processo de harmonização, visando ao livre trânsito na área de fisioterapia. Informa, ainda, que em seu país já existe organização similar à do Brasil, integrada, também, por associações profissionais ligadas à saúde. Estão trabalhando de modo que a Associação dos Fisioterapeutas do Uruguai atue como o Órgão Consultivo do SGT-11 Uruguai.

Essa reunião serviu, na realidade, para desfazer o mal-entendido da última reunião,

ocorrida em Buenos Aires, no ano de 2000.

No ano seguinte, em 2005, foi realizada na cidade de Montevideu, no Uruguai, a décima reunião da Cifikim, com a participação das entidades, exceto do Paraguai, cuja entidade continuava sem representação em seu país.

Foram resgatadas todas as documentações geradas até o momento pela Cifikim, com o intuito de dar continuidade aos trabalhos de harmonização e avançar em outros aspectos que estavam, constantemente, sendo cobrados pelo Subgrupo de Trabalho 11 dos países-membros, por exemplo, um Código de Ética Comum e o Glossário de Termos do Mercosul.

Após essa reunião, houve uma pausa de três anos nos encontros da Cifikim. Nesse intervalo de ausências das reuniões, a fisioterapia acaba por ficar de fora da Resolução GMC nº 66/2006, que definiu as profissões de grau universitário comuns e priorizado nos Estados Partes para a exigibilidade do preenchimento da Matriz Mínima. Uma perda que foi muito sentida, uma vez que já havia um longo trabalho, de vários anos, no sentido de harmonizar diversos pontos distintos da profissão, presente em todos os países do bloco. Simplesmente, o SGT-11 esqueceu a fisioterapia.

A necessidade de resgatar, ainda mais uma vez, todo o trabalho iniciado em 1997, visando a um futuro trânsito dos fisioterapeutas no Mercosul, impulsionou uma nova reunião na cidade de Montevideu, no Uruguai, em outubro de 2008.

Foram discutidas e analisadas as dificuldades do grupo em dar continuidade às reuniões especializadas, cada vez mais espaçadas e sem resolutividade.

A falta de interlocução com o Paraguai também foi abordada, uma vez que é necessário haver o consenso dos quatro países para que algo seja aprovado no âmbito do Mercosul. Sem a presença dos colegas paraguaios, nada estava avançando.

A delegação brasileira apresentou a Resolução nº 27/2004 e a Resolução nº

66/2006, aprovadas pelo Grupo Mercado Comum (GMC) do Mercosul, referentes à saúde, que tratam da aprovação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do Mercosul e da exigibilidade do preenchimento dessa Matriz. Lastimou a perda do espaço da profissão de Fisioterapia na Resolução GMC nº 66/2006, que definiu as profissões de grau universitário comuns e priorizado nos Estados parte para a exigibilidade do preenchimento da Matriz Mínima.

Acordou-se uma pauta de temas a serem desenvolvidos ao longo de um ano:

1. Publicação de estudo pela Cifikim sobre o sistema de saúde e a inserção dos profissionais fisioterapeutas em cada Estado Parte, em Espanhol e Português;
2. Criação de Glossário de Termos Comuns do Mercosul;
3. Restabelecimento de contato com os colegas paraguaios;
4. Iniciar o contato com os colegas venezuelanos, com a finalidade de apresentar a Cifikim;
5. Revisão da Resolução Cifikim, que trata dos princípios éticos dos fisioterapeutas e kinesiólogos do Mercosul; e
6. Atuar junto no SGT-11 de cada país do bloco, no intuito de incluir a fisioterapia como profissão de grau universitário comum e priorizado nos Estados Partes para exigibilidade do preenchimento da Matriz Mínima.

Para dar cumprimento ao tema estabelecido em relação ao contato com os colegas paraguaios, os representantes brasileiros da Cifikim buscaram incansavelmente, por meio de alguns colegas paranaenses, localizar os membros da Associação dos Kinesiólogos

e Fisioterapeutas do Paraguai (AKFP), com o intuito de trazê-los à próxima reunião da Cifikim. Descobriu-se que a Associação Paraguaia estava completamente desmobilizada. Sem verba orçamentária para participar de reuniões, por isso estava isolada de toda a América Latina.

No final março de 2009, ocorreu em Porto Alegre mais uma reunião da Cifikim, com a presença dos representantes da Argentina, Brasil e Uruguai. O Paraguai apresentou justificativa pela ausência.

Foram apresentados os temas já definidos na última reunião. Houve a apresentação do estudo sobre o sistema de saúde e a inserção dos profissionais fisioterapeutas, por parte do Uruguai e do Brasil. A Argentina não teve tempo hábil para concluir seu estudo, ficando acertado que o apresentaria na próxima reunião.

Foi iniciada nessa reunião a construção de um Glossário de Termos Comuns para o Mercosul, com a finalidade de auxiliar no processo de integração das profissões.

Iniciou-se o relato das especialidades existentes na profissão dos fisioterapeutas do Mercosul, visando à equiparação nos quatro países e quiçá com a Venezuela.

Os representantes do Brasil na Cifikim relataram o trabalho que estavam realizando na Coordenação do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde no Brasil, no sentido de solicitar apoio à inclusão da profissão de fisioterapia no rol das profissões prioritárias para exigibilidade do preenchimento da Matriz Mínima (Resolução GMC nº 66/2006).

A Cifikim tem, a partir de 2009, mantido reuniões ordinárias, uma vez ao ano, alternadamente em cada Estado Parte.

Em 2011, o Coffito, por sua comissão do Mercosul, cuja organização ficou a cargo de um de seus membros, Dr. Jorge Tamaki, lança um livro intitulado 'A fisioterapia e a Kinesilogia no Mercosul: no caminho da integração'. Essa obra procura contar a trajetória da fisioterapia no Mercosul, para que

fique registrado o trabalho desenvolvido ao longo de 14 anos da Cifikim.

A partir da entrada da Venezuela no bloco Mercosul, em 2012, foi solicitado aos fisioterapeutas venezuelanos a sua participação nas reuniões da Cifikim. Infelizmente, por motivos alheios à vontade do grupo, os colegas venezuelanos nunca puderam participar. Várias foram as tentativas de fazê-los participar via Skype, mas, estranhamente, a rede caía após a primeira meia hora de reunião.

Com o grande apoio recebido pela coordenação do Fórum Permanente Mercosul, a fisioterapia é incluída entre as oito profissões de saúde prioritárias para ser harmonizada e incorporada à Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul, por meio da Resolução GMC nº 07/2012.

Os fisioterapeutas do Mercosul seguem trabalhando por intermédio da Cifikim em prol da harmonização de suas legislações, para evitar que os ajustes a serem acordados entre a categoria sejam realizados de cima para baixo, pelos representantes dos governos dos quatro Estados, pondo em risco avanços importantes em relação ao exercício da profissão, já realizados ao longo desses quase 20 anos de existência da Cifikim.

Terapia ocupacional e o processo de inclusão da profissão no Mercosul

Com relação à representatividade da profissão de terapia ocupacional, no governo brasileiro e sobre as questões referentes ao exercício profissional no que tange ao Mercosul, ocorre somente a partir do início do ano de 2012, durante a XXVII Reunião Ordinária do Fórum Permanente do Mercosul para Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Segrets) do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em

Saúde (Degerts) do Ministério da Saúde do Brasil, e ocorre pela representação da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (Abrato), por meio de sua delegada na Confederação Latino-Americana de Terapeutas Ocupacionais.

Algumas das profissões da área da saúde já estavam bastante avançadas com relação ao tempo de trabalho no órgão representativo Brasileiro (Degerts, do Ministério da Saúde), como: enfermeiro, odontólogo, médico, farmacêutico, bioquímico, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta; como exposto anteriormente, todas profissões de nível universitário comuns aos Estados Partes do Mercosul, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Também fazem parte desse grupo profissões da saúde de nível técnico: como auxiliar de enfermagem e técnico em radiologia.

A profissão de terapia ocupacional, até aquele momento, ainda não tinha sido contemplada como uma das profissões de saúde pertencentes ao Mercosul, pois no Uruguai, de 2002 a 2009, não houve abertura de vagas no curso de graduação em terapia ocupacional, causando, com isso, uma lacuna no número de profissionais e, conseqüentemente, sinônimo da não existência da profissão no país. Somente no ano de 2009 é que ocorre o processo de reabertura de vagas no curso de graduação em terapia ocupacional no Uruguai; em consequência, no ano de 2013 é quando ocorre a formatura da segunda turma de terapeutas ocupacionais; desde então, vem aumentando o número de novos profissionais; e com isso, inicia-se o processo de inclusão da profissão de terapia ocupacional como mais uma profissão da saúde no Mercosul.

Contudo, e com a ideia de auxiliar no processo de inclusão, foi estabelecido um grupo, proposto pela Abrato às associações de terapeutas ocupacionais dos outros países-membros do Mercosul: Argentina, Uruguai e Paraguai (Venezuela ainda em suspensão), com o objetivo de construir um

grupo de trabalho independente que conseguisse dar conta de adiantar o recolhimento de informações necessárias que já haviam sido trabalhadas durante os anos anteriores pelas demais profissões. Dentre as ações realizadas, destacam-se: informar em formato de ofício ao Fórum a nomenclatura utilizada nos países do Mercosul referente à profissão de terapia ocupacional, e solicitar a inclusão desta à lista das profissões de saúde de nível superior do Mercosul, uma maneira de efetivar e pressionar no Fórum Permanente do Mercosul para Trabalho em Saúde do Degerts e no 11º Subgrupo de Trabalho do Mercosul, pertencente à estrutura orgânica intergovernamental (SGT-11), o reconhecimento da profissão como parte do grupo das profissões de saúde do Mercosul.

É importante salientar que, no ano de 2012 e início de 2013, em todas as reuniões do Fórum Permanente Mercosul para Trabalho em Saúde do Degerts, da Segerts, do Ministério da Saúde do Brasil, e nas

Reuniões do Subgrupo de Trabalho nº 11 de Saúde, da Comissão de Serviço de Atenção em Saúde, da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Mercosul, foram realizados esforços entre os países, no que tange a aspectos importantes e relevantes necessários para a efetivação da inclusão da terapia ocupacional de forma definitiva ao Mercosul.

Foi então, no ano de 2013, que ocorreu o ingresso à lista das profissões de saúde reconhecida como sendo comum ao Mercosul da profissão de terapia ocupacional; o Uruguai incorpora aos registros profissionais o registro da profissão de terapia ocupacional; e é feito o quadro comparativo do nome da profissão entre os países (*quadro 1*), cabendo ao Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação do Mercosul (Sistema Arcu-Sul) a avaliação para a validação do diploma de terapia ocupacional, para quem venha a exercer a profissão em um dos países-membros, diferente de seu país de formação.

Quadro 1. Diferentes nomenclaturas da terapia ocupacional

País	Título Outorgado
Argentina	<i>Terapista ocupacional</i>
Brasil	<i>Terapeuta ocupacional</i>
Paraguai	<i>Licenciado/a en terapia ocupacional</i>
Uruguai	<i>Licenciado/a en terapia ocupacional</i>

Fonte: Elaboração própria.

- Venezuela, mesmo sendo país membro, e ainda hoje, encontra-se suspenso, e desde o início desse processo não esteve presente na construção da incorporação da terapia ocupacional.

Em cada país, membro do Mercosul, a profissão de terapia ocupacional está regulamentada sob diferentes formas: na Argentina, sob o Decreto Lei nº 3.309/1963; no Brasil, sob Decreto Lei nº 938/1969; no Paraguai, não há uma lei específica para

a regulamentação da profissão, e sim reconhecimento como profissão da saúde com registro no Ministério da Saúde do Paraguai nas profissões da saúde; no caso do Uruguai, segundo a Associação Uruguia de Terapeutas Ocupacionais, não há uma lei específica de regulamentação da profissão, há, sim, um Decreto Lei nº 460/2001, quando foi criado o Departamento de Habilitação e Controle das Profissões de Saúde, no qual a terapia ocupacional e outras áreas da saúde, não médicas, está incluída como técnicos

especializados universitários do Ministério da Saúde Pública da República do Uruguai (Decreto Lei nº 346 de 16 de março de 1972) (CADILE, 2015).

A partir do momento da efetividade da inclusão da terapia ocupacional como mais uma profissão da saúde ao ser integrada no Mercosul, fez-se necessário outro tipo de representação no Fórum Permanente Mercosul do Governo Brasileiro, para Trabalho em Saúde, e foi quando, no ano de 2015, o Crefito fez-se representado, juntamente com o profissional representante da Fisioterapia, por meio de uma profissional representante da terapia ocupacional, para que fosse possível o desenvolvimento do trabalho nos diversos aspectos que são trazidos pelos coordenadores do Fórum a respeito do exercício profissional, formação, titularidade profissional, para ajudar nas demandas e acordos nos países pertencentes ao Mercosul, o que seja de especificidade da profissão.

Atualmente, encontra-se em andamento pelo governo brasileiro a portaria em forma de resolução, que inclui a profissão de terapia ocupacional, a Resolução nº 07/2012, do Grupo do Mercosul, em que está a lista das profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Partes do Mercosul.

Conclusões

Dessa forma, as categorias profissionais de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais, no que tange a assuntos referentes ao Mercosul, vêm trabalhando no sentido de promover a harmonização de suas legislações, da qualidade de serviço prestado, a construção de referenciais teóricos e técnicos peculiares aos povos do sul do continente da América Latina; vêm reafirmando o compromisso na prestação de serviços de qualidade na livre circulação de pessoas e trabalhadores no bloco Mercosul, sobre as bases da reciprocidade de direitos e obrigações; e vêm consagrando a definição de normas e princípios éticos para o desenvolvimento de sua prática assistencial nos Estados Partes.

Para que haja a livre circulação de trabalhadores entre países, é necessário observar as possíveis consequências ante as demandas sociais que possam ocorrer. Quanto mais semelhantes as condições de trabalho e qualidade na prestação do exercício profissional nos Estados Partes de um bloco econômico, mais eficácia para o desenvolvimento do trabalho em saúde para melhoria de qualidade de vida dessas populações. ■

Referências

CADILE, M. D. C. (Org.). *La construcción de la Matriz Mínima de Datos de profesionales de la salud del Mercosur, desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil y Uruguay*. Buenos Aires: Ministerio de la Salud de la Nacion, 2015.

MERCOSUR. *Protocolo de Brasília*. Disponível em: <<http://www.mercosur.org.uy/>>. Acesso em: 5 jun. 2009.

MERCOSUL. *Saiba mais sobre o Mercosul*. Disponível em: <www.mercosul.gov.br/saiba-mais-sobre-o-mercosul>. Acesso em: 5 jun. 2017.

TAMAKI, J. (Org.). *A Fisioterapia e a Kinesiologia no MERCOSUL: no caminho da integração*. Brasília, DF: Coffito, 2011.

SILVA, M. T. D. S. *A livre circulação dos trabalhadores do MERCOSUL: o caso da Fisioterapia*. 2009. 45 f. Trabalho de Conclusão (Especialização em Direito Público) – Instituto de Desenvolvimento Social, Porto Alegre, 2009.

Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Medicina*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Medicine Council

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima¹

Introdução

As opiniões apresentadas a seguir são reflexões individualizadas do presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) do Brasil, desenvolvidas a partir de questões norteadoras propostas pelos editores deste número temático. A intenção foi conhecer a opinião das lideranças sobre o livre trânsito no Mercado Comum do Sul (Mercosul), o papel dos Conselhos Profissionais no que tange ao processo regulatório entre profissões Intraestados Partes, bem como os principais desafios a serem enfrentados.

É importante ressaltar que, no Brasil, os ‘conselhos de classe profissional’ são conselhos formados por profissionais de cada profissão, com diretorias eleitas pelos seus associados que representam os seus interesses profissionais. Sua principal atribuição é a de registrar, fiscalizar e disciplinar o exercício das profissões regulamentadas. Elas são consideradas ‘autarquia especial’ ou ‘corporativa’. A fiscalização de cada profissão é delegada pela União por meio da lei específica de acordo com cada uma.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger e Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Médico. Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) – Brasil. presidencia@cfm.org.br

Medicina

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

COMO O CONSELHO VÊ A INTEGRAÇÃO DOS PAÍSES QUE FAZEM PARTE DO MERCOSUL NO QUE DIZ RESPEITO À ASSISTÊNCIA E AO LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

O CFM tem acompanhado atentamente todos os aspectos relacionados com o tema por meio de sua Comissão de Integração do Médico de Fronteira e pelos seus representantes no grupo governamental que cuida do Mercosul. Trata-se de um tema preocupante, pois há relatos de que o exercício da medicina por profissionais estrangeiros, oriundos de países limítrofes, nos estados da região tem ocorrido sem que eles tenham seus diplomas revalidados. Consequentemente, não há o adequado conhecimento do nível técnico e científico desses profissionais.

Com isso, a população local fica submetida a um estado de insegurança, ficando sujeita a eventuais faltas éticas cometidas por essas pessoas que não podem ser julgados pelos conselhos de medicina já que, para todos os efeitos, eles não são médicos no Brasil por não serem registrados nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). Também há outros problemas práticos decorrentes dessa situação. Por exemplo, receitas emitidas por esses indivíduos não contam com número de CRM e, portanto, não podem ser aceitas em farmácias. O mesmo vale para pedidos de exames e para o sistema de referência e contrarreferência adotado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e na rede suplementar.

Evidentemente, a presença dessas pessoas nessa região ocorre também por outro problema no âmbito das políticas públicas: a falta de uma ação efetiva por parte do Estado que torne o trabalho na região atraente para o médico formado no Brasil. Por isso, o CFM tem defendido a adoção, em nível nacional,

de uma carreira de Estado para o médico no SUS. Se implementada, ela pode funcionar como um elemento de atração e fixação do médico nesses locais e, de forma complementar, assegurar à população acesso a uma infraestrutura de atendimento que lhe permita utilizar serviços de qualidade.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS QUE O BRASIL TERÁ QUE SUPERAR PARA QUE O LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SE TORNE, EFETIVAMENTE, UMA REALIDADE NO MERCOSUL? SEU CONSELHO TEM FEITO MOVIMENTO NO SENTIDO DE FACILITAR A MOBILIDADE PROFISSIONAL DE SUA CATEGORIA NO BRASIL?

Como dito anteriormente, o CFM tem acompanhado esse debate por meio de seus representantes e grupos específicos. De forma mais específica, o grande problema é a falta de informações sobre o processo de formação e de qualificação desses profissionais formados em medicina no exterior e que não passaram por um processo de revalidação de diplomas.

QUE PONTOS OU QUESTÕES CONSIDERA MAIS IMPORTANTES QUE NECESSITAM DE RESOLUÇÃO NO MERCOSUL PARA O LIVRE TRÂNSITO?

O CFM entende que a fixação do médico estrangeiro no Brasil ou mesmo seu livre trânsito em regiões de fronteira, como o caso do Mercosul, só pode ocorrer mediante aprovação do candidato em provas de revalidação de títulos realizadas, atualmente, pelo Ministério da Educação. No entendimento do CFM e dos CRMs, essa prova permite às autoridades brasileiras conhecer o grau de conhecimento, as atitudes e as habilidades dos interessados em exercer a medicina no Brasil, permitindo que apenas aqueles com melhor preparação possam atuar no País.

Além disso, ao fazer essa exigência, esse indivíduo poderá ser registrado em um CRM e será obrigado a seguir o escopo ético e técnico de atuação em medicina, podendo ser fiscalizado e punido em caso de eventuais equívocos.

Em síntese, a revalidação dos diplomas estrangeiros de medicina trará mais segurança para os pacientes e para os responsáveis pela gestão dos serviços (que contarão com profissionais validados), além de garantir o bom nível do exercício profissional no País. O CFM acompanha atentamente a tramitação do Projeto de Lei nº 4.067/2015, que transforma em lei o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Universidades Estrangeiras (Revalida) e que já foi aprovado por unanimidade na

Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados. A proposta seguiu para a análise da Comissão de Educação e, posteriormente, à Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ). O entendimento dos parlamentares tem-se mantido em sintonia com a visão dos conselhos de medicina. Para a maioria deles, o exame dá mais segurança para a sociedade e garantirá acesso ao formado fora do País e aos estrangeiros a um mecanismo legal, reconhecido, honesto e isonômico e com a participação das universidades federais. Assim, a expectativa do CFM é de que o Revalida se torne em uma política de Estado, e não apenas de Governo. ■

Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Enfermagem*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Nursing

Manoel Carlos Neri da Silva¹

Introdução

As opiniões apresentadas a seguir são reflexões individualizadas do presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) do Brasil, desenvolvidas a partir de questões norteadoras propostas pelos editores deste número temático. A intenção foi conhecer a opinião dessas lideranças sobre o livre trânsito no Mercado Comum do Sul (Mercosul), o papel dos Conselhos Profissionais no que tange ao processo regulatório entre profissões Intraestados Partes, bem como os principais desafios a serem enfrentados.

É importante ressaltar que, no Brasil, os ‘conselhos de classe profissional’ são conselhos formados por profissionais de cada profissão, com diretorias eleitas pelos seus associados que representam os seus interesses profissionais. Sua principal atribuição é a de registrar, fiscalizar e disciplinar o exercício das profissões regulamentadas. Elas são consideradas ‘autarquia especial’ ou ‘corporativa’. A fiscalização de cada profissão é delegada pela União por meio da lei específica de acordo com cada uma.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger e Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Enfermeiro. Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasil.
presidencia@cofen.org.br

Enfermagem

Manoel Carlos Neri da Silva

COMO O CONSELHO VÊ A INTEGRAÇÃO DOS PAÍSES QUE FAZEM PARTE DO MERCOSUL NO QUE DIZ RESPEITO À ASSISTÊNCIA E AO LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

O Cofen considera que esse é um ponto bastante positivo no processo de integração regional, envolvendo os países que fazem parte do Mercosul. Entretanto, trata-se de um tema complexo, uma vez que, ao discutirmos o livre trânsito dos profissionais de saúde no Mercosul, temos também que pensar em outras questões, como, por exemplo, o que é um profissional de saúde no Mercosul. Na enfermagem, por exemplo, existem entendimentos diferentes entre os Estados Partes sobre a composição da equipe de enfermagem, sendo que podemos encontrar não só o 'licenciado en enfermería', que corresponde ao enfermeiro em nosso país, mas também um profissional de nível superior, que é chamado de enfermeiro, mas que possui tempo de formação inferior ao do licenciado e que, hierarquicamente, é subordinado a ele, o que não temos no Brasil.

Também em relação ao tempo de formação dos profissionais de enfermagem e aos currículos de formação, existem assimetrias importantes entre os quatro países que integram o Mercosul. A Enfermagem possui um organismo no Mercosul, o Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul (Crem), que reúne os representantes do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, para debater temas de interesse visando ao processo de integração regional. O Crem, inclusive, elaborou uma proposta com vistas à compatibilização dos currículos do enfermeiro no Mercosul. Entretanto, infelizmente, nossas propostas não foram analisadas pelos órgãos decisórios do Mercosul; e esse debate envolve não só o

nível superior, como também o nível médio e técnico, em que a situação se mostra bem mais complexa. Como podemos ver, a partir apenas desses exemplos, muita coisa ainda tem que ser debatida e consensuada para efetivação do Mercosul.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS QUE O BRASIL TERÁ QUE SUPERAR PARA QUE O LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SE TORNE, EFETIVAMENTE, UMA REALIDADE NO MERCOSUL? SEU CONSELHO TEM FEITO MOVIMENTO NO SENTIDO DE FACILITAR A MOBILIDADE PROFISSIONAL DE SUA CATEGORIA NO BRASIL?

Acredito que o principal desafio a superar é que o Brasil e os demais países que compõem o Mercosul tenham decisão política para a efetivação do mesmo. Entretanto, um sério problema que ocorre é que as decisões tomadas pelas instâncias decisórias do Mercosul demoram a entrar em vigor – e algumas, apesar de posto até prazo para tal, ainda sequer entraram –, a começar pelo estabelecimento do Mercado Comum. Com efeito, se formos observar o que está colocado no Tratado de Assunção, assinado em 1991, este previa, em seu art. 1º, que o mercado comum deveria estar instituído em 31 de dezembro de 1994. Se essa cláusula não foi cumprida, dentro de um tratado que instituiu o bloco, o que se pode esperar dos demais instrumentos legais, inclusive sobre os que estabeleceram prazos para a abertura das fronteiras ao livre trânsito de profissionais e serviços, creio aí também inclusos os da saúde?

Quanto ao papel do Conselho na questão de mobilidade de profissionais vindos dos países que compõem o Mercosul, não temos nada a opor em relação à vinda deles, como de qualquer profissional de enfermagem oriundo de qualquer país que queira trabalhar no Brasil. Entretanto, eles devem cumprir as exigências da legislação brasileira e

das normas de registro nos Conselhos de Enfermagem, para poderem exercer a profissão no País. Nesse sentido, o profissional deve observar os requisitos de inscrição contidos na Resolução Cofen nº 536/2017.

QUE PONTOS OU QUESTÕES CONSIDERA MAIS IMPORTANTES QUE NECESITAM DE RESOLUÇÃO NO MERCOSUL PARA O LIVRE TRÂNSITO?

Creio que essa pergunta já está respondida em parte nas questões anteriores. São pontos que precisam ser analisados, e se não caminhar para um entendimento e superação deles, acarretarão problemas para a efetivação do livre trânsito de profissionais de saúde na região. Contudo acrescento que além delas, faz-se necessária uma participação efetiva das corporações dos profissionais de saúde nas instâncias do Mercosul que tratam sobre o exercício profissional em

saúde, para ajudar no debate sobre compatibilização curricular e organização das profissões nos países do Mercosul, por exemplo, considerando que são temas que constituem campo de experiência e domínio das referidas corporações.

Lembro que o Brasil avançou nessa questão, criando, no âmbito do Ministério da Saúde, em 2004, um Fórum em que representantes das profissões de saúde têm assento para debater essas questões no contexto do Mercosul. Somente agora isso está sendo considerado na esfera da Subcomissão de Exercício Profissional do SGT nº 11. Dessa forma, esperamos avançar nesse processo e que, ao final, possamos integrar não só os países do Cone Sul, mas, quem sabe, da América do Sul – afinal a União das Nações Sul-Americanas (Unasul) também está se constituindo – dentro do espírito de cooperação e integração que todos almejamos. ■

Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Odontologia*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Dentistry

Juliano do Vale¹

Introdução

As opiniões apresentadas a seguir são reflexões individualizadas do presidente do Conselho Federal de Odontologia (CFO) do Brasil, desenvolvidas a partir de questões norteadoras propostas pelos editores deste número temático. A intenção foi conhecer a opinião dessas lideranças sobre o livre trânsito no Mercado Comum do Sul (Mercosul), o papel dos Conselhos Profissionais no que tange ao processo regulatório entre profissões Intraestados Partes, bem como os principais desafios a serem enfrentados.

É importante ressaltar que, no Brasil, os ‘conselhos de classe profissional’ são conselhos formados por profissionais de cada profissão, com diretorias eleitas pelos seus associados que representam os seus interesses profissionais. Sua principal atribuição é a de registrar, fiscalizar e disciplinar o exercício das profissões regulamentadas. Elas são consideradas ‘autarquia especial’ ou ‘corporativa’. A fiscalização de cada profissão é delegada pela União por meio da lei específica de acordo com cada uma.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger e Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Odontólogo. Presidente do Conselho Federal de Odontologia (CFO) – Brasil. presidencia@cof.org.br

Odontologia

Juliano do Vale

COMO O CONSELHO VÊ A INTEGRAÇÃO DOS PAÍSES QUE FAZEM PARTE DO MERCOSUL NO QUE DIZ RESPEITO À ASSISTÊNCIA E AO LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

Enxergamos com bons olhos a integração entre os países do Mercosul. O livre trânsito de profissionais promoverá o crescimento da qualificação profissional e de serviços prestados, assim como poderá preencher a necessidade de algumas deficiências de atividades e assistências especializadas dos Estados Partes, fator indispensável ao desenvolvimento econômico interno. Alguns países poderão se tornar exportadores de mão de obra qualificada ou formadores de profissionais capacitados, suprimindo as necessidades e insuficiências de outros. Esta é posição da Comissão de Mercosul do Conselho Federal de Odontologia, cujo último presidente foi o cirurgião-dentista Zacaria Yahya Mohamad Omar.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS QUE O BRASIL TERÁ QUE SUPERAR PARA QUE O LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SE TORNE, EFETIVAMENTE, UMA REALIDADE NO MERCOSUL? SEU CONSELHO TEM FEITO MOVIMENTO NO SENTIDO DE FACILITAR A MOBILIDADE PROFISSIONAL DE SUA CATEGORIA NO BRASIL?

Evidentemente os procedimentos e ações para colocar em prática a liberdade de circulação de pessoas e, secundariamente, a

liberdade de estabelecimento no âmbito do Mercosul não são uma tarefa fácil, em virtude do conflito de normas e da ausência de uma legislação harmônica entre os Estados Membros, o que nos remete à reflexão de que não é possível discutir o livre exercício da profissão dentro do bloco sem uma compatibilização das legislações internas. Assim sendo, o CFO tem-se dedicado, incansavelmente, à discussão e ao auxílio da construção e implementação da Matriz Mínima no Ministério da Saúde, com o propósito de exercer o acompanhamento do fluxo dos profissionais de saúde entre os países, com efetivo intercâmbio de informações entre os Ministérios de Saúde dos Estados Partes sobre os profissionais, bem como a padronização de suas legislações e normatizações.

QUE PONTOS OU QUESTÕES CONSIDERA MAIS IMPORTANTES QUE NECESITAM DE RESOLUÇÃO NO MERCOSUL PARA O LIVRE TRÂNSITO?

Além da unificação das legislações e normatizações entre os Estados Partes, julgamos que será importante avançar em diferentes matérias, tais como harmonização dos sistemas de seguridade social e de saúde, padronização de formação e qualificação profissional e a necessidade de efetivo cadastro supranacional, em que constem as penalidades ético-disciplinares com intercâmbio de informações entre os Ministérios da Saúde dos Estados Partes, a fim de garantir o adequado fluxo de referências sobre eventuais penalidades éticas aplicadas aos profissionais, resguardando a saúde da população e assegurando que os profissionais possam circular com segurança e dinamismo no âmbito do Mercosul. ■

Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Farmácia*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Pharmacy

Walter da Silva Jorge João¹

Introdução

As opiniões apresentadas a seguir são reflexões individualizadas do presidente do Conselho Federal de Farmácia (CFF) do Brasil, desenvolvidas a partir de questões norteadoras propostas pelos editores deste número temático. A intenção foi conhecer a opinião dessas lideranças sobre o livre trânsito no Mercado Comum do Sul (Mercosul), o papel dos Conselhos Profissionais no que tange ao processo regulatório entre profissões Intraestados Partes, bem como os principais desafios a serem enfrentados.

É importante ressaltar que, no Brasil, os ‘conselhos de classe profissional’ são conselhos formados por profissionais de cada profissão, com diretorias eleitas pelos seus associados que representam os seus interesses profissionais. Sua principal atribuição é a de registrar, fiscalizar e disciplinar o exercício das profissões regulamentadas. Elas são consideradas ‘autarquia especial’ ou ‘corporativa’. A fiscalização de cada profissão é delegada pela União por meio da lei específica de acordo com cada uma.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger e Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Farmacêutico. Presidente do Conselho Federal de Farmácia (CFF) – Brasil. presidencia@coff.org.br

Farmácia

Walter da Silva Jorge João

COMO O CONSELHO VÊ A INTEGRAÇÃO DOS PAÍSES QUE FAZEM PARTE DO MERCOSUL NO QUE DIZ RESPEITO À ASSISTÊNCIA E AO LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

A integração dos países que compõem o Mercosul, criado pelo Tratado de Assunção em 26 de março de 1991, é uma forte aspiração do CFF e de toda a categoria farmacêutica. O Brasil possui 73 municípios fronteiriços com os países do bloco, e uma integração dos profissionais da área da saúde facilitaria o atendimento das comunidades e a vida dos profissionais que atuam nessas regiões.

Para apoiar essa integração, o CFF tem participado, desde seu início em 2004, do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, cujo objetivo é propiciar a colaboração de gestores e trabalhadores na Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, da Comissão de Prestação de Serviços de Saúde, do Subgrupo de Trabalho nº 11 (SGT 11) e do Grupo Mercado Comum do Mercosul. Assim, sente-se à vontade para comentar as conquistas consagradas no Protocolo de Montevideu (15 de dezembro de 1997), quando estabelece que os Estados Partes não poderão adotar um tratamento ‘menos favorável’ do que aquele que outorga a seus próprios serviços ou prestadores de serviços similares. A igualdade de tratamento estabelecida no Protocolo sobre a prestação de serviços garante a essas pessoas direitos e obrigações específicos que dizem respeito ao acesso às atividades econômicas e ao seu exercício laboral em condições de reciprocidade.

Outro aspecto que tem sido relevante nas negociações é a manutenção das conquistas profissionais e trabalhistas em seus países de origem. Os negociadores brasileiros têm

defendido esta posição, pois o contrário significaria um retrocesso social. Esse assunto, embora cause muita discussão, é uma garantia de que os profissionais migrantes tenham assegurados os direitos adquiridos nos países de origem. Vale dizer que o profissional migrante não abrirá mão de nenhuma prerrogativa profissional ou trabalhista existente em seu próprio país. Embora seja um assunto difícil de ser harmonizado, não deixa de ser uma segurança importante para os profissionais que almejam migrar.

Diante das condições acima relatadas, o CFF considera positiva a integração dos profissionais da saúde que compõem o Mercosul e espera vê-la concretizada em breve.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS QUE O BRASIL TERÁ QUE SUPERAR PARA QUE O LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SE TORNE, EFETIVAMENTE, UMA REALIDADE NO MERCOSUL? SEU CONSELHO TEM FEITO MOVIMENTO NO SENTIDO DE FACILITAR A MOBILIDADE PROFISSIONAL DE SUA CATEGORIA NO BRASIL?

A integração e a harmonização das profissões da área da saúde são um desafio à parte. O Conselho Nacional de Saúde do Brasil considera que são 14 as profissões dessa área. Nem todas têm similares nos demais países, e quando isto não ocorre, possuem currículo, competências e denominações diferentes. Assim, a harmonização exigirá muita discussão e criatividade dos negociadores.

O caso da farmácia é exemplar. Em 2002, ocorreu uma profunda reforma curricular, em que foram extintas as habilitações farmacêutico-bioquímico e farmacêutico industrial. O curso passou a ter currículo único, integrando todas as competências e levando à formação do farmacêutico, capacitado a atuar em todas as áreas da profissão. Essa disparidade, aliada às diferentes competências dos portadores, criará um problema nos locais para onde migrarem, pois dificilmente

conhecerão a nova realidade da legislação educacional brasileira.

Outro aspecto a ser debatido é o caso da bioquímica. Reconhecida como profissão nos demais países, no Brasil está integrada à formação do farmacêutico, que pode exercê-la em sua plenitude. Como superar esse impasse?

As contribuições do CFF são dadas a cada participação no Fórum Permanente Mercosul, esclarecendo aspectos específicos da profissão e participando ativamente das discussões, em busca de uma solução para cada caso.

QUE PONTOS OU QUESTÕES CONSIDERA MAIS IMPORTANTES QUE NECESITAM DE RESOLUÇÃO NO MERCOSUL PARA O LIVRE TRÂNSITO?

Por fim, o CFF considera que a harmonização prévia de todas as 14 profissões da área da saúde será um trabalho intenso e sempre inconcluso, tamanho o número de fatores conflitantes. Diante disso, considera ideal que o Mercosul fixe uma legislação mais genérica, aberta, que permita a mobilidade, sem descer aos detalhes específicos de cada profissão. Assim, à medida que cada caso

fosse solucionado, formar-se-ia uma jurisprudência a ser seguida em casos similares.

Um importante passo já foi dado para a integração: a Matriz Mínima. Sua implantação facilitará muito o trânsito e o controle dos profissionais da área que desejam atuar em outros países do bloco. Será uma forma de controlar a mobilidade, exigindo-se a comprovação efetiva da formação de cada interessado.

A concretização das metas do Mercosul é um verdadeiro sonho: construção de uma zona de livre comércio, sem tarifas; política externa unificada (união aduaneira) e mercado comum com livre circulação de bens, capital, trabalho e conhecimento. Alguns desses objetivos já foram alcançados e funcionam plenamente. Resta-nos, com espírito de grandeza e idealismo dos negociadores, superar as dificuldades que estão atravancando a tão almejada mobilidade, que é o escopo principal da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, que compõe o SGT-11. Só a partir dessa implantação é que teremos uma melhoria significativa nos atendimentos das comunidades e a garantia para o livre exercício dos profissionais da área da saúde. ■

Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião dos Conselhos Profissionais – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Physical Therapy and Occupational Therapy

Roberto Mattar Cepeda¹

Introdução

As opiniões apresentadas a seguir são reflexões individualizadas do presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) do Brasil, desenvolvidas a partir de questões norteadoras propostas pelos editores deste número temático. A intenção foi conhecer a opinião dessas lideranças sobre o livre trânsito no Mercado Comum do Sul (Mercosul), o papel dos Conselhos Profissionais no que tange ao processo regulatório entre profissões Intraestados Partes, bem como os principais desafios a serem enfrentados.

É importante ressaltar que, no Brasil, os ‘conselhos de classe profissional’ são conselhos formados por profissionais de cada profissão, com diretorias eleitas pelos seus associados que representam os seus interesses profissionais. Sua principal atribuição é a de registrar, fiscalizar e disciplinar o exercício das profissões regulamentadas. Elas são consideradas ‘autarquia especial’ ou ‘corporativa’. A fiscalização de cada profissão é delegada pela União por meio da lei específica de acordo com cada uma.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger e Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Fisioterapeuta. Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) – Brasil.
presidencia@coffito.org.br

Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Roberto Mattar Cepeda

COMO O CONSELHO VÊ A INTEGRAÇÃO DOS PAÍSES QUE FAZEM PARTE DO MERCOSUL NO QUE DIZ RESPEITO À ASSISTÊNCIA E AO LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

Cada país que compõe o Mercosul tem sua particularidade em termos de assistência. Estamos acompanhando esse processo, com muita atenção, há pelo menos 20 anos. A fisioterapia e a terapia ocupacional vêm se desenvolvendo nesse contexto nos quatro países, alcançando seu espaço nas equipes de saúde. Para que haja a livre circulação de profissionais, deve-se cuidar com as consequências sociais. Quanto mais semelhante às condições de trabalho nos Estados Partes de um bloco econômico, melhor torna-se esse livre trânsito.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS QUE O BRASIL TERÁ QUE SUPERAR PARA QUE O LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SE TORNE, EFETIVAMENTE, UMA REALIDADE NO MERCOSUL? SEU CONSELHO TEM FEITO MOVIMENTO NO SENTIDO DE FACILITAR A MOBILIDADE PROFISSIONAL DE SUA CATEGORIA NO BRASIL?

Um dos principais desafios que nosso país terá que superar para que, de fato, o livre trânsito de profissionais se torne uma realidade é a melhoria em termos de organização e estruturação dos nossos serviços de saúde. É fundamental que essa organização aconteça antes da liberação da circulação de profissionais dos outros países do bloco. O Coffito tem feito, desde 1997, diversos movimentos no sentido de facilitar uma futura mobilidade profissional. Vários eventos foram realizados entre os profissionais fisioterapeutas

e terapeutas ocupacionais do Mercosul. O Coffito foi o responsável pela criação da Comissão de Integração dos Fisioterapeutas e Kinesiólogos para o Mercosul-Cifikim em 1998. Essa comissão vem se reunindo anualmente pautada pelos assuntos sugeridos pelo Fórum Permanente do Mercosul do Ministério da Saúde. No ano 2000, o Coffito baixou a Resolução nº 213, que dispõe sobre o reconhecimento do Título Acadêmico de Kinesiólogo como equivalente ao Título Acadêmico de Fisioterapeuta. Em 2011, a comissão dos fisioterapeutas do Mercosul do Coffito organizou um livro no qual estão registrados os diversos temas já discutidos até aquela data pela Cifikim. Em relação à terapia ocupacional, o mesmo tem ocorrido em termos de apoio à criação de Comissão de Integração dos Terapeutas Ocupacionais para o Mercosul, surgida no ano de 2015, também por iniciativa do Coffito. Atualmente estamos trabalhando pela inclusão da terapia ocupacional no rol das profissões prioritárias para harmonização do processo de integração.

QUE PONTOS OU QUESTÕES CONSIDERA MAIS IMPORTANTES QUE NECESITAM DE RESOLUÇÃO NO MERCOSUL PARA O LIVRE TRÂNSITO?

A nosso ver, a questão fundamental é estabelecer uma equivalência curricular razoável, a formação do profissional fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional precisa estar no mesmo nível em todos os países do bloco Mercosul. Sendo que essas duas profissões lidam com a saúde da população, não a pensar que possa haver discrepância entre a formação do fisioterapeuta/kinesiólogo da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, assim como não pode haver com a terapia ocupacional nesses mesmos países. As especialidades profissionais reconhecidas e alinhadas entre os países-membros e um código de ética que contemple a diversidade normativa e cultural desses países também são pontos a serem considerados. ■

Mercosul e livre trânsito de profissionais: a opinião de Felix Rigoli*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of Felix Rigoli

Felix Rigoli¹

Introdução

As opiniões apresentadas a seguir são reflexões individualizadas do especialista em sistemas de saúde do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags) da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) – Brasil, desenvolvidas a partir de questões norteadoras propostas pelos editores deste número temático. A intenção foi conhecer a opinião sobre o livre trânsito no Mercado Comum do Sul (Mercosul), no que tange ao processo regulatório entre profissões Intraestados Partes, bem como os principais desafios a serem enfrentados.

* Entrevista realizada por Eliane dos Santos de Oliveira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Médico, Especialista sênior em sistemas de saúde do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags) da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) – Brasil. felix.rigoli@gmail.com

Opinião sobre a integração regional

Felix Rigoli

O Mercosul se constitui em um bloco de integração regional – o que significa dizer que ele é a união de economias nacionais em uma região econômica maior ou pelo menos significa que, entre as economias nacionais dessa região, há um processo em andamento de abolição das discriminações, barreiras, impedimentos ou fronteiras.

Os blocos de integração existentes no mundo são classificados em uma tipologia, começando como uma área ou zona de tarifas preferenciais, progredindo para uma área de livre comércio, uma união aduaneira, um mercado comum, chegando a várias combinações possíveis de união econômica e/ou união monetária e, finalmente, culminando em uma união política. É importante ressaltar que esses níveis apontados aqui são autônomos, não se constituindo, necessariamente, em etapas de um processo.

NA SUA OPINIÃO, COMO TEM SIDO O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO TRILHADO, ATÉ AQUI, PELO MERCOSUL? E NO QUE DIZ RESPEITO, ESPECIFICAMENTE, AO SETOR SAÚDE (ASSISTÊNCIA, PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO, FORMAÇÃO DE PESSOAL, MERCADO DE TRABALHO, GESTÃO ETC.), QUAIS SÃO AS DIFICULDADES QUE MAIS SE DESTACAM?

O processo de integração estava pautado pelas negociações econômicas, a chamada Pauta Negociadora, muito estrita e quase inteiramente vinculada a produtos que poderiam integrar listas de livre circulação. Paradoxalmente, os governos progressistas dos últimos dez anos fecharam muito as fronteiras do ponto de vista econômico, e, ao mesmo tempo, foram criadas instancias mais amplas e não econômicas como a Unasul. A partir desses processos, o Mercosul

‘econômico’ parou por falta de verdadeiro interesse sobretudo de parte da Argentina e do Brasil, que tinham esquemas relativamente protecionistas. Também é verdade que as partes fáceis da integração já tinham acontecido (setor automobilístico ou farmacêutico por exemplo), e o resto seria mais complexo. No meio desse processo, o Brasil assumiu um papel de liderança, e a Argentina não conseguiu sair rapidamente de sua crise e reestrutura produtiva, o que criou um cenário desbalanceado. O Brasil optou por botar suas apostas na Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) e Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), que podiam assegurar mais votos na Organização das Nações Unidas (ONU). Os conflitos da saída do Paraguai e entrada da Venezuela deixaram também traumas nas relações políticas dos sócios.

COMO VOCÊ VÊ A INFLUÊNCIA DAS DIFERENÇAS ENTRE OS ESTADOS PARTES SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MERCOSUL? E, ESPECIFICAMENTE, NA SUA ÁREA DE *EXPERTISE*?

Na área da saúde, o Brasil ampliou suas apostas para América Latina e África, portanto o espaço Mercosul foi, senão esquecido, ao menos submerso no conjunto das possíveis arenas de trabalho internacional. As atividades em saúde foram ao mesmo tempo levadas pelas ‘relações internacionais em saúde’ (com parceiros múltiplos, desde Canadá e UK até a Índia ou China) ou por projetos micro, bilaterais de saúde, seja com países africanos ou nas fronteiras. Por outra parte, os sócios Mercosul, devido à falta de interesse brasileiro em levar uma pauta específica para a saúde Mercosul, preferiram participar nessas parcerias seja como sócios menores, seja aproveitando as interfases criadas pelo Brasil com os países do primeiro mundo. Nos últimos tempos (2014-2016), o interesse do Brasil se concentrou no projeto Mais Médicos; e, depois do *impeachment*, o papel internacional brasileiro na área de sistemas de saúde e recursos humanos praticamente sumiu.

VOCÊ ACREDITA QUE O NÚMERO REDUZIDO DE ESTADOS PARTES DO MERCOSUL FACILITA OU DIFICULTA O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO? POR QUÊ?

Como expressado anteriormente, o Mercosul tinha uma relevância maior em caso de uma certa paridade de interesse e importância entre a Argentina e o Brasil. Várias multinacionais do setor automobilístico, químico ou do agronegócio foram impulsionadoras desse processo (Autolatina, Techint, Bunge), mas, posteriormente, a entrada maciça das compras da China modificou o cenário. Já não havia sentido ampliar um mercado regional, visto que o grande comprador estava fora da região. Não é só um problema de serem poucos países, mas de se tratar de países basicamente iguais em sua produção e dependência do mercado asiático (proteínas, minérios). Portanto, não tinha sentido econômico a união aduaneira.

NA SUA OPINIÃO, NO SETOR SAÚDE, QUAIS SÃO AS MELHORES PERSPECTIVAS DA IMPLANTAÇÃO DE UM BLOCO DE INTEGRAÇÃO? O QUE FALTA PARA QUE O MERCOSUL POSSA REALIZÁ-LAS?

Uma vez constatados os limites do mercado chinês e as ameaças que ele apresenta para processos sustentáveis de desenvolvimento, somado ao fato de um mundo desenvolvido que se tornou subitamente ultraprotecionista, a América Latina, a Unasul e o Mercosul podem perceber que não podem esperar muito de mercados monoproduto, seja soja ou ferro, e que, mesmo com níveis mais baixos de produção, pode ser importante se conjuntar com iguais, aproveitando estarem em uma região com histórias comuns, línguas que podem se comunicar e um relativo afastamento dos piores conflitos que hoje são a ameaça de outras regiões do mundo. Olhando esse processo de integração como uma oportunidade para o 'bem viver' dos povos, abrem-se outras avenidas de processo

de integração, mas isso demanda governos que pensem o desenvolvimento com critérios mais amplos que os interesses dos grandes grupos econômicos e financeiros.

COMO O FENÔMENO DA GLOBALIZAÇÃO INFLUENCIA O SETOR SAÚDE NO BRASIL? VOCÊ ACREDITA QUE MUDANÇAS INTERNAS, NO PAÍS, POSSAM DIMINUIR O IMPACTO DA GLOBALIZAÇÃO? VOCÊ ACREDITA QUE O DESENVOLVIMENTO E O APROFUNDAMENTO DO MERCOSUL POSSAM TER ESSE EFEITO?

Neste momento, é difícil falar de globalização e de seus impactos, já que é um tema recorrente de movimentos nacionalistas xenófobos no mundo inteiro. Prefiro pensar em uma integração com objetivos de bem viver e de sustentabilidade, e que possa filtrar o que existe no mundo inteiro, a favor desses objetivos.

NA SUA ÁREA DE EXCELÊNCIA, HOUE, POR PARTE DO BRASIL OU DE OUTRO ESTADO PARTE, A ADOÇÃO DE ALGUMA MEDIDA PROTETIVA QUE DIFICULTARIA O PRECONIZADO NO TRATADO DE ASSUNÇÃO?

O que mais dificulta a integração é, por uma parte, o desinteresse pelas políticas de integração social de parte dos governos. No entanto, comprovou-se que o setor mais dinâmico foi a integração econômica Mercosul e Unasul levada pelas multinacionais brasileiras e apoiadas pelo governo, que adicionaram uma quota importante de corrupção e desprestígio às ações sul-americanas e aos governos progressistas na região. Isso vai ter consequências nefastas para as transformações sociais em médio prazo. Na minha opinião, deve existir uma autocritica importante aos fatos apurados e uma firme convicção que não devem se repetir. ■



REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE



MERCOSUR:

trabajo y educación en salud

Diagramação e editoração eletrônica | Diagramación y edición electrónica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura - www.apoioacultura.com.br

Capa | Portada | Cover

Ilustração | Ilustración | Illustration

Jaguar

Design | Diseño | Design

Rita Loureiro

Normalização, revisão e tradução | Revisión, corrección y traducción

Normalization, proofreading and translation

Ana Luisa Moreira Nicolino (revisão e tradução inglês)

Angela Almanza (tradução espanhol)

Luiza Nunes (normalização)

Mariana Acorse (normalização)

Ramón Casanova (revisão e tradução espanhol)

Wanderson Ferreira da Silva (revisão português e inglês)

Impressão | Impresión

Printing

Grafitto Gráfica e Editora LTDA.

Tiragem | Tiraje

Number of Copies

1.000 exemplares/ejemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte 90 g/m²

Portada em papel cartulina ensocoat LD 250 g/m²

Impresión en papel couché matte 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²

Core in couché matte 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1989) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2017.

n. 57; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1



REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 57 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, NOVIEMBRE 2017

4 **PRESENTACIÓN | PRESENTATION**

ARTÍCULO DE OPINIÓN |
OPINION ARTICLE

8 **El Ministerio de la Salud en el Mercosur:
 palabras del ministro**

*The Ministry of Health in Mercosur:
 minister's words*

Ricardo Barros

10 **Desarrollo y ejercicio profesional en
 salud en el Mercosur**

*Development and professional practice in
 health in Mercosur*

Ana Paula de Campos Schiavone

ARTÍCULO ORIGINAL |
ORIGINAL ARTICLE

13 **El trabajo en salud en las fronteras
 brasileñas**

*Health work in the municipalities of Brazilian
 boundary*

Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica
 Wermelinger

30 **Tendencias de las graduaciones en
 Salud en el Brasil: análisis de la oferta en
 el contexto del Mercosur**

*Trends in Health undergraduation courses
 in Brazil: supply analysis in the context of
 Mercosur*

Celia Regina Pierantoni, Carinne Magnago

44 **Matriz Comparativa de los cursos
 técnicos de enfermería, análisis
 clínicos y radiología entre los países del
 Mercado Común del Sur (Mercosur) -
 Argentina-Brasil-Paraguay-Uruguay**

*Comparative Matrix of nursing technical
 courses, clinical analyzes, and radiology
 among the Southern Common Market
 countries (Mercosur) - Argentina-Brazil-
 Paraguay-Uruguay*

Lanusa Terezinha Gomes Ferreira, Denise
 Brandão Nunes Ribeiro, Márcio Lânio Leal, Ana
 Paula de Campos Schiavone, Arthur de Oliveira
 e Oliveira

53 **Experiencia en la formación virtual
 para trabajadores del sector salud del
 Uruguay: buscando una mejora de la
 calidad asistencial**

*Experience in virtual training for workers in
 the health sector of Uruguay: seeking for an
 improvement of the quality of care*

Gabriela Pradere, Sergio Núñez, Diego Langone,
 Ana Larrosa, Ana Oviedo, Laura Bianchi

65 **Formación docente en servicio: una
 respuesta a las necesidades del
 sistema de salud**

*Teacher training in service: a response to
 the needs of the health system*

María del Carmen Cadile, Kumiko Eiguchi

78 **Las Unidades de Recursos Humanos de
 los Ministerios de Salud de los Estados
 Partes del Mercosur y el proceso de
 integración regional**

*The Human Resources Units of the
 Ministries of Health of the Mercosur States
 Parties and the regional integration process*

Wilson Aguiar Filho, Maria Helena Machado

91 **Los Recursos Humanos en Salud a diez
 años de la reforma sanitaria en Uruguay**

*The Health Human Resources ten years after
 the health reform in Uruguay*

Cyntia Buffa, Cecília Cárpena, Gabriela Pradere,
 Mijail Yapor

-
- 106 **Migración de enfermeros suramericanos y mercosurianos: conceptos, determinantes y la producción de conocimiento**
Migration of nurses from South America and from Mercosur: concepts, determinants and the production of knowledge
 Ana Luiza Stiebler Vieira, Maria Helena Machado
- 121 **Demanda de políticas regulatorias para el ejercicio profesional de la odontología en el ámbito del Mercosur**
Demand for regulatory policies for the professional practice of dentistry within Mercosur
 Andréa Lanzillotti Cardoso, Maria Helena Machado
- 132 **El proceso de integración de los fisioterapeutas y de los terapeutas ocupacionales en el Mercosur**
The process of integration of physical therapists and occupational therapists in Mercosur
 Luciana Gaelzer Wertheimer, Maria Teresa Dresch da Silveira
- ENTREVISTA | INTERVIEW**
- 142 **Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Medicina**
Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Medicine Council
 Carlos Vital Tavares Corrêa Lima
- 145 **Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los**
- Consejos Profesionales – Consejo Federal de Enfermería**
Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Nursing
 Manoel Carlos Neri da Silva
- 148 **Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Odontología**
Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Dentistry
 Juliano do Vale
- 150 **Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Farmacia**
Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Pharmacy
 Walter da Silva Jorge João
- 153 **Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional**
Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Physical Therapy and Occupational Therapy
 Roberto Mattar Cepeda
- 155 **Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de Felix Rigoli**
Mercosur and free transit of professionals: the opinion of Felix Rigoli
 Felix Rigoli

Presentación

EL NÚCLEO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD (NERHUS), del Departamento de Administración y Planificación de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz), organizó este número especial de la revista ‘Divulgação em Saúde Para Debate’ con la temática ‘Mercosur: trabajo y educación en salud’.

Este número temático – que cuenta con el apoyo y el financiamiento del Departamento de Gestión y de Regulación del Trabajo en Salud (Degerts) del Ministerio de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –, constituye una prolongación de reflexiones y opiniones de diversos autores y actores institucionales presentes en las iniciativas protagonizadas por el NERHUS en 1991 y en 2008 y materializadas en la publicación de dos libros: ‘Recursos Humanos em Saúde no Mercosul’ y ‘Trabalho e educação em saúde no Mercosul’.

En los artículos, publicados también en español, facilitando así la divulgación en el conjunto de los países que integran el Mercado Común del Sur (Mercosur), se abordan temas de importancia, entre ellos: las políticas de integración, la gestión del trabajo, la formación en salud, la circulación de profesionales, la profesiones en salud y las agenda y metas para el área de gestión del trabajo en salud en Brasil y en los países miembros del bloque.

Abriendo la revista, en la sección Artículo de Opinión, tenemos el mensaje del Señor Ministro de Salud mostrando el papel que viene siendo desempeñado por el Ministerio de Salud en el ámbito del Mercosur. En el resalta también la importancia del hecho del Brasil estar asumiendo la Presidencia Pro Tempore del bloque.

El artículo siguiente, ‘Desarrollo y ejercicio profesional en salud en el Mercosur’, apunta como necesaria la articulación entre la educación y la regulación de la fuerza de trabajo en los servicios de salud.

En la siguiente sección, artículo original, el primer texto, ‘El trabajo en salud en las fronteras brasileñas’, presenta informaciones sobre la capacidad instalada en salud (establecimientos, camas y empleos). Los datos se originan del Registro Nacional de Establecimientos en Salud del Ministerio de Salud de Brasil. Los resultados indican que el Arco Norte es la región más desprovista de la oferta de servicios de salud, más inestable, con menor densidad poblacional y económicamente menos desarrollada, en oposición a los Arcos Central y Sur que presentan un mejor perfil.

El segundo, ‘Tendencias de las graduaciones en Salud en el Brasil: análisis de la oferta en el contexto del Mercosur’, analiza informaciones oportunas sobre la oferta de formación de Recursos Humanos en Salud (RHS) en Brasil desde su inscripción en el contexto de la agenda de cooperación entre los Estados Partes del Mercosur.

Y el artículo ‘Matriz comparativa de los cursos técnicos de enfermería, análisis clínicos y radiología entre los países del Mercado Común del Sur (Mercosur) –Argentina-Brasil-Paraguay-Uruguay’, presenta un cuadro en el cual se comparan las tres categorías técnicas a las que dan lugar los cursos, enfatizando la importancia de la uniformidad de esas profesiones para asegurar la libre circulación de los profesionales entre los países del Mercosur.

A su vez, el artículo ‘Experiencia en la formación virtual para trabajadores del sector salud del Uruguay: buscando una mejora de la calidad asistencial’, desvela el proceso de diseño, implementación y resultados de la experiencia de capacitación, asociada al cumplimiento de metas asistenciales

e incluida en los convenios tripartitos para el desarrollo sector de salud.

La experiencia argentina en el desarrollo de una propuesta educativa que pretende contribuir a mejorar la calidad en la formación de especialistas es descrita en el artículo 'Formación docente en servicio: una respuesta a las necesidades del Sistema de Salud', no olvidando que el tema de la formación de RHS es parte del debate actual de las agendas de los países de la región.

A partir de la percepción de los gestores de recursos humanos de los Ministerios de Salud de los países miembros, el artículo 'Las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes del Mercosur y el proceso de integración regional', analiza éstas y muestra que las estructuras de las mismas no están debidamente preparadas para gestionar el libre tránsito de profesionales, condición obligatoria para la constitución de un mercado común.

En el artículo 'Los Recursos Humanos en Salud a diez años de la reforma sanitaria en Uruguay', recurriendo a datos de registros administrativos y de investigaciones nacionales, se analizan la oferta y la demanda de Recursos Humanos en el sector de ese país.

Las categorías profesionales específicas de la salud tienen diversos aspectos de actuación en el ámbito del Mercosur que son analizados en el artículo 'Migración de enfermeros suramericanos y mercosurianos: conceptos, determinantes y la producción de conocimiento'; en el artículo 'Demanda de políticas regulatorias para el ejercicio profesional de la odontología en el ámbito del Mercosur'; y en el artículo 'El proceso de integración de los fisioterapeutas y de los terapeutas ocupacionales en el Mercosur'.

Entrevistas con autoridades y expertos sobre el tema cierran este número especial, exponiendo las concepciones de las entidades profesionales brasileñas: Consejos Profesionales de la Medicina, Enfermería, Odontología, Farmacia y Fisioterapia-Terapia Ocupacional sobre el Mercosur y el libre tránsito de profesionales de la salud.

Finalmente, nos gustaría dejar constancia de nuestro agradecimiento a las instituciones y los profesionales que contribuyeron efectivamente a la realización de esta publicación.

Maria Helena Machado

Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudios e Investigaciones en Recursos Humanos en Salud (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Eliane dos Santos de Oliveira

Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudios e Investigaciones en Recursos Humanos en Salud (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Mônica Wermelinger

Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudios e Investigaciones en Recursos Humanos en Salud (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Wilson Aguiar Filho

Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudios e Investigaciones en Recursos Humanos en Salud (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Presentation

THE CENTER FOR STUDIES AND RESEARCH IN HUMAN RESOURCES (NERHUS), of Administration and Planning in Health Department of Sergio Arouca National School of Public Health of Oswaldo Cruz Foundation (Daps/Ensp/Fiocruz), organized this special issue of the 'Divulgação em Saúde Para Debate' (Divulcation in Health for Debate) with the theme 'Mercosur: work and health education'.

This issue number – which has the support and financing by the Department of Management and Regulation of Work in Health (Degerts) of Ministry of Health and by the Pan American Health Organization (Paho) – constitutes a continuity of reflections and opinions of several authors and institutional actors present in initiatives carried out by NERHUS, in 1991 and in 2008, with the publication of the books 'Recursos Humanos em Saúde no Mercosul' and 'Trabalho e educação em saúde no Mercosul'.

In the articles, also published in the Spanish version, thus facilitating the dissemination in the countries that make up the Common Market of the South (Mercosur), issues such as: integration policies, labor management, health training, professional movement, health professions and health workforce management agenda and goals – in Brazil and other member countries of the block.

Opening the magazine, in the Opinion Article section, we have the message from the Minister of Health, showing the role that the Ministry of Health has played in Mercosur. It also underscores the importance of Brazil assuming the Pro Tempore Presidency of the block. The following article, 'Development and professional practice in health in Mercosur', points out the need to articulate education and the regulation of the workforce in health services.

In Original Article, the first article, 'Health work in the municipalities of Brazilian boundary', presents information on installed capacity in health (establishments, hospital beds and jobs). The data originate from the National Registry for Health Establishments of Brazilian Ministry of Health. The results indicate that the Northern Arc is the most deprived region of the health service offer, more unstable, with less population density and economically less developed, as opposed to the Central and South Arcs, which present a better profile.

The following article, 'Trends in Health undergraduation courses in Brazil: supply analysis in the context of Mercosur', analyzes timely information on the training offered by Human Resources in Health (HRH) in Brazil, inserted in the context of the cooperation agenda among the Mercosur States Parties.

The article 'Comparative Matrix of nursing technical courses, clinical analyzes, and radiology among the Southern Common Market countries (Mercosur) – Argentina-Brazil-Paraguay-Uruguay' presents a comparative table of three technical categories: nursing, clinical analysis and radiology, emphasizing the importance of standardizing these professions to ensure the free circulation of professionals among the Mercosur countries.

In turn, the article 'Experience in virtual training for workers in the health sector of Uruguay: seeking for an improvement of the quality of care' reveals the design process, implementation and results of the training experience included in the tripartite health sector covenants associated with the fulfillment of health care goals.

The experience of Argentina in the development of an educational proposal that aims to

contribute to improve the quality in the training of specialists is shared in article ‘Teacher training in service: a response to the needs of the health system’, bearing in mind that the theme of HRH training is part of the current debate on the agendas of the countries of the region.

Based on the perception of the human resources managers of the Ministries of Health of the States Parties, article ‘The Human Resources Units of the Ministries of Health of the Mercosur States Parties and the regional integration process’ analyzes and shows that those structures are not properly prepared to manage the free movement of professionals, which is a mandatory condition for the creation of a common market.

In article ‘The Health Human Resources to ten years of the health reform in Uruguay’, through data from administrative records and national surveys, the supply and demand of Human Resources in Health in that country were analyzed.

Specific health professional categories have several aspects of their work in the scope of Mercosur analyzed in article ‘Migration of nurses from South America and from Mercosur: concepts, determinants and the production of knowledge’; in article ‘Demand for regulatory policies for the professional practice of dentistry within Mercosur’, and in the article ‘The process of integration of physical therapists and occupational therapists in Mercosur’.

Interviews with authorities and experts on the topic close this special issue presenting concepts of the professional entities are presented – Professional Councils of Medicine, Nursing, Dentistry, Pharmacy and Physiotherapy-Occupational Therapy –, in Brazil, about Mercosur and free transit of health professionals.

Finally, we would like to express our appreciation to the institutions and professionals who contributed to this publication.

Maria Helena Machado

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Eliane dos Santos de Oliveira

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Mônica Wermelinger

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Wilson Aguiar Filho

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

El Ministerio de Salud en el Mercosur: palabras del ministro

The Ministry of Health in Mercosur: minister's words

Ricardo Barros¹

El Ministerio de Salud de Brasil ha actuado de manera activa en el Mercado Común del Sur (Mercosur) por considerar que la integración regional es fundamental para el desarrollo económico y social de nuestro país y de nuestra región. Hemos dedicado esfuerzos en varias acciones para el fortalecimiento de nuestros sistemas de salud, tales son los casos del incentivo, con normas sanitarias comunes, para el tránsito de personas, la uniformización de normas básicas para el ejercicio profesional, la implementación de actividades conjuntas en la vigilancia y en la realización de cursos de capacitación.

Desde que asumí la gestión del organismo de Salud, he participado en las reuniones ministeriales de Montevideo en junio de 2016 y de Buenos Aires en junio de 2017. Estas reuniones de Ministros de Salud del Mercosur tienen la función de definir políticas y estrategias para el bloque, orientando los trabajos de las instancias técnicas y de los grupos temáticos.

Durante la XXIX Reunión de Ministros, en Montevideo, estando en vísperas de los Juegos Olímpicos y Paralímpicos de 2016 y en medio de la epidemia del virus zika, presenté las medidas adoptadas por Brasil para el combate al virus y otras enfermedades transmitidas por el *Aedes aegypti*. Y es que era importante tranquilizar a los socios internacionales, combatiendo alegatos alarmistas y reiterando que el riesgo de propagación del virus en el contexto de los Juegos era muy bajo. Los esfuerzos fueron exitosos y realizamos los Juegos de Río de Janeiro de 2016 sin registros, entre atletas, equipos, técnicos y aficionados, de casos de la enfermedad.

En el Mercosur, como en otros mecanismos de integración regional y organismos internacionales, la actuación brasileña se ha orientado hacia el desarrollo de proyectos y actividades de cooperación eficientes y con resultados y beneficios concretos para las poblaciones de Brasil y de los demás países involucrados.

De esta forma, en el ámbito del Mercosur, hemos cooperado para el desarrollo de proyectos en áreas prioritarias para los países del bloque. En 2017, por ejemplo, iniciamos el Proyecto de Capacitación en Donación y Trasplante cuyo objetivo es fortalecer la formación de recursos humanos en la región, buscando reducir las asimetrías y promoviendo el desarrollo de los sistemas de donación y trasplante en cada país.

En octubre de este año realizamos dos talleres sobre temas de gran relevancia para el bloque. El primero, la Oficina de Cooperación Técnica para el monitoreo de las capacidades

¹Ministro de Salud.
Ministério da Saúde (MS)
– Brasília (DF), Brasil.
ministro@saude.gov.br

básicas establecidas por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) tuvo entre sus objetivos el intercambio y el análisis de las capacidades de vigilancia y respuesta, la evaluación de las estrategias de colaboración para monitoreo del RSI después de 2016 y la discusión de las experiencias en eventos de masas en la región y en vigilancia en zonas fronterizas.

El segundo, la Oficina de Prevención Combinada de Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST)/VIH/Hepatitis Virales fue implementada con el objetivo de armonizar entre los trabajadores y gestores de salud el concepto de prevención combinada enfocado en las poblaciones claves y prioritarias, explorando fomentar iniciativas conjuntas entre los municipios de frontera del Mercosur.

Ambos talleres tuvieron éxito en sus objetivos y, partiendo de los esfuerzos realizados, los países serán capaces de articular nuevos proyectos y acciones dirigidas a las temáticas en el ámbito del bloque.

Las reuniones realizadas bajo la presidencia brasileña se enfocaron, entre otros temas, en salud ambiental y del trabajador, enfermedades no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional. Las discusiones resultaron en importantes propuestas de

declaración que deben formalizar compromisos de nuestros ministerios, especialmente sobre salud sexual y reproductiva, gestión de agrotóxicos, consumo de alcohol, además de un proyecto de acuerdo para la eliminación de grasas saturadas. Estas propuestas serán debatidas en la próxima Reunión de Ministros de Salud que se celebrará el 7 de diciembre en Foz de Iguazú, en la que esperamos avanzar en temas estratégicos y esenciales para la profundización de la integración regional en nuestro campo.

Los proyectos de cooperación y las actividades conjuntas promovidas en el ámbito del Mercosur demuestran que la salud no sólo es tema prioritario para los países del bloque sino que también es un eje conductor de la integración. En el Mercosur, con el avance del proceso de integración, la dimensión social, incluyendo el área de salud, gana cada vez más relevancia.

En el contexto de la Presidencia Pro Tempore del Mercosur, procuramos profundizar los esfuerzos para la integración regional y dar continuidad a los proyectos ya en marcha, además de promover iniciativas en áreas sensibles y prioritarias en la búsqueda incesante de la mejora de la calidad de vida de nuestra población y de toda la región. ■

Desarrollo y ejercicio profesional en salud en el Mercosur

Development and professional practice in health in Mercosur

Ana Paula de Campos Schiavone¹

Con respecto a Brasil, al asegurar la salud como un derecho de todos y un deber del Estado la Constitución Federal de 1988 apuntó al Sistema Único de Salud (SUS) como una política de reordenación sectorial e institucional. Al definir en su art. 200, inciso II, la responsabilidad de ordenar la formación de recursos humanos para el SUS, presentó desafíos que requieren medidas que exceden la práctica adoptada y estimulan movimientos innovadores tanto en la gestión como en la atención a la salud, sugiriendo así un nuevo perfil profesional de sus trabajadores.

Cabe al SUS, a través de sus gestores, identificar la necesidad de incorporación y formación de categorías profesionales, orientar la inserción de nuevos segmentos de ocupación en el sector, teniendo en cuenta las nuevas tecnologías y la contemporaneidad de las demandas humanas de atención a la salud, y promover, de forma articulada con los sectores de educación, la formación de los profesionales que atiendan las premisas del sistema.

En el contexto aquí presentado se hace necesario resaltar que con la creación de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud (SGTES), en enero de 2003, se evidenció que el Ministerio de Salud (MS) reconoce como fundamental la articulación entre la educación y la regulación de la fuerza de trabajo en los servicios de salud, correspondiendo a la SGTES formular las políticas orientadoras de la gestión, formación, capacitación y regulación de los trabajadores de salud en Brasil. Esta propuesta se muestra innovadora, en comparación con otros países del mundo, siendo un avance en la prestación de servicios a los usuarios del SUS y de la valorización de los trabajadores en la perspectiva de la Reforma Sanitaria brasileña. Colocando para el MS la indelegable tarea de gestión y regulación del trabajo en el SUS a través del Departamento de Gestión y de Regulación del Trabajo en Salud (Degerts).

Entre las acciones y políticas desarrolladas por ese Departamento cabe destacar la integración con el Mercado Común del Sur (Mercosur), bloque económico constituido por el Tratado de Asunción el 26 de marzo de 1991 que apunta a la integración económica y a la libre circulación de bienes y servicios entre los países signatarios.

El Grupo del Mercado Común, órgano deliberativo de la estructura del Mercosur, posee 14 Subgrupos de Trabajo, con estructuras similares en los Estados Partes, entre los cuales el SGT n° 11 'Salud'. Dentro de este Subgrupo está la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional que constituye la instancia de negociación de las relaciones colectivas e individuales de trabajo, incluyendo el 'libre tránsito' de trabajadores, la formación profesional, la compatibilidad del currículum de formación, el reconocimiento de la habilitación profesional (títulos y diplomas), el registro profesional, la regulación del trabajo y los requisitos para el ejercicio profesional en salud en el Mercosur.

¹Teóloga. Especialista en gestión pública. Directora del Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) de la Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) del Ministério da Saúde (MS) - Brasília (DF), Brasil.
ana.schiavone@saude.gov.br

En el segundo semestre de este año, Brasil asume la Presidencia Pro Tempore del bloque, con asiento en la referida Subcomisión del SGT n° 11, siendo la Dirección del Degerts/SGTES/MS quien preside los trabajos. Los principales elementos de la agenda de trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional para 2017 son: formular políticas de gestión y educación en la salud; estandarizar la legislación del ejercicio profesional; implementar la Matriz Mínima con vistas al registro profesional único para el ejercicio profesional y constituir una base común de datos.

En lo que se refiere a la Matriz Mínima de Registro de los Profesionales de Salud en el ámbito del Mercosur, en el caso de Brasil corresponderá al Degerts la responsabilidad por su implementación y coordinación.

El objetivo de la Matriz Mínima es apoyar el libre tránsito de profesionales de salud en el ámbito del Mercosur, de modo de estandarizar los requisitos para el ejercicio y compartir información entre los países miembros. Para ello, se hace necesaria la construcción de sistemas informatizados para poner disponible las informaciones sobre los profesionales que ejercen o pretenden ejercer su profesión en el Mercosur y/o trabajar en municipios o jurisdicciones de frontera, siendo indispensable para habilitarlos en el ejercicio de sus actividades.

En este sentido, una de las estrategias que estamos construyendo como instrumento para la implementación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur es la Plataforma de Gestión del Trabajo en Salud. Esta, entre otros varios datos importantes, pondrá a disposición una lista de denominaciones de profesiones de salud, cursos de graduación reconocibles entre los países miembros del Mercosur, especialidades médicas a nivel de postgrado, permitiendo la producción de informaciones relevantes para el cumplimiento de las metas propuestas en la Subcomisión. Esta Plataforma proporciona la sistematización de datos de los profesionales y el compartir entre los órganos responsables en un espacio de interlocución virtual entre los

países. En ella deben constar informaciones, como hemos indicado, sobre profesionales que ejercen o pretenden ejercer su profesión en el ámbito del Mercosur y/o trabajar en municipios o jurisdicciones de frontera, posibilitando a los solicitantes y a los agentes locales de cada país interesado el acompañar el progreso de todo el proceso con mayor agilidad, calidad y transparencia.

Es importante destacar que el Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud está bajo responsabilidad institucional del Degerts, siguiendo la Ordenanza n° 929/GM de 2 de mayo de 2006. Este es un espacio de diálogo y cooperación que pretende construir una posición común de Brasil/MS, de acuerdo con los ítems de la agenda negociadora de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, consensuada en los debates de los órganos y entidades que integran el Foro. En 2017 con la participación de los consejos federales de las profesiones de salud y las asociaciones profesionales que vienen apoyando el Degerts/SGTES/MS en la pauta del Mercosur, tuvimos cuatro importantes reuniones del Foro. Estas reuniones preceden y suceden los Encuentros de la Subcomisión, con una agenda de trabajo potente e innovadora para el cumplimiento de las metas propuestas hasta 2018. En estas ocasiones, contamos también con la participación en las discusiones del Ministerio de Educación, socio importante en la construcción de propuestas unificadas para el bloque. También se está discutiendo la incorporación del nivel técnico de algunas profesiones y los avances son notorios. Al concluir, todo el contenido será públicamente disponible y representará un avance para que el tránsito de profesionales pueda ocurrir de forma adecuada, segura y eficiente.

Sin embargo, algunos puntos merecen atención para que la cooperación suceda y haga viable la implementación de las pautas propuestas. El cuadro de sanciones y la carga horaria de los cursos, por ejemplo, carecen de discusiones y definiciones a la luz de las leyes de Brasil y de los demás países miembros. En

este sentido, estamos formulando directrices para que los profesionales puedan transitar entre los países con las adecuaciones locales necesarias.

Una de las dificultades ya identificadas para el establecimiento del libre tránsito de los profesionales es la existencia de numerosas y diferentes modalidades de formación de los profesionales de salud en los países del Mercosur. Para que podamos compatibilizar esas cuestiones, la interlocución y el trabajo conjunto con el Ministerio de Educación están siendo valiosos. En la reunión del SGT-II de octubre de este año el Ministerio de Educación presentó el sistema de Acreditación de Cursos Universitarios del Mercosur (Arcu-Sur) que evalúa la calidad de cursos con criterios comunes a los países del bloque, e incluye cursos de Medicina, Enfermería y Odontología hasta el momento. También presentó la plataforma Carolina Bori, un sistema innovador que propone estandarizar los procesos de revalidación de diplomas y facilitar la revalidación de cursos aprobados por el Sistema Arcu-Sur.

No podemos dejar de registrar una mirada sobre cuestiones referentes al Protocolo de Montevideo que trata del libre tránsito de bienes y servicios y, consecuentemente, de profesionales de salud entre los países de la región. Consideramos necesaria una interlocución con el Ministerio de Trabajo y, en el caso del Mercosur con el SGT n° 10, para que podamos evolucionar con el mapeo sobre temas laborales, empleo y seguridad social, pues las informaciones para los gestores aún se dan de forma insuficiente.

A pesar de registrar avances considerables, todavía tenemos en el ámbito del Mercosur muchos estudios y pactos a ser realizados relativos a la formación de los profesionales de salud de nivel superior y medio. En este momento estamos manteniendo interlocución y cooperación con representantes de las corporaciones profesionales de salud y con el Ministerio de Educación a través del Foro Permanente

Mercosur y de la reactivación de la Cámara de Regulación del Trabajo en Salud, en que los temas son estudiados, discutidos y consensuados en términos de Brasil como propuestas a ser presentadas a las instancias del Mercosur.

Sabemos que la integración de estas propuestas avanza hacia el pensamiento de un proceso integral, de manera no dissociada del mundo del trabajo, de formación y de educación permanente para los trabajadores de salud. Creemos que con la reinstalación de la Cámara de Regulación, que tuvo lugar en agosto de 2017, avanzamos significativamente en las discusiones y proposiciones acerca del perfil profesional de salud en las instituciones profesionales y formadoras.

Para finalizar, creemos que, considerando el área de Recursos Humanos en Salud, tenemos desafíos importantes referentes al proceso de integración en el Mercosur. Se destacan diferentes demandas en diferentes escenarios. La gestión compleja de múltiples sistemas de contratación y gestión, el incentivo para incrementar la calidad y la productividad, la flexibilidad contractual, la relevancia del trabajo en equipo y una gestión audaz orientada a la valoración de los derechos de los usuarios, las formas innovadoras de certificación profesional, las nuevas modalidades de acreditación, apuntan al notable aumento de la demanda por la mejoría del atributo del trabajo y hacen concreta la importancia de concebir, implementar e institucionalizar alternativas de formación de los profesionales de la salud, cuestión que no difiere mucho en los estados miembros.

Dejamos registrado que la contribución de Brasil en las discusiones de la Subcomisión ha sido efectuada con la presentación de propuestas importantes para la continua evolución de los procesos pautados. Y es en ese esfuerzo de idas y venidas que podremos consolidar el libre tránsito de profesionales aptos a ejercer su profesión y a atender a la población de forma humanizada, integrada y perfectamente adecuada a los fines normativos de cada Estado Parte. ■

El trabajo en salud en las fronteras brasileñas*

Health work in the municipalities of Brazilian boundary

Eliane dos Santos de Oliveira¹, Mônica Wermelinger²

* Artículo actualizado, publicado anteriormente, en 2008, como un capítulo del libro 'Trabajo y educación en salud en el Mercosur'

¹ Nutricionista sanitaria. Maestra en salud pública. Investigadora colaboradora del Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
oliveira@ensp.fiocruz.br

² Bióloga. Doctora en salud pública. Investigadora del Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
monicaw@ensp.fiocruz.br

RESUMEN La Franja de la Frontera brasileña es considerada por la Constitución Federal una región de gran importancia para la defensa nacional. Corresponde al 27% del territorio y abarca 11 estados de la federación y 588 municipios situados total o parcialmente en esa franja, con una población de más de 10 millones de habitantes. El objetivo del artículo ha sido el presentar las características del trabajo en salud en estos municipios, produciendo un perfil de la región. Se adoptó como referencia la división regional creada en la Propuesta de Reestructuración del Programa de Desarrollo de la Franja de Frontera del Ministerio de Integración Nacional. En esta tipología, la Franja de la Frontera se divide en tres macrosegmentos: Arco Norte, Arco Central y Arco Sur. El Censo Demográfico-2010 es la fuente estadística utilizada para trazar el perfil demográfico y socioeconómico de los municipios brasileños de frontera. Las informaciones sobre la capacidad instalada en salud (establecimientos, camas y empleos) provienen del Registro Nacional de Establecimientos en Salud del Ministerio de Salud de Brasil. Los datos contenidos en el presente artículo son parte de un conjunto de informaciones sobre la salud en las fronteras, producto de una investigación de la Estación de trabajo de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca/Fundación Oswaldo Cruz que integra la Red de Observatorio de Recursos Humanos de la Salud. Los resultados indican que el Arco Norte es la región más desprovista, más inestable y la que posee la menor densidad económica y poblacional; en oposición a los Arcos Central y Sur que presentan un mejor perfil. Las consecuencias de esta contradicción se reflejan en el trabajo, en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de vida de los estratos poblacionales menos favorecidos que acaban interfiriendo en la precaria organización del sistema de salud de la región. Se puede decir por los datos presentados que el área fronteriza, aunque legítima y de gran importancia para el gobierno brasileño, no ha sido contemplada en los últimos años con políticas públicas sistemáticas que atiendan a las especificidades regionales, quedando en los últimos años los municipios de frontera 'un tanto abandonados'.

PALABRAS-CLAVE Áreas de frontera. Fuerza de trabajo. Análisis estadístico.

ABSTRACT The Brazilian border is considered a region of great importance for national defense by the Federal Constitution. It corresponds to 27% of the territory and covers 11 states of the federation and 588 municipalities located totally or partially in that strip, with a population of more than 10 million inhabitants. The regional division created in the Proposal for the Restructuring of the Border Strip Development Program of the Ministry of National Integration was adopted as reference. The aim of this article is to present the characteristics of health work in these municipalities,

producing a profile of the region. In that typology, the border strip is divided into three macrosegments: Northern Arc, Central Arc and Southern Arc. The Demographic Census-2010 is the statistical source used to draw the demographic and socioeconomic profile of Brazilian border municipalities. Information on installed health capacity (establishments, beds and jobs) comes from the National Registry of Health Establishments of the Ministry of Health of Brazil. The data contained in this article are part of a set of border health information, a research product of the National School of Public Health Sergio Arouca/Oswaldo Cruz Foundation, which is part of the Human Resources in Health Observatory Network. The results indicate that the Northern Arc is the most deprived, most unstable region and the one with the lowest economic and population density; in opposition to the Central and Southern Arcs that present a better profile. The consequences of this contradiction reflect in the work, access to health services and quality of life of the less favored population strata that end up interfering in the precarious organization of the health system of the region. It can be said from the data presented that the border area, although legitimate and of great importance for the Brazilian government, has not been contemplated in recent years with systematic public policies that meet regional specificities, leaving, in recent years, border municipalities 'somewhat abandoned'.

KEYWORDS Border areas. Labor force. Statistical analysis.

Introducción

La importancia de la frontera brasileña

La Franja de Frontera (FF) corresponde al

27% del territorio nacional – 2,357 millones de kilómetros cuadrados, abarca 11 estados de la federación (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Río Grande del Sur, Rondônia, Roraima y Santa Catarina) y 588 municipios situados total o parcialmente en esa franja. Según el Censo Demográfico-2010, la población de la frontera es de más de 10 millones de habitantes (*tabla 1*).

Tabla 1. Número de municipios fronterizos según arcos de frontera con América del Sur

Unidades de la Federación	Total de municipios	Municipios de frontera	Proporción %
Arco Norte	258	71	27,5
Acre	22	22	100,0
Amazonas	62	21	33,9
Pará	143	5	3,5
Roraima	15	15	100,0
Amapá	16	8	50,0

Tabla 1. (cont.)

Arco Central	272	99	36,4
Rondônia	52	27	51,9
Mato Grosso do Sul	79	44	55,6
Mato Grosso	141	28	19,8
Arco Sur	1.189	418	35,2
Paraná	399	139	34,8
Santa Catarina	295	82	28,0
Rio Grande do Sul	497	197	39,6
Total	1.719	588	34,2

Fuente: IBGE (2010).

Es una zona jurídicamente distinta, con reglamentos especiales. Es un espacio de interacción, un paisaje específico, un campo social transitivo, compuesto por diferencias oriundas de la presencia del límite internacional y por flujos e interacciones transfronterizas. Producto de procesos y acuerdos económicos, culturales y políticos, tanto espontáneos y/o promovidos. El medio geográfico que mejor caracteriza la zona de frontera es aquel formado por las ciudades gemelas (MACHADO, 2005).

Además de la gran extensión, el límite continental brasileño se caracteriza por la diversidad de ecosistemas que atraviesa, por la diversidad del poblamiento (desde áreas con bajísima densidad al Norte hasta áreas densamente pobladas al Sur) sea con otras áreas del país, sea con países colindantes. De esta forma, la FF no puede ser estudiada como región continua y homogénea, debiéndose procurar otro enfoque regional que permita caracterizarla mejor (BRASIL, 2005).

En este artículo, se adoptó como referencia la división regional creada en la Propuesta de Reestructuración del Programa de Desarrollo de la Franja de Frontera del Ministerio de Integración Nacional en 2005. En esta tipología, la FF se divide en tres macrosegmentos: Arco Norte, Arco Central y Arco Sur, así caracterizados:

El arco Norte: abarca la FF de cinco estados: Amapá, Pará, Roraima, Amazonas y Acre, con 71 municipios. Representa, en extensión, el 66,7% del área fronteriza, siendo la bajísima densidad demográfica (1,2) expresión del principal problema del arco: la accesibilidad – el difícil acceso por medio terrestre. A pesar de los flujos migratorios procedentes de otras regiones del país, el Norte constituye un arco indígena (7,7%) tanto desde el punto de vista del territorio (presencia de grandes áreas de reserva) como de la identidad territorial (importancia étnica cultural indígena incluso fuera de las zonas de reserva).

El arco central: constituye la FF de tres estados: Rondônia, Mato Grosso y Mato Grosso do Sul, con 99 municipios. Representa el 22,5% de la extensión de la región fronteriza y tiene una densidad demográfica de (4,5). La unidad del arco deriva del carácter de transición entre la Amazonia y el Centro-Sur del país y de su posición central en el subcontinente. Se encuentran en ese arco las dos grandes cuencas – Amazónica y la Cuenca del Paraná.

El arco Sur: comprende a la FF de tres estados: Paraná, Santa Catarina y Rio Grande del Sur, correspondiendo al área más meridional del país e incluyendo 418 municipios. Representa la menor extensión fronteriza

(10,8%) con una densidad demográfica de 25,7%, siendo el más densamente poblado. Aunque con importantes diferenciaciones interregionales, es el espacio con más intensa influencia del legado socioeconómico y cultural europeo a lo largo de la FF y el más afectado por la dinámica transfronteriza resultante del proyecto de integración económica promovido por el Mercado Común del Sur (Mercosur).

Es importante destacar los conceptos de Frontera, FF y Región Fronteriza. Cuando se dice 'Frontera', debe ser entendida como un espacio territorial, sociodemográfico y económico, de relación de interdependencia, promovida y compartida por grupos poblacionales que se establecen de uno u otro lado del límite externo de los países y que pasan a constituir el mismo ambiente de interacción en el que crean una cultura propia de vida, a veces diferente de cada una de sus naciones de origen. La FF incluye todos los municipios, provincias o ciudades que se encuentran dentro del territorio comprendido entre la línea divisoria internacional y la línea paralela orientada a una distancia que cada país define hacia el interior de su territorio. La 'Región Fronteriza' se refiere al número de municipios, provincias o ciudades limítrofes entre dos o más países (IBGE, 2010).

De algún modo, las ciudades fronterizas se integran de forma natural y crean una especie de tercer espacio, en el que se genera una nueva sociedad, con valores y rasgos culturales, étnicos, lenguajes peculiares y propios de esa localidad, presentando una identidad diferente al resto del país. Se observa también que existen fronteras en que la condición de un lado es mejor que la del otro, debido, especialmente, al hecho de que un país tiene mejores condiciones de acceso a los servicios, y en ese caso la salud es la que se utiliza como un eslabón de enlace entre los dos lados, generando más críticas, un desarrollo más equitativo para el bienestar y la calidad de vida de la población.

Algunos municipios que están en la

Franja de Frontera, pero no en la línea de ésta, acaban conviviendo con los problemas que afectan de forma inusitada a los ubicados en la línea propiamente dicha. Muchos de los cuales desconocen que poseen leyes que los diferencian del resto del país y que limitan su ámbito de acción y no siempre son reconocidos como fronterizos por las alcaldías locales. De esta forma, la reivindicación de los gestores por la revisión y modificación de la Ley nº 6.634/1979 que dispone sobre la utilización de la Frontera con la creación de bandas graduales en que las disposiciones legales varíen con el alejamiento de los municipios de la línea de frontera, revisando privilegios y responsabilidades – es justa y necesaria.

Los municipios de frontera de Brasil han tenido una gran dificultad en proveer a sus municipios de atención integral a la salud. La falta de recursos humanos especializados, la insuficiencia de equipos para la realización de procedimientos de media y alta complejidad y la distancia entre los municipios y los centros de referencia son las principales justificaciones presentadas. Además, la dificultad de la planificación en torno a la provisión de esas políticas, en función de la población flotante que utiliza el sistema y que, en el caso brasileño, no es contabilizada para los trasposos financieros del Sistema Único de Salud (SUS), viene generando dificultades diversas cuya principal víctima es el ciudadano fronterizo. Las mismas dificultades han sido observadas en los países fronterizos con Brasil, generando un movimiento de las poblaciones allí residentes en flujos, ora en un sentido, ya en otro, en la búsqueda de una mejor oferta de acciones y servicios de salud (GADELHA; COSTA, 2007).

Hace mucho tiempo se trata de resolver estos problemas sin éxito, principalmente en función de obstáculos jurídicos, estructurales y operativos. Se puede decir que los obstáculos estructurales son los más significativos para la baja institucionalidad y la poca correspondencia entre las propuestas de política regional y los mecanismos para hacerlas operativas, teniendo en cuenta

que la mayoría de los gestores de municipios de pequeño porte presentan dificultades para cumplir lo establecido por las normas y la legislación del SUS. Estos límites se señalaron como parte de las insuficiencias del proceso de descentralización ya que deberían prever una tríada de autonomías relativas (política, financiera y administrativa) que no se encuentran en los municipios de frontera (OLIVEIRA, 2005).

En una encuesta realizada por la Confederación Nacional de Municipios, los gestores de los municipios fronterizos relataron:

Hace décadas que requieren tratamiento diferenciado; la situación vivida por la población en cuanto al acceso y la calidad de los servicios públicos disponibles a lo largo de la historia es muy precaria. (CNM, 2008).

Y sobre las dificultades de comunicación con los principales centros decisorios, anotan:

Es de extrema importancia subrayar que lo ideal es que los gestores municipales tengan participación activa y que sean consultados en todas las cuestiones de las cuales forman parte, pues son las municipalidades que más sufren los impactos de los problemas fronterizos y son las más reclamadas por la población. Además, como entes federativos efectivamente más cercanos a la frontera, los gestores pueden tener una participación más activa en la ejecución de políticas y programas referentes al tema. Es importante que se creen formas que permitan la participación municipal, no sólo en las decisiones y en el establecimiento de políticas públicas, sino también en su ejecución, garantizando así mayor peso político y real importancia al papel de los municipios en las decisiones de la República. (CNM, 2008).

La nueva agenda¹ de cooperación y el desarrollo fronterizo entre Brasil y Uruguay, por ser pionero, es un buen ejemplo que se ha transformado en paradigma y que puede ser adaptado y seguido para el Mercosur y demás países de América del Sur. Además de

servir como referencia, refleja la posición del Gobierno brasileño sobre el tema de la promoción de la integración económica y de la reglamentación de los derechos de la comunidad transfronteriza, respetando y reforzando la dimensión humana (BRASIL, 2005).

Al considerar estas evidencias, el gobierno anterior propuso cambios en relación a la frontera – el desarrollo regional pasa a tener prioridad como agenda estratégica de gobierno – con una mirada diferente hacia los municipios que poseen un área localizada total o parcialmente dentro de la FF – se lanzó la Política Nacional de Desarrollo Regional y los diversos programas² que ofrecen recursos financieros orientados a la integración de América del Sur.

Sin embargo, existen otros factores que contribuyen a la baja integración y el desarrollo regional, como por ejemplo y entre otros: a) la poca capacidad de articulación de los actores involucrados con las políticas públicas en la región; b) la complejidad de la región, particularmente las grandes distancias geográficas; c) la densidad demográfica; d) la dificultad de acceso; e) el aislamiento; f) la diversidad de la población; g) las desigualdades sociales y la multiplicidad de conflictos de intereses.

Iniciativas implantadas por el Ministerio de Salud en la región

En 2015, el Ministerio de Salud de Brasil retomó la discusión alrededor del tema de fronteras y programó varias estrategias para aumentar la eficiencia del SUS en la región con el objetivo principal de integrar las acciones de infraestructura y, finalmente, promover la ciudadanía para las poblaciones fronterizas.

En el área de gestión del trabajo, para hacer frente al cuadro de precariedad de las estructuras de las secretarías de salud y suplir la ausencia de políticas de recursos humanos que atiendan a las directrices del SUS, el Ministerio de Salud lanzó el Programa de Calificación y

¹ Acuerdo firmado en agosto de 2002 entre el gobierno de Brasil y Uruguay en relación al otorgamiento de permisos de residencias para realizar estudios y trabajos a nacionales fronterizos brasileños y uruguayos. Entró en vigor solamente el 14 de junio de 2004 a través del Decreto nº 5.105. También contempla la prestación integrada de algunos servicios públicos, así como la libre circulación de las personas de ambos lados de la frontera, creando la figura del Ciudadano Transfronterizo (BRASIL, 2005).

² Existen 173 actividades en desarrollo por los diversos ministerios para mejorar la condición social de la población. Los proyectos Acción para la Seguridad Ciudadana del Ministerio de Justicia y Capacitación Profesional del Ministerio de Educación son ejemplos de estos.

Estructuración de la Gestión del Trabajo en el SUS (ProgeSUS) creado por la orden ministerial/ GM-MS nº 2.261, de 22 de septiembre de 2006, que tiene como objetivo desarrollar acciones conjuntas para el fortalecimiento y modernización de las estructuras de gestión del trabajo en el SUS, que aún está en ejecución ofreciendo cursos de especialización (BRASIL, 2006).

Para mejorar la situación de la salud en la Región Amazónica, está en ejecución el Plan de Salud para la Amazonía Legal (PSAL) que tiene como propósito desarrollar acciones para fomentar el desarrollo de los servicios de salud en comunidad con las secretarías estaduais y municipales de salud y con foco en sus realidades (BRASIL, 2004).

El Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud también fue creado en el gobierno de Lula como un espacio relevante de diálogo y cooperación entre gestores y trabajadores de la salud para tratar las cuestiones referentes al ejercicio profesional en las fronteras con el Mercosur. Entre las principales acciones constituidas para ese fin se destacan la Matriz Mínima³ para Ejercicio Profesional.

Desde hace algún tiempo, la cuestión de recursos humanos en las fronteras es un área prioritaria en la agenda del gobierno; sin embargo, aún no se han logrado grandes avances en la provisión de profesionales de salud en aquellas regiones. Los gobiernos, gestores, entidades sindicales, universidades, instancias colegiadas del SUS, en fin, todos concuerdan que el nuevo 'mundo del trabajo' ante la globalización requiere una discusión profunda sobre la equidad en los procesos que conforman el campo de la gestión del trabajo, así: el acceso a los servicios de salud, la protección social, la remuneración, el ambiente, las condiciones de trabajo, la calificación, la participación política y el acceso a la tecnología.

Los grandes desafíos en el área de educación y gestión del trabajo en salud que se plantean los estudiosos (MACHADO, 2005; GIOVANELLA ET AL., 2007; PEITER, 2007; OLIVEIRA, 2005) y merecen, entre otros, ser destacados para las fronteras son: a) el crecimiento del mercado informal con varios modelos

de contratación comprometiendo la fijación de los profesionales, principalmente médicos; b) la depreciación del trabajador; c) la precariedad de las estructuras gestoras de los municipios de frontera; e) las dificultades en el flujo de información de bases de datos no compartidas y la baja calidad de los datos disponibles.

El trabajo en las zonas de fronteras

El artículo trae una caracterización socioeconómica e institucional de la capacidad instalada y de los recursos humanos de salud de los municipios fronterizos brasileños. Se tomaron en consideración dos cuestiones primordiales: a) la distribución de la capacidad instalada puede significar un gran obstáculo para la población fronteriza, b) el libre tránsito de los profesionales de la salud constituye actualmente un tema importante para la reflexión y el análisis, observada la iniquidad existente en la frontera.

El material empírico utilizado en el presente artículo es oriundo del Censo Demográfico-2010, fuente estadística utilizada para trazar el perfil demográfico y socioeconómico de los municipios brasileños de frontera. Las informaciones sobre capacidad instalada (establecimientos, camas y empleos) provienen del Registro Nacional de Establecimientos en Salud (CNES) del Ministerio de Salud (IBGE, 2010).

Uno de los factores que presenta efectos intensos y desiguales en las comunidades en las zona de frontera es el 'trabajo'. Las oportunidades ofrecidas por el Estado más desarrollado, sobre todo para la realización de tareas pesadas descartadas por los profesionales calificados, acarrear un flujo intenso de trabajadores del lado más pobre hacia el lado más rico del límite internacional. Este movimiento puede estar constituido por trabajadores sin cualificación o semicualificados, formales o informales, atraídos por las oportunidades de trabajo. Si esta afluencia

³ La Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud establece los procedimientos y requisitos necesarios para el ejercicio profesional en el área de la salud en el Mercosur, además de destacar la necesidad de revalidación del diploma extranjero y el registro en el respectivo Consejo profesional. Es la Matriz que define parámetros para poner en movimiento el Registro de Profesionales de Salud en cada país integrante, considerando que el Tratado de Asunción tiene como finalidad permitir la libre circulación de profesionales. Ver más detalles en la Orden nº 734, de 2 de mayo de 2014 (Oficina del MS). Las ordenanzas validan las Resoluciones nº 07/2012 y nº 08/2012, ambas de autoría del Grupo de Mercado Común (GMC) (BRASIL, 2014A, 2014B).

de trabajadores reduce las presiones demográficas y el desempleo en el Estado menos desarrollado, también puede intensificar la explotación de trabajadores ilegales en la región fronteriza de los municipios más desarrollados.

En el caso de Brasil no existe marco regulatorio único para tratar flujos de trabajadores transfronterizos. En realidad, lo que se observa es una política diferente para cada sitio geográfico que preserve los intereses brasileños en relación al país vecino, expresándose tal política preferentemente en acuerdos bilaterales. Aunque se justifica por las diferencias entre países, los efectos de esta política son nocivos para la administración regional de la franja y la zona fronteriza, tendiendo a reforzar en vez de modificar visiones preconcebidas y asimétricas hostiles a la integración subcontinental (PEITER, 2005).

En la frontera entre Río Grande del Sur y Uruguay, por ejemplo, un acuerdo bilateral creó el Documento Especial de Fronteras, que regulariza y facilita las interacciones transfronterizas a través de la expedición del permiso de trabajo y circulación para las ciudades gemelas localizadas en ese segmento fronterizo. Otro aspecto preocupante es la morosidad en implementar una posible integración de la formación de recursos humanos para la salud hoy no sólo brasileña sino también de los países del Mercosur. Esto puede estar contribuyendo a la

gran informalidad existente en los puestos de trabajo de baja calificación en el lado brasileño (BRASIL, 2005).

El gran desafío pasa por la creación de mecanismos para la implementación de acciones conjuntas que puedan afrontar los problemas vinculados al proceso regulatorio del ejercicio profesional, principalmente en los municipios de fronteras más críticos, donde las desigualdades son más latentes y donde la carencia de personal⁴ es reconocido como factor que impacta en la salud y define, en gran parte, el acceso de la población a los servicios de salud.

Aspectos demográficos de la frontera

La accesibilidad tiene fuertes elementos diferenciales: la densidad demográfica, por ejemplo, varía de 1,2 (Arco Norte) a 25,7 (Arco Sur). La expresiva concentración de indígenas es otro factor que por sí solo demuestra que los municipios fronterizos no pueden ser tratados de forma igual. Se tiene que considerar el agravante de que cerca del 41,6% de los 588 municipios fronterizos tienen un tamaño poblacional por debajo de 10 mil habitantes y están distantes de las capitales. El aislamiento, junto con la escasez de recursos tecnológicos, contribuye negativamente al acceso a los servicios de salud (tabla 2).

Tabla 2. Resumen de los aspectos demográficos de los municipios de frontera con América del Sur.

Aspectos demográficos	Arco Norte	Arco Central	Arco Sur	Total
Nº de municipios	71	99	418	588
Población CD 2010	1.970.387	2.483.491	6.308.351	10.762.229
Densidad demográfica	1,2	4,5	25,7	4,6
% da frontera	66,7	22,5	10,8	100,0
% población urbana	62,9	73,6	73,2	71,2
Densidad rural	0,4	1,1	7,0	2,8
% de migrantes	11,7	7,2	5,5	22,3
% población indígena	7,7	2,7	2,2	11,8

Fuente: IBGE (2010) y Ministerio de la Integración Nacional, 2015.

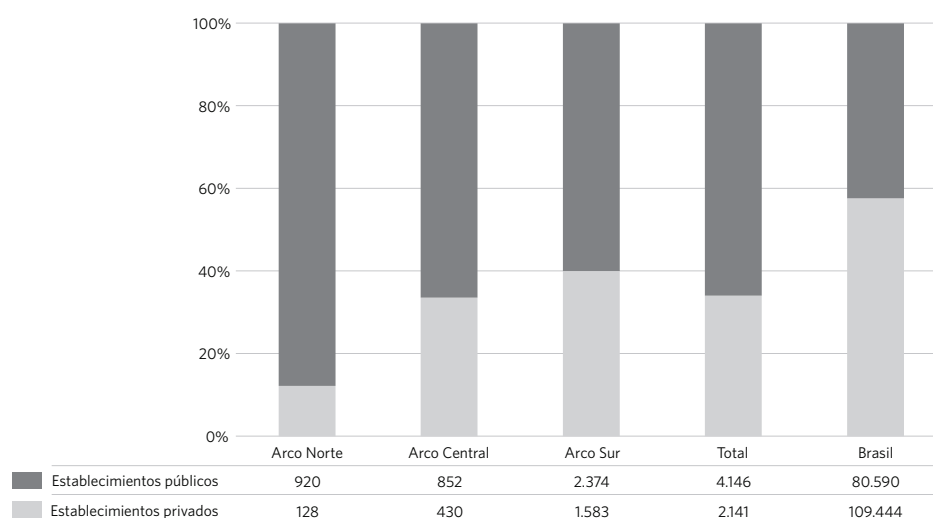
⁴ Según datos del Registro Nacional de Establecimientos de Salud, existen 713 municipios que no tienen simultáneamente profesionales médicos, odontólogos y enfermeros, de los cuales más de la mitad son municipios de pequeño tamaño, es decir, que tienen menos de 50000 habitantes (MS/CNES, situación para marzo de 2017).

El fuerte movimiento de migración (11,7% y 7,2%) en los Arcos Norte y Central, respectivamente, ha contribuido a la intensa movilidad de población de los países vecinos en busca de atención en el lado brasileño, lo que interfiere en la calidad (registros de los casos, acompañamiento, dimensionamiento de servicios y planificación de las acciones), y en la sostenibilidad del sistema, teniendo en vista que ese flujo no está contabilizado en el cálculo de los recursos del SUS, lo que ocasiona conflictos en el ámbito de los servicios y demandas de los municipios por más recursos federales (OLIVEIRA, 2005).

Caracterización de la capacidad instalada en las fronteras

La región tiene 6.287 establecimientos de salud (3,3%) del total del país (190.034), la mayoría (65,9%) pertenece al sector público. Si se analiza por arcos, el sector público del Norte (920 establecimientos) es por está más presente que el del Central (852 establecimientos). Los municipios son hegemónicos en la oferta de servicios públicos de salud en las fronteras, más del 80% del total. Las unidades de salud ligadas a las Fuerzas Armadas y la Salud de la Familia fortalecen la presencia de la esfera federal en las atenciones médicas y odontológicas y, además, en el transporte de pacientes en los municipios de frontera (gráfico 1).

Gráfico 1. Establecimientos de salud por entidad administradora según los arcos de los municipios de frontera con América del Sur

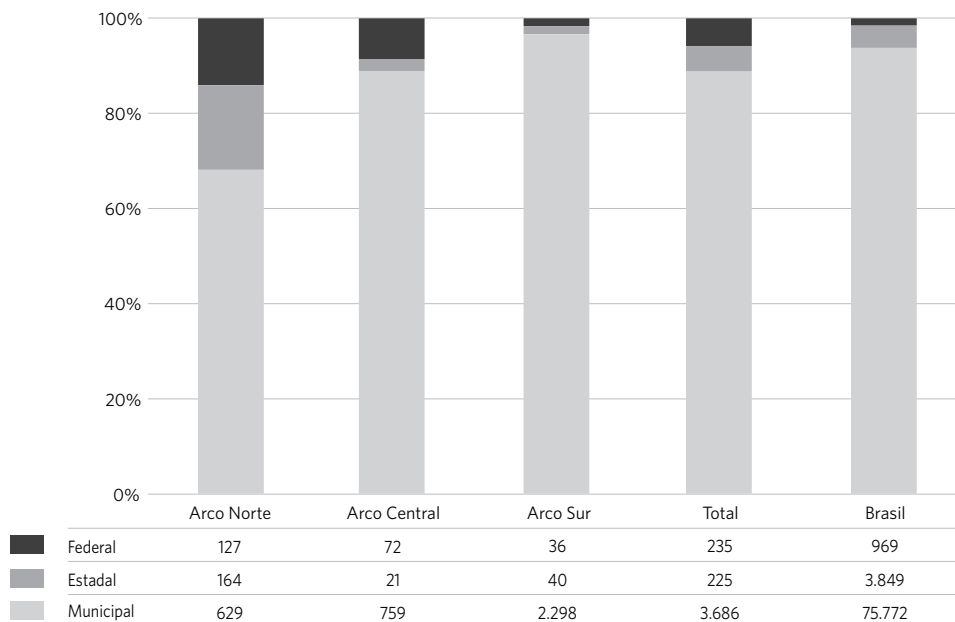


Fuente: Ministerio de la Salud, Registro Nacional de Establecimientos (CNES), situación en marzo de 2017.

Otra característica importante sobre la capacidad instalada fronteriza, además de la presencia significativa de los municipios como proveedores de salud en todos los arcos, es concomitantemente la ausencia del sector privado, principalmente en el Arco

Norte, donde la actuación de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y entidades filantrópicas predominan en la oferta de servicios de salud, especialmente en los municipios más distantes de las capitales y en las ciudades ribereñas (gráfico 2).

Gráfico 2. Establecimientos de salud públicos por naturaleza jurídica según arcos de los municipios de frontera con América del Sur



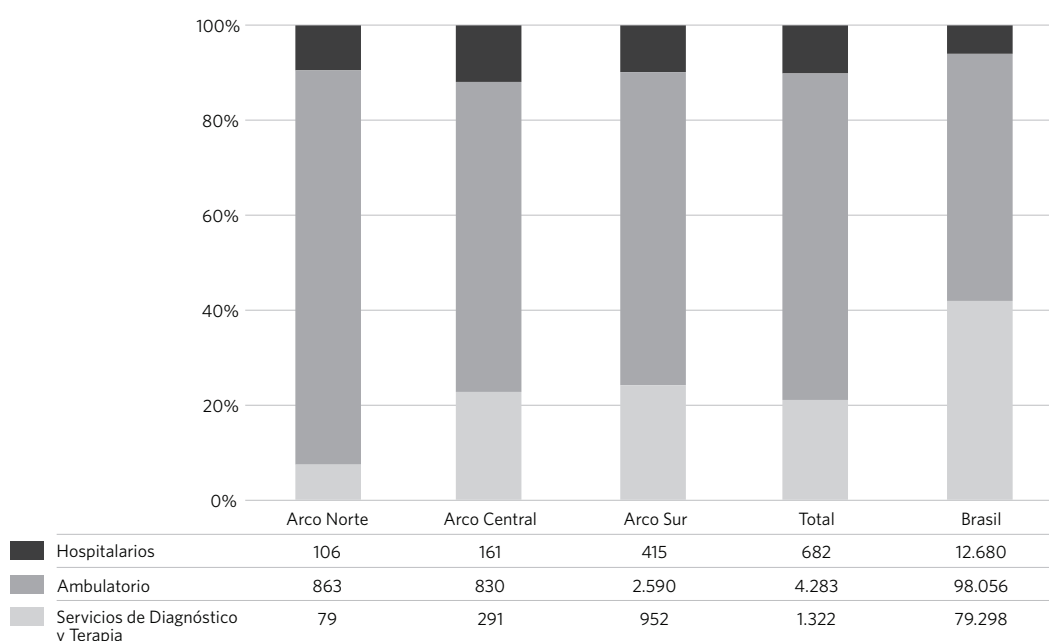
Fuente: Ministerio de la Salud, Registro Nacional de Establecimientos (CNES), situación en marzo de 2017.

En cuanto a los tipos de servicios ofrecidos, hay predominancia – 68% (4283) – de los ambulatorios en todos los arcos (clínicas, policlínicas, puestos y centros de salud), siguiendo la misma tendencia nacional.

Los hospitales representan el 10,8% (682) del total. Los Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (SADTs), una modalidad de atención complementaria (como RX, Ultrasonografía, Resonancia Magnética), de

gran importancia en la fase de diagnóstico y procedimientos terapéuticos, no poseen una red robusta en la frontera, sólo 1.322 establecimientos, principalmente en el Arco Norte que cuenta apenas con 79, es decir, el 5% de la red. En cambio, el Arco Sur tiene 952, la mitad de la oferta de los servicios. Se concluye que la atención en las fronteras brasileñas se realiza básicamente a través de la red ambulatoria de salud (gráfico 3).

Gráfico 3. Establecimientos de salud por tipo de atención según arcos de los municipios fronterizos con América del Sur



Fuente: Ministerio de la Salud, Registro Nacional de Establecimientos (CNES), situación en marzo de 2017.

Los municipios de frontera poseen 49,5 mil de las camas, la red privada predomina con más del 70% de ese total. La distribución de las camas por los arcos es muy inequitativa: el Norte queda muy por debajo de los

demás, con apenas 1,8 lechos por mil habitantes, el Central (2,7) y el Sur (3,1) tienen casi el doble de la mayor relación del país (tabla 3).

Tabla 3. Resumen de la distribución de camas

Capacidad Instalada	Arco Norte	Arco Central	Arco Sur	Total	Brasil
Total de camas*	3.625	8.734	36.941	49.499	439.489
Camas por 1.000 hab.	1,8	2,7	3,6	2,5	2,1
Camas privados	693	3.969	17.033	21.695	132.750
Camas SUS	2.932	4.765	20.107	27.804	306.739

Fuente: Ministerio da Salud, Registro Nacional de Establecimientos (CNES), situación en marzo de 2017.

*Consideradas apenas las camas para internación.

Sin embargo, como se comentó anteriormente, la existencia de servicios de salud no genera necesariamente acceso. Las dificultades de locomoción y las bajas densidades demográficas de los municipios del Arco Norte

constituyen un gran desafío a las políticas públicas para las fronteras, principalmente en la oferta de camas, tornándola desprovista de los servicios de la frontera.

Los empleos de salud en las fronteras

La Fuerza de Trabajo (FT) en las fronteras abarca 125.112 empleos – el 3,5% de los cerca de 3,5 millones de los empleos de salud existentes actualmente en Brasil. La mayoría (77.257) se encuentra en el sector público (61,7%), de éstos el 34,3% pertenece a la esfera municipal. El sector privado

representa el 38,3% del mercado de trabajo con 47.855 empleos. Es interesante constatar que los empleos privados están insertos en su mayoría en establecimientos sin fines de lucro (filantrópicos), el sector privado lucrativo predomina básicamente en el Arco Central, que aparentemente posee el mejor poder adquisitivo de servicios especializados (*tabla 4*).

Tabla 4. Empleos en salud por entidad administradora en los arcos de los municipios fronterizos con América del Sur.

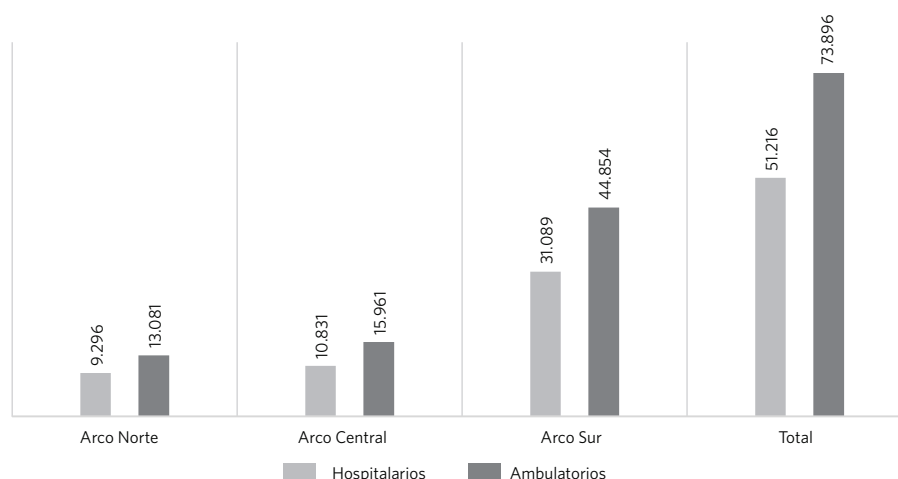
Empleos en Salud	Arco Norte	Arco Central	Arco Sur	Total	Brasil
Total general	22.377	26.792	75.943	125.112	3.585.678
Empleos públicos	19.902	19.014	38.341	77.257	2.538.567
Federal	1.698	753	2.828	5.279	104.555
Estadal	8.005	3.913	1.121	13.039	509.089
Municipal	10.199	14.348	34.392	58.939	1.924.923
Empleos Privados	2.475	7.778	37.602	47.855	1.434.960
Con fines de lucro	1.189	4.858	16.671	22.718	721.880
Sin fines de lucro	1.286	2.920	20.931	25.137	713.080

Fuente: Ministerio de Salud, Registro Nacional de Establecimientos (CNES), situación en marzo de 2017.

Los hospitales agregan 51.216 empleos, es decir, el 41,6% y el sector ambulatorio, 73.896 del total de la fuerza de trabajo de los municipios fronterizos. Si se compara con los datos de la capacidad instalada presentados

anteriormente, se verifica que cada hospital posee en promedio 75 empleos; y cada unidad ambulatoria, 13,2 empleos en la región de frontera (*gráfico 4*).

Gráfico 4. Empleos en salud por tipo de atención en los arcos de los municipios fronterizos con América del Sur

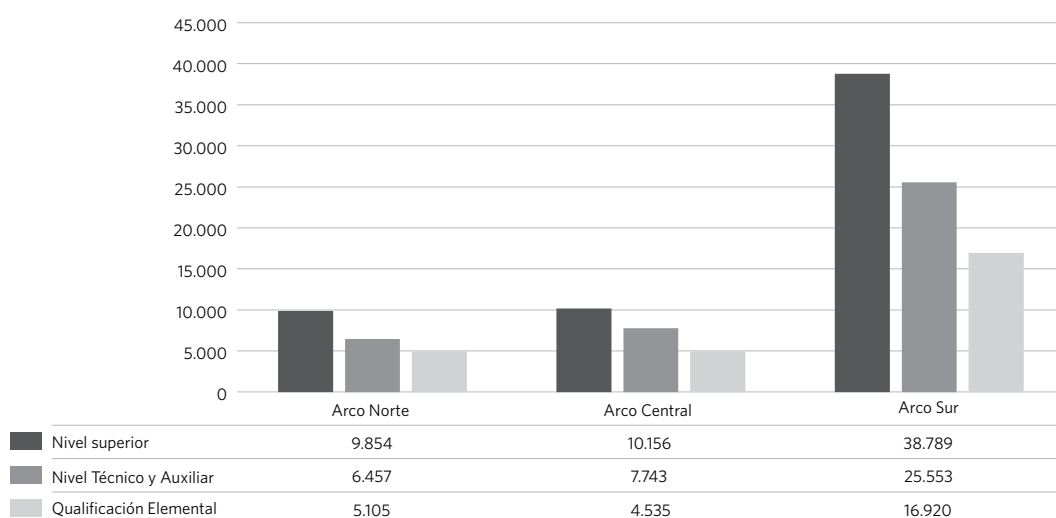


Fuente: Ministerio de la Salud, Registro Nacional de Establecimientos (CNES), situación en marzo de 2017.

El perfil de la FT por escolaridad de los municipios de frontera sigue la misma proporción de las demás regiones del país. Los empleos de nivel superior representan en

torno al 46%, los de nivel técnico y auxiliar (32%), y los de calificación básica suman 22 %. Situación que se observa en todos los arcos (*gráfico 5*).

Gráfico 5. Empleos en salud por nivel de escolaridad según arcos de los municipios fronterizos con América del Sur



Fuente: Ministerio de la Salud, Registro Nacional de Establecimientos (CNES), situación en marzo de 2017.

La distribución por categorías profesionales en las fronteras no es equitativa: sólo los empleos médicos representan más de la mitad de la FT de nivel superior – 20.972 (52,8%), los enfermeros 7.944 (20%) y los odontólogos 4.096 (10,3%); las ocho categorías restantes que

componen el equipo suman sólo el 16,8% del total de empleos de nivel superior. La situación más precaria es verificada en el Arco Norte, donde hay una carencia significativa de casi todos los profesionales en relación al número de habitantes (*tabla 5*).

Tabla 5. Empleos de nivel superior según arcos de los municipios fronterizos con América del Sur

Empleos por categorías de nivel superior	Arco Norte	Arco Central	Arco Sur	Total	Brasil
Médico	2.150	5.043	13.779	20.972	947.973
Enfermero	1.107	1.689	5.148	7.944	264.643
Odontólogo	523	705	2.868	4.096	123.906
Bioquímico/Farmacéutico	334	763	1.714	2.811	30.870
Fisioterapeuta	157	412	1.602	2.171	85.806
Fonoaudiólogo	45	115	431	591	24.803
Nutricionista	53	92	685	830	30.330
Asistente social	89	161	839	1.089	34.547
Psicólogo	63	174	1.039	1.276	54.761
Sanitarista	3	9	47	59	716
Otros de Nivel Superior	132	86	815	1.033	43.836
Total	4.656	7.644	27.405	39.705	1.642.191

Fuente: Ministerio de la Salud, Registro Nacional de Establecimientos (CNES), situación en marzo de 2017.

La presencia de médicos en los arcos tiene una significativa variación de 916,5 habitante/empleo médico en el Norte y de 457,8 en el Sur, demostrando que la ausencia de médicos en Brasil es un problema de concentración, y no de escasez, conforme corroboran varios estudios (SANTOS ET AL., 2015). Es importante destacar que en algunos municipios de la región no existen médicos, y en varios son los extranjeros los que ejercen la profesión, muchos sin respaldo legal.

Según los datos recientes del Consejo Federal de Medicina (CFM), el número de médicos en municipios fronterizos es de alrededor de 29 mil, lo que representa el 6,4% del total de médicos del país. Según la entidad, en los últimos cinco años hubo un aumento del 34% en el número de médicos,

sin tener en cuenta los intercambios del Más Médicos. El CFM informó que entre 2011 y 2015 los municipios de frontera redujeron el número de consultas médicas de 8,2 millones a 7,4 millones al año, una caída del 10%.

‘A pesar del aporte de 200 intercambios del Programa Más Médicos en las fronteras, las consultas no tienen resolución, no están ayudando a disminuir el número de internaciones. Ha habido aporte de médicos, disminución de consultas y carencia de resolución e infraestructura mínima para el trabajo del médico’, dijo el presidente del CFM, explicando que es necesario ofrecer todavía sistemas de referencia y contrareferencias fundamentales para atención en lugares cercanos.

‘La carrera de estado sería la forma correcta de tener médicos en la frontera. Un profesional fijo, pero no permanente, como sucede en la magistratura, en el Ministerio Público, en la carrera de hacienda, y hasta en la seguridad nacional, con posibilidad de reubicación y sustituciones por mérito o tiempo de servicio’, dijo. ‘Para que podamos tener a Brasil atendidos por médicos brasileños lo que falta es ese estímulo’, completó el Presidente del Consejo Federal de Medicina – Dr. Carlos Vital. (VITAL, 2016, S. P.).

Una de las más importantes oportunidades creadas para la sensibilización política y el compromiso colectivo de los Estados Partes fue la edición del Plan Regional de Recursos Humanos de Salud 2007-2015 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Con el fin de enfrentar la crisis de recursos humanos en la salud, se establecieron metas a partir de los cinco desafíos críticos que subsidiaron la plataforma de la Llamada a la Acción para una Década de Recursos Humanos para la Salud: 1) Englobar políticas de salud a largo plazo para todos los países de la región, con el fin de dejar la fuerza de trabajo apta para lidiar con eventuales cambios en los sistemas de salud; 2) aumentar la tasa de densidad de

recursos humanos a 25 por 10 mil habitantes, nivel establecido como deseable por el ‘Informe de la Salud en el Mundo 2006’; garantizar que el 40% de los médicos actúen en el área de atención básica a la salud; alcanzar el equilibrio entre el número de enfermeros y médicos cualificados; desarrollar equipos de atención básica a la salud, con amplia gama de competencias, incluso con trabajadores comunitarios de salud; y establecer una dirección estratégica de recursos humanos para la salud que desarrolle políticas y negocie con otros niveles de gobierno.

Si consideramos la relación sugerida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 25 profesionales de salud por cada 10 mil habitantes, se verifica que la región fronteriza está dentro de los parámetros. La precariedad de la atención y el acceso a los servicios de salud es un problema mayor que la disponibilidad de recursos humanos. La concentración en los grandes centros y en las capitales, la fijación de profesionales y la falta de médicos especialistas están desafiando la búsqueda de estrategias impactantes que enfrenten y reduzcan los efectos negativos sobre los sistemas locales de salud en las localidades de fronteras (tabla 6).

Tabla 6. Categorías profesionales según arcos de los municipios fronterizos de la América del Sur

Categorías profesionales	Arco Norte	Arco Central	Arco Sur	Total
Médicos	1.570	4.985	22.301	28.856
Enfermeros	1.026	1.564	4.548	7.138
Técnicos de Enfermería	789	744	7.853	9.386
Auxiliares de Enfermería	2.602	5.533	9.292	17.427
Total	5.987	12.826	43.994	62.807
Población por 25/10.000 hab.	1.970.387	2.483.491	6.308.351	10.762.229
	29,6	49,8	64,3	55,9

Fuente: Consejos Federales (situación en marzo 2017); (IBGE, 2010).

El fortalecimiento de la integración constituye una prioridad importante del gobierno federal para los próximos años; sin embargo,

su consecución depende directamente de la participación activa de los gobiernos estatales y municipales. Se puede decir que una

de las formas más adecuadas de lidiar con la complejidad de las cuestiones fronterizas, tanto en aspectos más problemáticos (sanitarios y ambientales y del ejercicio profesional) como en su potencial transfronterizo, sólo se concreta a través de un nuevo pacto intergubernamental en torno de la integración fronteriza (OLIVEIRA; MACHADO, 2008).

Hay necesidad de involucrar tanto a los actores nacionales de los países miembros como a las ciudades, municipios, provincias y estados de frontera con el objetivo de alcanzar la totalidad. El desafío para los gestores sigue siendo las dificultades macroeconómicas, sociales y políticas que afectan negativamente a las estrategias e iniciativas para ralentizar la migración o minimizar los efectos negativos de ese proceso en las fronteras.

Algunas consideraciones

Breve resumen de los arcos

El Arco Norte tiene la menor disponibilidad de capacidad instalada (establecimientos, camas y empleos de salud). Con el 18,3% de la población de la región fronteriza, posee 21.416 empleos de salud, además de la gran ruralidad que seguramente plantea mayores obstáculos al acceso a los servicios de salud, por la falta de carreteras y transportes que depende la mayoría de las veces de ríos para alcanzar las poblaciones ribereñas. Las consecuencias negativas de este proceso se refieren a los indicadores menos favorables de calidad de vida para estratos poblacionales más bajos, lo que interfiere en la calidad de los servicios de salud de la región. Otra preocupación es la condición de un escaso desarrollo económico que contribuye al desplazamiento de parte de la fuerza de trabajo hacia los mercados informales, muchas veces más rentables, pero de menor control y estabilidad económica.

El Arco Central presenta una situación

intermedia y bien estructurada, constituyéndose en zona de transición entre los Arcos Norte y Sur, posee el 23% de la población de la región fronteriza. La fuerza de trabajo está compuesta de 22.434 empleos, siendo el 79,7% referentes a empleos de nivel técnico y superior.

El Arco Sur tiene la situación más cómoda para todos los parámetros analizados, con la mayor población fronteriza (58,7%) posee 81.262 empleos de salud, siendo que la mayoría (79,2%) es de nivel superior y técnico. Tiene un perfil de la fuerza de trabajo en salud y de capacidad instalada similar a las presentadas a nivel nacional. La relación empleos de salud por habitantes es la más alta para todas las categorías profesionales, reflejando su mayor potencial económico para absorber mano de obra más diversificada y especializada. Y una mayor accesibilidad a redes urbanas y viales facilita el acceso a los servicios de salud.

Concluyendo, vale destacar que durante una audiencia pública sobre el tema promovido por la Subcomisión Permanente de la Amazonía y la Franja de Frontera, vinculada a la Comisión de Relaciones Exteriores y Defensa Nacional (CRE), el director del Departamento de América del Sur-I del Ministerio de Relaciones Exteriores, el diplomático João Luiz Pereira Pinto reveló:

[...] que para eludir el problema de la falta de profesionales de salud, algunos municipios están recurriendo a la 'creatividad brasileña'. En el caso del municipio de Jaguarão (RS), que, por no poder contratar directamente extranjeros, celebró un convenio con la Santa Casa local, que a su vez contrató médicos uruguayos para atender a la población brasileña. Y una de las principales conclusiones fue admitir la fuerte presencia de profesionales de salud de países vecinos trabajando en Brasil de forma ilegal. [Continúa] [...] la ausencia de médicos en las fronteras de aquí a poco va a convertirse en una crisis [...] todavía hay mucha descoordinación dentro del Poder Ejecutivo respecto de acciones en las áreas fronterizas, alertó el diplomático. (PINTO, 2011, S. P.). ■

Referencias

- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. *Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira*. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2005. Disponível em: <<http://www.mi.gov.br/documents/10157/3773138/Introdu%C3%A7%C3%A3o+e+antecedentes.pdf/98476e45-c143-449b-b6c5-1f9287a90553>>. Acesso em: 20 jul. 2017.
- . Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. CNES, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/proc02br.def>>. Acesso em: 12 mayo 2017.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 2.261, de 22 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 set. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2261_22_09_2006_rep_comp.html>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 734, de 2 de maio de 2014. Aprova a Resolução nº 07/2012, do Grupo de Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que aprova lista de profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Partes no Mercosul. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2 maio, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0734_02_05_2014.html>. Acesso em: 6 sept. 2017.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 735, de 2 de maio 2014. Aprova a Resolução nº 08/2012, do Grupo Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que aprova a “Lista de Especialidades Médicas Comuns no MERCOSUL”. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2 maio, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0735_02_05_2014.html>. Acesso em: 6 sept. 2017.
- . Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. *Saúde Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_amazonia_2ed.pdf>. Acesso em: 20 mayo 2017.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). *Relatório Final: a visão dos municípios sobre a questão fronteiriça*. 2008. Disponível em: <<http://www.cnm.org.br>>. Acesso em: 26 mayo 2017.
- GADELHA, C. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S214-S226, 2007.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico*. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 5 oct. 2016.
- MACHADO, L. O. Estado, territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, M. L. (Org.). *Continente em chamas. Globalização e território na América Latina*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-284.
- OLIVEIRA, E. S.; MACHADO, M. H. O Trabalho de Saúde nas Regiões de Fronteiras Brasileiras. In: PIERANTONI, C. et al. (Org.). *Trabalho e educação em saúde no Mercosul*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008. p.171-200.
- OLIVEIRA, P. T. R. *O Sistema Único de Saúde, descentralização e desigualdade regional: um enfoque sobre a Região da Amazônia Legal*. 2005. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Metas Regionais de Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015*. 2007. Disponible en: <<http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp27.r7-p.pdf>>. Acceso en: 20 marzo 2017.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. 237-250, 2007.

———. *Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio*. 2005. 314 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PINTO, J. L. P. *Falta de Médicos é problema comum a municípios na faixa de fronteira*. 2011. Disponible en: <ptb.org.br/falta-de-medicos-e-problema-comum-a-municipios-na-faixa-de-fronteira/>. Acceso en: 23 jun. 2017. Sin paginar.

VITAL, C. *Entrevista*. Brasília, DF: Agência do Brasil 2016. Disponible en: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-06/faltam-leitos-de-internacao-do-sus-em-25-das-cidades-de-fronteira-diz-cfm>>. Acceso en: 18 jun. 2017. Sin paginar.

Tendencias de las graduaciones en Salud en el Brasil: análisis de la oferta en el contexto del Mercosur

Trends in Health undergraduation courses in Brazil: supply analysis in the context of Mercosur

Celia Regina Pierantoni¹, Carinne Magnago²

RESUMEN Este artículo, insertado en la agenda de cooperación entre los Estados Partes del Mercosur, tiene como objetivo proporcionar informaciones oportunas sobre la oferta de formación de Recursos Humanos en Salud (RHS) en Brasil. A partir de datos de los Censos de Educación Superior, se constató un incremento en la oferta de plazas y graduandos cuyo mercado no se muestra favorable: aumento de la tasa de ociosidad de plazas vacantes; predominio del sector privado en la oferta; persistencia de concentración de la oferta en el Sudeste; y un incremento inferior al esperado de cursos y egresados de Medicina. Con la finalidad de fomentar la formulación de políticas integradoras y alineadas a las demandas del bloque regional, se refuerza el papel estratégico de la cooperación establecida para el intercambio de forma conjunta de evidencias sobre los RHS.

PALABRAS-CLAVE Educación superior. Recursos Humanos en Salud. Mercosur. Información.

ABSTRACT *This article aims to provide timely information on the supply of training of Human Resources in Health (HRH) in Brazil, inserted in the context of the cooperation agenda among Mercosur States Parties. Based on data from the Higher Education Census, there was an increase in the number of vacancies and conclusion of undergraduates courses whose market is not favorable; increased idle vacancy rate; predominance of the private sector in the supply; persistent concentration of supply in the Southeast; and increase lower than expected in courses and medical graduates. We reinforce the strategic role of cooperation established for the exchange of evidence on HRH in a joint way, in order to foment the formulation of integrative policies that are aligned with the demands of the regional bloc.*

KEYWORDS *Education higher. Health manpower. Mercosur. Information.*

¹Médica. Doctora en salud colectiva. Profesora asociada del Instituto de Medicina Social (IMS) de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cpierantoni@gmail.com

²Enfermera. Doctora en salud colectiva. Investigadora del Instituto de Medicina Social (IMS) de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. carinne.mag@gmail.com

Introducción

En el contexto del proyecto de integración Mercado Común del Sur (Mercosur), se han emprendido esfuerzos para la consolidación de la región, favoreciendo el desarrollo de diversos sectores, entre ellos la salud. En la perspectiva del fortalecimiento de los sistemas de salud de los Estados Partes y asociados del Mercosur, se implantó en 2008 el Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud (OMSS) con la finalidad de generar conocimiento útil y oportuno para la toma de decisiones en políticas sanitarias en el marco del bloque (MERCHÁN-HAMANN; SHIMIZU; BERMÚDEZ, 2013).

En la composición de la agenda del OMSS se acordó la realización de estudios sobre temas considerados prioritarios por los Ministerios de Salud de los Estados Partes. El tema Recursos Humanos en Salud (RHS) fue incluido entre los que deberían ser investigados por todos los países, una vez que hay concordancia sobre la importancia incuestionable de la fuerza de trabajo como núcleo central de los sistemas de salud y que hay poca consistencia en las discusiones sobre cómo las estrategias de RHS son monitoreadas y evaluadas (OMS, 2007).

En muchos países la información sobre la fuerza de trabajo es fragmentada, inadecuada e inapropiada. Las estadísticas generadas por diversas fuentes reciben una divulgación pública limitada y generalmente son infrautilizadas. Además, incluso en países donde datos adecuados y confiables están disponibles, la información no siempre se utiliza para la toma de decisiones (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

También es fuerte el consenso sobre la dificultad de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, una vez que no existe fuerza de trabajo adecuada, suficiente y bien distribuida en el sector (OMS, 2007). En general, se considera que hay un *deficit* de 7,2 millones de profesionales de la salud, con una estimación de *deficit* de 12,9 millones para 2035. Entre

los países del Mercosur, esta carencia no se manifiesta con intensidad semejante, pero hay problemas de distribución y de densidad adecuadas en diversas regiones de cada país (CAMPBELL ET AL., 2013).

La carencia de profesionales de la salud generalmente es acompañada de poca información disponible sobre cuántos y cómo se distribuyen, lo que reduce la capacidad de planificación, orientación y mejor distribución de la fuerza de trabajo en salud. La información adecuada y oportuna sobre los RHS es un insumo fundamental para los Estados, servicios de salud e instituciones de enseñanza para la planificación de las acciones, en un campo en el cual cualquier intervención demanda un proceso lento de maduración (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

En este sentido, la realización de estudios sobre la composición de la oferta y el inventario de profesionales de salud integra la agenda conjunta de los Estados Partes del Mercosur. Se cree que la decisión de recopilar, procesar y analizar información sobre la fuerza de trabajo en cada uno de los países implica una decisión política de gran magnitud, colocando a la región en pie de igualdad con otros bloques regionales que también entienden que se trata un problema que justifica acciones conjuntas y orientadas a medio y largo plazo (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

Es en este panorama que se inserta este estudio, que tiene por objetivo proporcionar informaciones precisas y oportunas sobre la oferta de formación de RHS en Brasil. Las apreciaciones contenidas aquí permiten apoyar el proceso de búsqueda de conocimiento por la vía del acceso, el análisis y el acompañamiento de las graduaciones en salud en Brasil, pues se considera que el análisis de la oferta de cursos superiores en salud, en conjunto con otras fuentes de información, puede ser útil para la planificación y ordenación de RHS en Brasil y para la definición de agendas de cooperación con los países que componen el Mercosur.

Metodología

Se trata de un estudio exploratorio de carácter descriptivo y abordaje cuantitativo que pretende, por medio de datos secundarios, exponer las principales características del escenario de la formación en salud en Brasil.

Los datos recogidos y analizados fueron puestos a disposición por el Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas Anísio Teixeira (Inep) del Ministerio de Educación de Brasil (MEC) y procesados a partir del Sistema de Indicadores de Graduaciones en Salud (Sigras), herramienta *on-line* que gestiona datos e informaciones sobre las Instituciones de Enseñanza Superior (IES) que ofrecen cursos en salud. Este sistema fue construido y es alimentado por la Estación de Trabajo del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro de la Red Observatorio de Recursos Humanos en Salud (IMS/Uerj-ObservaRH).

El sistema permite capturar datos de 1991 a 2014 relativos a plazas vacantes, matrículas, inscripciones, admitidos y egresados por curso de graduación y cruzar según categoría administrativa, organización académica, grandes regiones, regiones de salud y estados del país. Así, posibilita el cruce de diferentes variables con el fin de verificar, a partir de un panorama más amplio o más específico, si determinada región concentra o carece de determinado grupo profesional de salud (PIERANTONI ET AL., 2012).

En este estudio, los datos recolectados para el análisis del panorama general fueron relacionados con las 15 graduaciones que el Sigras puso a disposición; y para un análisis más detallado, fueron consideradas las informaciones de las graduaciones en Biomedicina, Educación Física, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina, Nutrición, Odontología, Psicología, Salud Colectiva y Terapia Ocupacional¹ del período 2000 a 2014.

Los datos fueron recolectados en junio de

2017, analizados a través de la estadística descriptiva por medio del programa Microsoft Excel®, presentados por medio de gráficos y tablas, y contrastados con base en literatura relacionada.

Panorama general

El sistema nacional de enseñanza superior brasileño presenta una considerable capacidad expansiva, en gran parte debido a la implementación de políticas gubernamentales que ampliaron el ingreso y permanencia de la población en la educación, sobre todo de la porción más joven y procedente de familias de bajos ingresos (IBGE, 2016).

Los datos recientes del MEC apuntan un crecimiento del orden del 34,0% del número de matrículas en cursos de graduación presenciales en el período de 2009 a 2014, computando 6,5 millones de estudiantes en 2.368 IES. Esta ampliación se puede atribuir principalmente al sector privado, responsable para el 2014 por el 87,2% de las IES del país (SEMESP, 2016).

La predominancia del sector privado también se observa en el área de la salud: del total de 6.416 cursos de graduación en Salud existentes en el país – ofertados por 1.107 IES –, el 72,1% (n=4.627) son privados. No obstante, la demanda por cursos de graduación en Salud en la esfera pública es mayor que en el sector privado. En las pruebas de ingreso, se observa una relación de 18 candidatos por plaza vacante en los cursos públicos contra una relación de 2 a 1 en los privados.

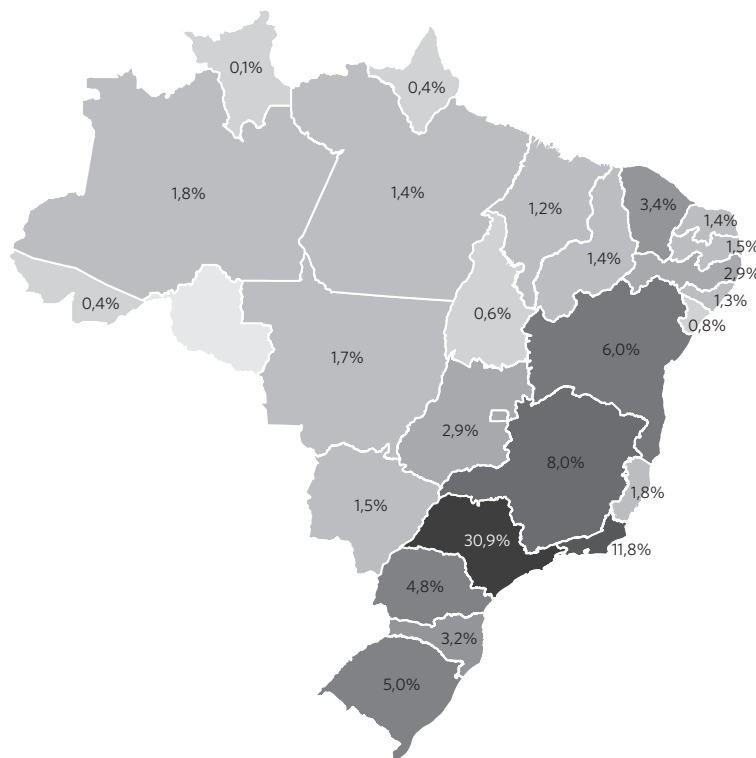
En lo que se refiere a la distribución geográfica de cursos y plazas vacantes del área de la salud, es perceptible la iniquidad de la oferta de grados en salud. La región Sudeste, considerada el centro vital del país, y que se caracteriza por su desarrollo y por albergar las mayores ciudades y la mayor densidad poblacional, es al mismo tiempo el mayor mercado de trabajo y la de mayor oferta de cursos, plazas vacantes y alumnos en salud (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, 2006). El estado de São

¹ El Sigras también procesa datos de las graduaciones en Ciencias Biológicas, Medicina Veterinaria y Servicio Social.

Paulo concentra el 30,9% de las plazas vacantes; sumadas a las del estado de Río de Janeiro y Minas Gerais, ese porcentaje pasa

al 51,6%, es decir, tres estados de la región Sudeste ofrecen más de la mitad de todas las plazas vacantes del país (*figura 1*).

Figura 1. Distribución porcentual de la oferta de plazas por estado. Brasil, 2014



Fuente: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017).

Los datos apuntan a una concentración de 45,4% (n=2.910) de cursos, del 51,5% (n=555.477) de plazas vacantes y del 45,2% (n=84.560) de alumnos en salud en la región Sudeste; mientras que la región Norte, más desprovista de fuerza de trabajo en salud, es la que alberga el menor porcentaje de oferta, en este orden: el 7,3% (n=467), el 5,9% (n=63.240) y el 7,2% (N=13.525).

Cabe resaltar, sin embargo, que ya se observa una disminución de la desigualdad en la distribución regional. El cálculo de las tasas de crecimiento indica que mientras que la región Sudeste creció el 195%, 330% y 101% en número de cursos, plazas vacantes y egresados, la región Norte se configuró como la que más amplió las

posibilidades de acceso a los cursos de salud (408%, 957% y 543% respectivamente).

Análisis por graduación de los cursos seleccionados en salud

En cuanto a la distribución de los cursos según las 12 graduaciones seleccionadas en este estudio para un análisis más firme, los datos apuntan que en 2000 la Educación Física poseía el mayor porcentaje de participación (18,7%), mientras que la Salud Colectiva (0,1%), Biomedicina (0,5%) y Terapia Ocupacional (2,6%), los menores. Catorce años más tarde, ese escenario de concentración poco se alteró (*tabla 1*).

Tabla 1. Distribución de la oferta de cursos, plazas y egresos y tasa de incremento por graduación en salud. Brasil, 2000-2014

Graduación	Cursos			Plazas			Graduados		
	2000	2014	Incremento	2000	2014	Incremento	2000	2014	Incremento
Biomedicina	7	253	3514%	695	49.183	6977%	50	5.591	11082%
Educación Física	267	1.117	318%	32.561	190.338	485%	8.249	30.280	267%
Enfermería	183	881	381%	20.417	178.264	773%	5.522	30.140	446%
Farmacía	143	454	217%	14.593	81.185	456%	6.020	13.457	124%
Fisioterapia	178	535	201%	25.675	112.223	337%	5.181	11.737	127%
Fonoaudiología	76	82	8%	7.147	8.354	17%	2.016	1.487	-26%
Medicina	100	251	151%	9.906	26.804	171%	7.758	16.110	108%
Nutrición	99	386	290%	9.475	72.441	665%	2.177	10.679	391%
Odontología	142	230	62%	14.051	33.470	138%	8.011	10.768	34%
Psicología	192	564	194%	26.823	124.826	365%	11.024	20.663	87%
Salud Colectiva	1	17	1600%	80	1.802	2153%	-	331	-
Terapia Ocupacional	37	55	49%	2.680	5.678	112%	520	1.090	110%
Total	1.425	4.825	239%	164.103	884.568	439%	56.528	152.333	169%

Fuente: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017).

Cuando se analizaron los datos de cursos, plazas vacantes y graduados, las graduaciones con menor incremento de oferta, en el período 2000-2014, fueron Fonoaudiología – que, inclusive, presentó tasa negativa de egresados (-26%) –, Terapia Ocupacional y Odontología, mientras que Biomedicina se destaca por la expresiva ampliación de estas variables (*tabla 1*).

En cuanto a la distribución de estas graduaciones por naturaleza jurídica en 2014 se verifica que la Salud Colectiva es la única

graduación cuya mayoría de cursos (76,5%), plazas vacantes (57,9%) y graduados (75,8%) es predominantemente pública. Medicina ofrece un equilibrio en la oferta de cursos (el 47% son públicos y el 53% son privados), pero en lo que se refiere a las vacantes y concluyentes, la esfera privada prevalece, siendo responsable por el 62% y el 61%, en este orden. La oferta privada de cursos, vacantes y concluyentes de las demás graduaciones, excepto para Terapia Ocupacional, es superior al 70% (*tabla 2*).

Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de cursos, plazas y graduados según esfera administrativa por graduación en salud. Brasil, 2014

Graduación	Esfera	Cursos		Plazas		Graduados	
		n	%	n	%	n	%
Biomedicina	Público	26	10,3	1.665	3,4	680	12,2
	Privado	227	89,7	47.518	96,6	4.911	87,8
Educación Física	Público	302	27,0	20.190	10,6	7.243	23,9
	Privado	815	73,0	170.148	89,4	23.037	76,1
Enfermería	Público	175	19,9	12.408	7,0	5.369	17,8
	Privado	706	80,1	165.856	93,0	24.771	82,2

Tabla 2. (cont.)

Farmacia	Público	96	21,1	8.704	10,7	3.061	22,7
	Privado	358	78,9	72.481	89,3	10.396	77,3
Fisioterapia	Público	72	13,5	5.038	4,5	1.750	14,9
	Privado	463	86,5	107.185	95,5	9.987	85,1
Fonoaudiología	Público	24	29,3	1.255	15,0	606	40,8
	Privado	58	70,7	7.099	85,0	881	59,2
Medicina	Público	118	47,0	10.147	37,9	6.275	39,0
	Privado	133	53,0	16.657	62,1	9.835	61,0
Nutrición	Público	80	20,7	6.365	8,8	2.599	24,3
	Privado	306	79,3	66.076	91,2	8.080	75,7
Odontología	Público	67	29,1	5.998	17,9	3.411	31,7
	Privado	163	70,9	27.472	82,1	7.357	68,3
Psicología	Público	120	21,3	9.069	7,3	4.037	19,5
	Privado	444	78,7	115.757	92,7	16.626	80,5
Salud Colectiva	Público	13	76,5	1.044	57,9	251	75,8
	Privado	4	23,5	758	42,1	80	24,2
Terapia Ocupacional	Público	22	40,0	1.308	23,0	644	59,1
		33	60,0	4.370	77,0	446	40,9
Total	Público	1.115	23,1	83.191	9,4	35.926	23,6
	Privado	3.710	76,9	801.377	90,6	116.407	76,4

Fuente: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017).

Al verificar los datos relativos al año 2000, la esfera privada ya era responsable mayoritaria por la oferta de cursos, plazas vacantes y graduados de todas las graduaciones, con excepción de Medicina, en que la esfera pública predominó hasta 2004. En el conjunto de las graduaciones seleccionadas, la tasa de incremento de la oferta del sector público, en el período 2000-2014, fue del 149%, 180% y 71% para cursos, plazas vacantes y graduados, mientras que para el privado, las tasas presentadas fueron del 279%, 496% y 227%.

Las mayores tasas de crecimiento de la oferta de cursos, plazas vacantes y graduados del sector privado fueron percibidas para Biomedicina (4.440%, 8.164%, 44.545%) y Enfermería (554%, 932%, 785%). En el sector público, las mayores tasas de oferta de cursos y

plazas vacantes se presentaron en Biomedicina (1.200%, 1.288%) y Salud Colectiva (1.200%; 1.205%), y en lo que se refiere a la oferta de graduados, las tasas fueron mayores para Biomedicina (1.644%) y Terapia Ocupacional (491%).

Se resalta que en el mismo período la graduación en Fonoaudiología presentó tasas de enfriamiento para la oferta privada de cursos (-11%) y concluyentes (-53%); Y las graduaciones en Medicina y Odontología fueron las que presentaron las menores tasas de crecimiento de plazas públicas: 99% y 67% respectivamente.

La distribución regional por graduación acompaña el panorama del conjunto de las graduaciones, ratificando la concentración de la oferta de cursos, plazas vacantes y egresados en la región Sudeste, y la menor en las regiones

Norte (Educación Física, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Medicina, Nutrición y Psicología) y Centro-Oeste (Biomedicina, Fonoaudiología, Odontología y Terapia Ocupacional). La salvedad se aplica a la Salud Colectiva, cuya oferta es mayor en la región Nordeste.

A pesar de la concentración de cursos en las regiones Sudeste y Sur, el incremento de la oferta de esa variable, en el período 2000-2014, fue inferior en esas regiones en todas las graduaciones (exceptuando Biomedicina y Educación Física), y superior en la región Norte para la mayoría de las graduaciones (Farmacia, Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina, Odontología y Terapia Ocupacional).

El incremento de la oferta de plazas vacantes entre las regiones muestra un comportamiento similar: fue inferior en las regiones Sur y Sudeste y considerablemente superior en las regiones Norte y Nordeste. En el caso de la tasa de crecimiento de la oferta de egresados en el período en análisis, se destacan Fonoaudiología, que presentó tasas negativas en las regiones Centro-Oeste (-71%), Sudeste (-55%) y Sur (-20%), y Odontología, cuyo descenso se dio en la región Sudeste (-3%).

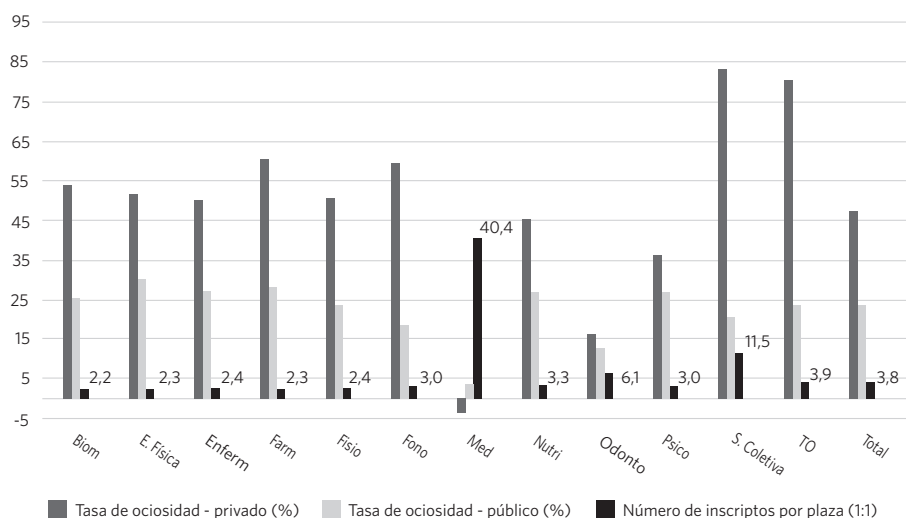
A pesar de la ampliación de cursos, plazas

vacantes y graduados del conjunto de las 12 graduaciones en Salud analizadas se observa: disminución del número de inscritos por vacante (-35,8%), que pasó de 6 en 2000 a 3,8 en 2014; y el aumento de la tasa de ociosidad de plazas vacantes (400%), que pasó del 9,8% al 49,1%, indicando menor demanda por graduaciones del área de la salud y oferta de plazas vacantes superior a la demanda respectivamente.

Entre las graduaciones, la tasa de incremento de la relación inscrita por plaza vacante sólo fue positiva para Salud Colectiva (246%), Terapia Ocupacional (51,7%), Fonoaudiología (46,3%) y Medicina (23,7%). En cuanto al porcentaje de plazas vacantes no completadas, las mayores tasas de crecimiento fueron acreditadas a Biomedicina (980%), que pasó de una tasa de ociosidad del 4,9% al 52,8%, y Farmacia (914%), fue del 5,6% al 57%; Medicina y Salud Colectiva presentaron tasas negativas, lo que significa que el número de ingresos a lo largo del período fue superior al número de vacantes ofertadas.

En 2014, las mayores tasas de plazas vacantes no cumplidas fueron percibidas para Nutrición (94,4%), Terapia Ocupacional (67,4%) y Farmacia (57%); y las menores para Odontología (15,4%) y Psicología (35,3%) (gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa de ociosidad de plazas según naturaleza jurídica y número de inscritos por plaza ofertada, por graduación en salud. Brasil, 2014



Fuente: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017).

Se destaca que este escenario en gran medida es responsabilidad del sector privado, ya que el análisis de esas tasas por naturaleza jurídica indica que en ese sector la demanda por graduaciones de salud cayó un 32% entre 2000 y 2014; mientras que en el público aumentó un 8%. En el sector privado, el aumento de la demanda se dio sólo en Odontología (2%) y en Medicina (18%) que computaron en 2014 11,5 y 40,4 de inscritos por plaza vacante ofertada en este orden (*gráfico 1*). En el público, a su vez, se destacan las graduaciones que presentaron tasas de enfriamiento, vale decir, una disminución de la demanda: Enfermería (-9%), Farmacia (-22%), Fisioterapia (-3%), Fonoaudiología (-18%) y Nutrición (-1%).

En lo que se refiere a la tasa de ociosidad de las plazas vacantes por naturaleza jurídica, se verifica que en el sector privado aumentó el 233%, pasando del 14,2% al 42,2% de plazas vacantes no completadas. En el sector público, el 100% de las plazas vacantes se llenaron hasta el año 2008, en 2009 el 6,6% quedaron ociosas; y en 2014, el 23,3%, lo que corresponde a un aumento del 252% entre 2009 y 2014.

La ociosidad en el sector privado para 2014 fue mayor para las graduaciones en Salud Colectiva (83,4%) y Fonoaudiología (80,4%) y menor en Odontología (16%) y Psicología (36%), además de Medicina que llenó el 100% de sus plazas vacantes. Las tasas de incremento (2000-2014), sin embargo indican mayores porcentajes para Biomedicina (673%) y Fisioterapia (668%). En el público, las tasas de ociosidad variaron entre el 3,6% (Medicina) y el 29,9% (Educación Física) con mayores tasas de incremento para Terapia Ocupacional (768%) y Salud Colectiva (241%) (*gráfico 1*).

En cuanto al género de los egresados de la salud, aunque no se ha percibido aumento en la proporción del sexo femenino en relación al masculino en las últimas décadas, que es de 2,5 mujeres para cada hombre, algunos cursos apuntan hacia el aumento en el peso

relativo de mujeres. En Biomedicina en 2000, por ejemplo, la relación era de 2,1 mujeres para cada hombre; en 2014, pasó a 3,9. Este comportamiento fue similar para Farmacia, Fisioterapia, Medicina y Odontología.

Por otro lado, los demás cursos presentaron una tendencia inversa, demostrando a lo largo del período una menor participación (aunque aún mayoritaria) del sexo femenino en la composición final de egresados. Para ese escenario se destaca Fonoaudiología que, en 2000, presentaba una proporción de mujeres 44 veces mayor que la de hombres, y que en 2014 pasó a 12,9. Estos datos indican que profesiones antes eminentemente femeninas, como Enfermería, empiezan a presentar tasas de incremento de egresados hombres superiores a la de egresados mujeres.

En el período analizado sólo en la Educación Física los egresados hombres eran y son mayoría. En Medicina, ellos eran más numerosos hasta 2005. En 2006, la proporción se igualó y en 2009 la misma se ha invertido. Hoy las mujeres representan el 55% de los egresados de esta graduación. Estos datos conectan con la predominancia femenina en la población brasileña, así como con el aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo (IBGE, 2010).

Discusión

La década de 1990 estuvo marcada por escenarios de transformaciones en Brasil, especialmente en razón de la promulgación de la Constitución Federal de 1988 que asegura mayor efectividad a los derechos fundamentales, como la educación y la salud, las cuales pasan a ser deber del Estado mediante la implantación de políticas públicas.

La institucionalización del Sistema Único de Salud (SUS) da centralidad a la cuestión de los RHS, siendo fundamental para su implementación, con un crecimiento de puestos de trabajo tanto públicos como privados en el área de la salud (DEDECCA; PRONI; MORETO,

2001), mientras que otros sectores vivirán un período crítico en la dinámica del mercado de trabajo, sobre todo por la evidente tendencia al desempleo, la tercerización de las ocupaciones y las transformaciones del trabajo informal (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Para comprender la configuración del mercado de trabajo en salud, no basta analizar la oferta de puestos de trabajo. Antes se hace necesario conocer la oferta de profesionales preparados que entran en el mercado en busca de colocación profesional, una vez que la calificación de mano de obra es dependiente del acceso de los ciudadanos al sistema educativo.

Los datos sobre la fuerza de trabajo en salud enfocados en aspectos del sistema educativo pueden ser desencadenantes de reflexiones sobre los desafíos comunes, colocados tanto para el sector de la educación como para la oferta de servicios de salud. Las desigualdades de oferta para la formación superior en salud se constituyen en problemas que demandan y que deben articular varios análisis sobre las condiciones de esa oferta y el mercado de trabajo en salud.

En Brasil, la expansión acentuada de la enseñanza superior en salud y las políticas federales de apoyo a la formación en esa área no han sido suficientes para la superación de esas desigualdades. Se observan disparidades tanto cuantitativas, ejemplificadas por la concentración regional de cursos y vacantes, como cualitativas, que demuestran la propagación desorganizada de cursos en determinadas áreas de formación, especialmente en el sector privado, y que se constituyen en graves problemas en el ámbito del SUS (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, 2006).

En el escenario actual de la enseñanza superior en Brasil, se debe resaltar la expansión desenfrenada de las unidades privadas de enseñanza a partir de la década de 1990, dada la liberalidad permitida en la creación de cursos en las diversas áreas. Como consecuencia, se constata el desequilibrio de los profesionales en el mercado de trabajo, lo que genera, por

consiguiente, desempleo, desvalorización profesional y salarial para algunas categorías, y amplia oferta de puestos de trabajo, sobrevaloración profesional y salarial para otras, caso de Medicina. No por casualidad, a lo largo de los últimos años el gobierno brasileño ha adoptado diversas medidas con el objetivo de enfrentar la escasez de profesionales médicos (BRASIL, 2013).

La tendencia en el crecimiento del número de médicos, al contrario de lo que se espera para los otros profesionales de la salud, tiende a ser reconfortante ya que los graduados en Medicina tendrán una demanda por empleo muy superior a la capacidad actual de oferta por el sistema formador. Por otro lado, el crecimiento previsto todavía será inferior al que se espera, teniendo en mente las actuales y futuras demandas originadas por los cambios demográficos y epidemiológicos (DAL POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013).

Al comparar los datos de este estudio con datos de otros países del Mercosur, se verifica que la distribución geográfica de la oferta de formación y de profesionales de la salud en estos se asemeja a la de Brasil: hay concentración en las capitales y regiones más desarrolladas de Uruguay, Paraguay, Argentina y Venezuela. La predominancia del conjunto de cursos de salud de naturaleza privada, sin embargo, sólo se verifica en Brasil (MERCER; POZZIO, 2015). Cabe destacar, no obstante, que en Argentina ya se observa un mayor número de egresados de Medicina y Enfermería de los cursos privados (ARGENTINA, 2015); y Paraguay y Venezuela tienen el sector privado como el principal formador de odontólogos (CARDOSO; MACHADO; VIEIRA, 2013).

En Uruguay, el número de ingresos y de egresos en Medicina es superior al número observado para Enfermería, de modo que existe en el país cerca de tres médicos para cada enfermero. En ese país, se forman más psicólogos y médicos y menos dentistas y nutricionistas (NUÑEZ, 2011, 2015). En Argentina, Psicología también es responsable del mayor número de egresados de la salud, mientras que Farmacia del menor (ARGENTINA, 2015).

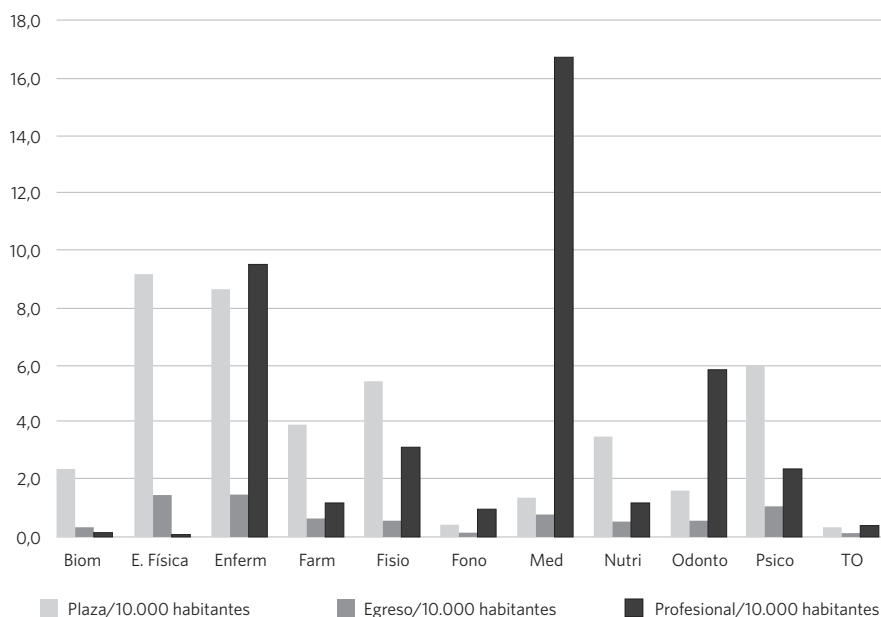
A pesar de las diferencias percibidas entre los países, es consensual que las desigualdades de adecuación entre la oferta de profesionales y la distribución de puestos de trabajo en el sector son debidas, en gran parte, a la escasa regulación sobre el sistema formador y a la disociación, que persistió durante mucho tiempo, entre la oferta de formación y las necesidades de RHS para los sistemas nacionales de salud (DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013; MERCER; POZZIO, 2015; PIERANTONI ET AL., 2012).

En Uruguay, uno de los focos principales ha sido la inversión en la formación de enfermeros y parteros, ya que la proporción de estos

profesionales en el mercado de trabajo, especialmente en el sistema público, está muy por debajo de las necesidades de composición de los equipos de salud (NUÑEZ, 2011, 2015).

En Brasil, al analizar las densidades de vacantes y egresados y compararlas a la densidad de profesionales vinculados a los establecimientos de salud (CNES, 2014), se verifica que el profesional más demandado por el mercado de trabajo es el médico (16,8 por 10 mil hab.), aunque Medicina es la graduación que presenta una de las menores densidades de número de vacantes por 10 mil habitantes: 1,3 (gráfico 2).

Gráfico 2. Número de plazas, egresos y profesionales de la salud por 10 mil habitantes según graduación en salud. Brasil, 2014



Fuente: (INEP, 2015; SIGRAS, 2017; IBGE, 2014).

Los resultados de la proyección indican que, a pesar de esperar un crecimiento del número de vacantes para esa graduación del orden del 90%, a largo plazo la oferta de plazas vacantes puede no ser suficiente para atender a la demanda de formación requerida por el sistema de salud, incluso en un escenario en el que se considera el aumento

de cursos y plazas vacantes en Medicina en el marco del Programa Más Médicos (GIRARDI ET AL., 2015; PIERANTONI; MAGNAGO, 2015).

Por otro lado, se tiene Educación Física que, aunque tenga participación ínfima en la composición de la fuerza de trabajo empleada en establecimientos de salud², presenta la mayor densidad de plaza vacante/hab. y de

² Es necesario considerar que este profesional actúa, en gran medida, en establecimientos no inscritos en el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) (BRASIL, 2014A). Dicho esto, si se consideran los datos de la Relación Anual de Información Social (Rais) (BRASIL, 2014B), que contabiliza los vínculos activos en todos los sectores, la densidad de estos profesionales por 100 mil habitantes sería de aproximadamente 2,4. Esta medida también puede no representar el contingente total de ese profesional ya que hay un alto porcentaje de trabajo informal en esta categoría (PRONI, 2010), así como el hecho de que Rais suma los puestos de trabajo y no el número de profesionales.

egresado/hab. (*gráfico 2*). Estos datos ratifican la afirmación de que el sistema educativo en salud se encuentra ajeno a las necesidades del mercado de trabajo del sector.

Sin agotar las posibilidades de apreciación y crítica de los datos, a partir de lo expuesto algunas inquietudes sobresalen:

(I) incremento de cursos, plazas vacantes y egresados en salud que ya tienen mercado de trabajo caracterizado por un movimiento de salarización, no acompañado del crecimiento de puestos de trabajo relacionados con la oferta de esos trabajadores (CARDOSO; MACHADO; VIEIRA, 2013; DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013; PIERANTONI ET AL., 2012);

(II) incremento inferior al esperado para el número de cursos y egresados de Medicina, pese a la mala distribución de médicos en el país; la relación de habitante/médico es muy inferior a la de países similares y más desarrollados; y estudios de proyección que indican un de la distancia entre el inventario y el número de médicos deseados para atender las demandas demográficas y epidemiológicas (DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013; GIRARDI ET AL., 2015; PIERANTONI; MAGNAGO, 2015; PIERANTONI ET AL., 2012; PÓVOA; ANDRADE, 2006; UFMG, 2012);

(III) la persistencia de la concentración de la oferta de formación en salud en la región Sudeste que promueve el mantenimiento de las desigualdades regionales y perpetúa la mala distribución geográfica de RHS;

(IV) el predominio indiscutible del sector privado en la oferta de cursos (77%), plazas vacantes (91%) y egresos (77%) en salud, lo que puede derivar en una exclusión del sistema educativo, una concentración de la oferta en áreas que demandan menor inversión y una distorsión en la preparación de profesionales al enfatizar un entrenamiento que poco favorece el sistema de salud;

(V) el incremento exponencial de la tasa de

ociosidad de plazas vacantes (actualmente corresponde a casi el 50%) en la misma medida en que crece la oferta de plazas.

En esa perspectiva, intervenciones del Estado con el objetivo de dirigir la ampliación de cursos y vacantes para regiones donde hay vacíos asistenciales y de formación deben ser promovidas y valoradas. Por ejemplo, el Programa Más Médicos ya proporcionó la apertura de cerca de 9 mil plazas en cursos de medicina federales y privados en todas las regiones del país. Estos datos sugieren mayor equilibrio de esa oferta entre las regiones y entre municipios del interior y las capitales, lo que sólo podrá ser comprobado mediante acceso a los datos posteriores al 2014 (BRASIL, 2017).

Notas finales

En consonancia con otros esfuerzos de carácter regional y global, esta publicación pretende contribuir a la disseminación de informaciones en el campo de la formación en salud y reforzar el papel estratégico de la cooperación establecida entre los Estados Partes del Mercosur en la producción, intercambio y utilización de informaciones, en forma conjunta, sobre la fuerza de trabajo en salud, con la finalidad de fomentar la disseminación de evidencias para la formulación de políticas de RHS integradoras y alineadas a las demandas del bloque regional.

Al considerar que el aumento de las demandas de salud de la población, por un lado, y de las iniquidades en la oferta y concentración de profesionales de salud, por otro, continúan desafiando la consolidación del SUS (PIERANTONI ET AL., 2015), se recomienda el seguimiento más cercano de informaciones educativas por los órganos responsables de las políticas públicas en salud, en especial los Ministerios de Salud y Educación que deben asumir el protagonismo en el proceso de regulación de las profesiones en salud.

Consideradas las propuestas de integración regional en lo que se refiere a los RHS, se tiene como mayor desafío la necesidad de formulación de políticas dirigidas a la armonización de la regulación del trabajo del sector (CARDOSO; MACHADO; VIEIRA, 2013). En ese sentido, se vuelve imperativo ampliar la discusión sobre los ámbitos de la práctica profesional y desarrollar estudios que consideren diferentes arreglos de inserción práctica más autónoma de los profesionales de la salud no médicos que pueden determinar procesos resolutivos de las inequidades en la oferta y distribución de RHS, así como del acceso de la población a los servicios de salud.

Además, hay que incluir propuestas de discusión y de investigaciones que se centren sobre los aspectos curriculares de la formación con miras al establecimiento de la reciprocidad del reconocimiento curricular, particularmente de mecanismos de

habilitación y acreditación entre los Estados Partes (PRONKO ET AL. 2011), y de la superación de modelos de enseñanza que desentonan de las propuestas nacionales de asistencia a la salud.

A pesar de los datos presentados, cabe destacar que el Programa Más Médicos tiene potencial para alterar el escenario actual no sólo en el contexto de la oferta de formación de médicos y del mercado de trabajo en Brasil sino también en el ámbito del Mercosur, con vistas a la ampliación de la oferta de plazas en municipios fronterizos y a los términos de la cooperación para la contratación y el intercambio de médicos. Se trata de una oportunidad para ampliar las propuestas para otras profesiones, teniendo en cuenta el equilibrio de la oferta y demanda, y establecer acuerdos de adecuación curricular y prácticas profesionales que potencien los sistemas de salud del bloque regional. ■

Referencias

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. *La gestión de recursos humanos en salud en Argentina: una estrategia de consensos: 2008-2015*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de Informática do SUS: DATASUS*. 2014a. Disponible en: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acceso en: 14 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Mais hospitais e unidades de saúde: Mais Médicos, Mais Formação*. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos*. 2017. Disponible en: <<http://maismedicos.gov.br/>>. Acceso en: 15 jun. 2017.

_____. Ministério do Trabalho. *Relação Anual de Informações Sociais*. 2014b. Disponible en: <<http://>

www.rais.gov.br/sitio/index.jsf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

CAMPBELL, J. G. *et al.* *A universal truth: no health without a workforce*. Forum Report. Geneva: Global Health Workforce Alliance WHO, 2013.

CARDOSO, A. L.; MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S. Odontologia: a regulação da profissão no âmbito do Mercosul. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, jun. 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2017.

DAL POZ, M. R.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 187-233.

DEDECCA, C. S.; PRONI, M. W.; MORETO, A. O. trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. São Paulo: Unicamp, 2001. p. 175-216.

GIRARDI, S. N. *et al.* *Estrutura atual e estimativas futuras da força de trabalho em medicina, enfermagem e odontologia no Brasil: 2000 a 2030*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Censo da Educação Superior 2014*. Brasília, DF: INEP, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 24 março 2017.

_____. *Estimativas da população*: 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/default.shtm>>. Acesso em: 24 março 2017

_____. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*: 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

MERCER, H.; POZZIO, M. *Estudio sobre disponibilidad y distribución de recursos humanos en salud en los Países Partes del Mercosur*. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2015.

MERCHÁN-HAMANN, E.; SHIMIZU, H. E.; BERMÚDEZ, X. P. D. *Perfis descritivos dos sistemas de saúde dos Estados Parte do Mercosul*: resumo. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2013.

NUÑEZ, S. *La formación en el área de la salud de la Universidad de la República*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2011.

_____. *Los desafíos de Toronto*: medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud: 2007-2015. Montevideo: Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Trabalhando juntos pela saúde*. Brasília, DF: 2007.

PIERANTONI, C. R.; MAGNAGO, C. *Oferta e necessidade de recursos humanos em saúde*: República Federativa do Brasil. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2015. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/29_6_2015_0_Oferta_e_necessidades_de_recursos_humanos.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

PIERANTONI, C. R. *et al.* O mercado educativo em Saúde no estado do Rio de Janeiro: análise da oferta para a formação profissional de nível superior. In: MATHIAS, I.; MONTEIRO, A. (Org.). *Gold book: inovação tecnológica em educação e saúde*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2012. p. 817-830. Disponível em: <<http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/47.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

PIERANTONI, C. R. *et al.* *Formação médica em nível de graduação*: análise do período 2000-2013. 2015. (Novos Caminhos, 4). Disponível em: <<http://www.resbr.net>>.

br/wp-content/uploads/2015/06/NovosCaminhos4v2.pdf>. Acesso en: 27 nov. 2016.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006. Disponível en: <<https://pdfs.semanticscholar.org/ab52/a91be6a71249420058abd8082b476dc2d953.pdf>>. Acesso en: 28 nov. 2016.

PRONI, M. W. Universidade, profissão Educação Física e o mercado de trabalho. *Motriz*, Rio Claro, v. 16, n. 3, p. 788-798, jul./set. 2010. Disponível en: <<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n3/a27v16n3.pdf>>. Acesso en: 28 nov. 2016.

PRONKO, M. et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

SISTEMA DE INDICADORES DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE (SIGRAS). *Gerador de relatório*. 2017. Disponível en: <<http://www.obsnetims.org.br/sigras/>>. Acesso en: 8 jun. 2017.

SINDICATO DAS MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR (SEMESP). *Mapa do ensino superior no Brasil*. São Paulo: SEMESP, 2016. Disponível en: <http://convergenciacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf>. Acesso en: 8 jun. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). *Relatório final: monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2012. Disponível en: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Monitoramento%20da%20demanda%20por%20especialidades%20e%20resid%C3%Aancias%20m%C3%A9dicas%202012.pdf>. Acesso en: 16 jun. 2017.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-544, 2008. Disponível en: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a09.pdf>>. Acesso en: 19 dic. 2016.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: para uma política de recursos humanos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

¹Enfermera. Especialista en salud pública. Auditora en servicios de salud y educación profesional en el área de salud y educación (enfermería). Consultora técnica del Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) de la Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) del Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

lanusa.ferreira@saude.gov.br

²Abogada. Especialista en derecho del trabajo, proceso del trabajo y prevención social. Consultora técnica del Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) de la Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) del Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

denise.ribeiro@saude.gov.br

³Matemático. Especialista en planificación y presupuesto público. Consultor técnico del Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) de la Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) del Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

marcio.leal@saude.gov.br

⁴Teóloga. Especialista en gestión pública. Directora del Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) de la Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) del Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

ana.schiavone@saude.gov.br

⁵Internacionalista. Consultor técnico del Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) de la Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) del Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

arthur.oliveira@saude.gov.br

Matriz Comparativa de los cursos técnicos de enfermería, análisis clínicos y radiología entre los países del Mercado Común del Sur (Mercosur) – Argentina-Brasil-Paraguay-Uruguay

Comparative Matrix of nursing technical courses, clinical analyzes, and radiology among the Southern Common Market countries (Mercosur) – Argentina-Brazil-Paraguay-Uruguay

Lanusa Terezinha Gomes Ferreira¹, Denise Brandão Nunes Ribeiro², Márcio Lânio Leal³, Ana Paula de Campos Schiavone⁴, Arthur de Oliveira e Oliveira⁵

RESUMEN El artículo abordó el tema relacionado con el cuadro comparativo de las profesiones en salud, especialmente de tres categorías específicas: técnicos de enfermería, análisis clínicos y radiología que se incluyeron en el Mercado Común del Sur (Mercosur) dentro del Subgrupo de Trabajo (SGT) n° 11 sobre la salud, creado por la Resolución GMC n° 151/96 con el objetivo de enfatizar la importancia de la uniformidad de esas profesiones para asegurar la libre circulación de los profesionales entre los países.

PALABRAS-CLAVE Mercosur. Evaluación comparativa. Personal técnico de la salud.

ABSTRACT The article addressed the theme related to the comparative table of the health professions, especially those of three specific categories, such as the nursing technicians, clinical analyzes, and radiology, which are included in the Southern Common Market (Mercosur) within the Working Subgroup (SGT) n° 11 on health, created by Resolution GMC n° 151/96 to emphasize the importance of standardizing these professions to ensure the free movement of professionals between countries.

KEYWORDS Mercosur. Benchmarking. Allied health personnel.

Introducción

Con el objetivo de auxiliar en las decisiones de la Coordinación de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, fue creado el Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud vinculado al Departamento de Gestión y de Regulación del Trabajo en Salud (Degerts) y también a la Coordinación General de Regulación y Negociación del Trabajo en Salud (CGNET), teniendo esa última la competencia de participar en foros internacionales relacionados con la regulación del trabajo en salud y de organizar las Reuniones del Foro Permanente Mercosur en las cuales se discuten pautas para las tomas de decisiones posteriormente formalizadas con la finalidad de reglamentar el trabajo en salud en la países miembros, encaminadas al Subgrupo de Trabajo (SGT) n° 11.

Entre los temas recientemente presentados está la Matriz Comparativa definida como un conjunto de actividades que busca la adquisición teórica y/o práctica de conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para el ejercicio de esas profesiones, discutiendo alternativas de integración en el ámbito del Mercado Común del Sur (Mercosur).

En este trabajo se presentan para una mejor comprensión y análisis las diversidades y diferencias en las formaciones profesionales entre los técnicos miembros de los países del Mercosur, trayendo desafíos importantes para la discusión sobre la libre circulación de trabajadores en los servicios de salud con el fin de demostrar la importancia de la actuación y uniformización de estas profesiones.

Desarrollo

El Ministerio de la Salud (MS) en Brasil es el órgano del Poder Ejecutivo Federal responsable por la organización y elaboración de planes y políticas públicas dirigidas a la promoción, prevención y asistencia a la salud de los brasileños. Su principal función es disponer de condiciones para la protección y recuperación de la

salud de la población, reduciendo las enfermedades, controlando las dolencias endémicas y parasitarias y mejorando la vigilancia a la salud, dando así una mayor calidad de vida a los brasileños, siempre haciendo alusión a los dictámenes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que definen la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

En cuanto a la importancia para la mejora de la calidad de los productos y servicios de la salud, fue creado en 1988 por la Constitución Federal Brasileña el Sistema Único de Salud (SUS), considerado uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, abarcando desde la simple atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos, garantizando acceso integral, universal y gratuito para toda la población del país.

Las consideraciones sobre la salud están cada vez más presentes no sólo en Brasil sino también en el ámbito del Mercosur y, en ese sentido, necesitan de priorización, sistematización, programación y evaluación adecuadas para que se amplíe el espacio de conocimiento, constituyendo uno de los factores para la sostenibilidad del proceso de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

El Mercosur es un bloque económico creado en 1991 por el Tratado de Asunción, cuyo objetivo inicial era integrar a los países miembros (en la época Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) por medio de la libre circulación de bienes y servicios, del establecimiento de una Tarifa Externa Común, de la adopción de una Política Comercial Común, además de la coordinación de políticas macroeconómicas y de la armonización de las legislaciones en las áreas pertinentes.

Por medio de la Ordenanza n° 929/GM, de 2 de mayo de 2006, se institucionalizó el Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud, siendo un espacio de diálogo y cooperación entre gestores y trabajadores de la salud bajo responsabilidad institucional del Degerts/SGTES/MS.

El Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud busca construir una posición

común de Brasil, representado por el MS, en lo que se refiere a la agenda negociadora de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, consensuada por medio de los debates de las instancias integrantes del Foro, además de auxiliar en la formulación de políticas para la gestión del trabajo y de la educación en salud, proporcionando calidad de la atención a la salud de la población.

Grupos de trabajo del Mercosur

En la estructura del Mercosur, el Grupo Mercado Común (GMC) es un órgano deliberativo integrado por 4 miembros titulares y 4 suplentes por país, posee 14 SGT, con estructuras similares en los Estados Partes, entre ellos el SGT n° 11 'Salud'.

El SGT 11 sobre la salud fue creado en 1996 por la Resolución GMC n° 151/96 con el objetivo general de:

[...] armonizar legislaciones y directrices, promover la cooperación técnica y coordinar acciones entre los Estados Partes referentes a la atención a la salud, bienes, servicios, materias primas y productos para la salud, ejercicio profesional, vigilancia epidemiológica y control sanitario con la salud con el fin de promover y proteger la salud y la vida de las personas y eliminar los obstáculos injustificables al comercio regional y a la atención integral y de calidad, contribuyendo así al proceso de integración. (MERCOSUR/GMC, 1996, P. 1).

Desde su constitución el SGT 11 estuvo compuesto por tres comisiones de trabajo: la Comisión de Productos para la Salud; la Comisión de Vigilancia en Salud y la Comisión de Servicios de Atención a la Salud. La cuestión de la educación profesional en salud quedó limitada a la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, una de las tres subcomisiones en el ámbito de la Comisión de Servicios de Atención a la Salud cuyos objetivos fueron definidos por la Resolución RDC n° 13/2007 (BRASIL, 2007).

En el SGT 11, la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional constituyó la instancia de negociación de las relaciones colectivas e individuales de trabajo, del 'libre tránsito' de trabajadores, de la formación profesional, de la compatibilización del currículum de formación, del reconocimiento de la habilitación profesional (títulos y diplomas), del registro profesional, de la regulación del trabajo y requisitos para el ejercicio profesional en el Mercosur.

Entre los principales ítems de la agenda de trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional están: formular políticas de gestión y educación en la salud; estandarizar la legislación del ejercicio profesional; implementar la Matriz Mínima con vistas al registro profesional único para el ejercicio profesional; promover programas conjuntos de capacitación en servicio y fortalecimiento de las entidades de salud formadoras de recursos humanos y constituir una base común de datos.

Con el fin de colaborar para la actuación de la Coordinación de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional en las reuniones ordinarias del SGT n° 11 'Salud', se creó en 2004 el Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud.

La Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOEJER) inició sus discusiones en el año 2000, cuando se elaboró un acuerdo para estudio sobre el cuadro de formación de los profesionales de todo el bloque Mercosur, además de acordar la inclusión de 29 especialidades médicas comunes, siendo éstas publicadas en la Resolución GMC n° 73/2000.

Matriz Comparativa

En el año 2010 el SGT 11 inició la discusión en el tema de la enfermería para la aprobación de los niveles de graduación en la Matriz Comparativa de la profesión, dando lugar el año siguiente a la elaboración del proyecto de resolución del cuadro comparativo, además

del avance con la aprobación de la matriz para las profesiones técnicas priorizadas.

En el año subsiguiente se definió el proyecto de cooperación en las áreas técnicas para su análisis, sugiriendo que éste fuera abordado en la Subcomisión debido a la complejidad del tema, con prioridad en las áreas técnicas de enfermería, técnico de laboratorio, radiología y hemoterapia.

Se destaca que en el año 2013 se aprobó la Matriz Comparativa de los profesionales de enfermería, iniciando los cuadros comparativos de las profesiones de nivel técnico con las siguientes profesiones priorizadas: técnico de enfermería, técnico de análisis clínicos y técnico de radiología.

En el año subsiguiente se registra la construcción de la propuesta de la Matriz Comparativa de estos profesionales de nivel medio, además de presentarse una tabla comparativa con datos referentes a los técnicos de radiología para la actualización de sus informaciones.

En 2016 se definió en el Foro Permanente Mercosur la formación de grupos de trabajo específicos para las áreas arriba mencionadas con la intención de consolidar la Matriz Comparativa de todos los profesionales y la posterior aprobación por el grupo del SGT 11.

La pauta fue retomada en 2017, constituyéndose tres grupos de trabajo con la finalidad de dar continuidad a la concreción de la Matriz Comparativa de los cursos de nivel medio.

En la XXXVI Reunión del Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud se presentó la propuesta de un cuadro descriptivo de las tres profesiones arriba mencionadas, siendo Argentina el único país que expuso el cuadro descriptivo completo.

En Brasil la enseñanza media puede ser realizada en tres modalidades que establecen formas diferenciadas de relación entre ellas: la integrada, la simultánea y la subsiguiente, siendo que el curso técnico en salud es ofrecido en los moldes de un curso post-medio (terciario) no acercándose a la formación ofrecida en los demás países del bloque.

También según Pronko *et al.* (2011, p. 58):

[...] cuando comparamos la carga horaria de las diversas habilitaciones técnicas ofrecidas en los países del bloque, independientemente del nivel de escolaridad al que se asocian, verificamos que la diversidad es inmensa: mientras que en Brasil la carga horaria mínima para la formación de un técnico en salud es de 1.200 horas, sin tener en cuenta la etapa obligatoria, en los otros países esa carga horaria varía, dependiendo del país y de la habilitación, de 1.000 a 3.800 horas, incluyendo la etapa. Esto nos lleva a la constatación de que cualquier proceso de armonización de certificaciones debe partir del análisis específico de cada habilitación técnica, incluyendo la consideración no sólo de los requisitos educativos formales, sino también, y principalmente, de los diseños curriculares y de las características del propio proceso de trabajo en el cual la actividad de los técnicos se desarrolla, con grados de subordinación variable al profesional de certificación superior.

De esta forma, la inclusión de los profesionales técnicos en salud en el proceso de trabajo es diferenciada de acuerdo con cada país en el ámbito de cada especialidad, teniendo en cuenta la configuración histórica particular asumida por las corporaciones profesionales, así como la función reguladora ejercida sobre las partes del mismo Estado.

Se destacan, además, las multiplicidades de situaciones entre los países del Mercosur, siendo que el ejercicio profesional está regulado y reglamentado de las más variadas formas posibles, incidiendo de esta manera tanto en la formación y la certificación como en la actuación y grados de subordinación en el proceso de trabajo.

En Brasil actualmente algunos cursos técnicos en salud sufrieron alteraciones, pasando del nivel técnico medio de formación al nivel tecnológico superior debido a la multiplicación acentuada de cursos privados de formación tecnológica.

En las Directrices Curriculares Nacionales de Educación Profesional elaboradas por el Ministerio de Educación (MEC), Ramos (2002, p. 144) observa que el “principio ordenador de la educación profesional de nivel técnico es el desarrollo de competencias profesionales para la laborabilidad”, definidas en las directrices como la

capacidad de articular, movilizar y poner en acción valores, conocimientos y habilidades necesarios para el desempeño eficiente y eficaz de las actividades requeridas por la naturaleza del trabajo. (RAMOS, 2002, p. 144).

Siendo así,

[...] el perfil profesional de conclusión en los cursos de habilitación técnica sería la composición entre las competencias básicas adquiridas durante la educación básica (enseñanza fundamental y media), las competencias profesionales generales, correspondientes a las áreas definidas por el Consejo Nacional de Educación, y las competencias profesionales específicas, las características de una determinada habilitación. (RAMOS, 2002, p. 149-150).

Así, las escuelas de formación de nivel

técnico deben incluir en sus planes de curso, conforme orientación del MEC, los documentos nacionales que guían la organización curricular.

Presentación de las Matrices Comparativas de los cursos de formación técnica

En abril de 2017 se celebró en Buenos Aires la XXXVI Reunión Ordinaria del SGT 11, con la presencia de Argentina, Brasil y Paraguay y con la ausencia de Uruguay, siendo ofrecido un estudio sobre la formación de técnicos en salud de los trabajadores en el Mercosur con el objetivo de identificar y analizar la oferta cuantitativa y cualitativa de formación de trabajadores técnicos en salud en Argentina, Paraguay y Uruguay, de forma convergente con datos y análisis ya producidos en Brasil.

En la ocasión se presentaron datos referentes a las Matrices Comparativas de los cursos técnicos de enfermería, de análisis clínicos y de radiología, haciendo una comparación entre dos países del Mercosur: Brasil y Argentina, tal y como se presenta en el cuadro siguiente. Se resalta que los demás – Paraguay y Uruguay – no enviaron al SGT 11 los datos para análisis (*cuadros 1, 2 y 3*).

Cuadro 1. Matriz Comparativa de la formación y los ejercicios de técnicos de enfermería

Curso de Enfermería	Argentina	Brasil
Nivel de Formación	Técnico Superior.	Nivel Medio.
Título otorgado	Técnico Superior en Enfermería, Enfermero/a, Enfermero Profesional, Enfermero Universitario, Enfermero Superior no Universitario.	Técnico en Enfermería.
Denominación de la habilitación profesional (matrícula o registro)	Enfermero.	Técnico en Enfermería.
Instituciones formadoras	Escuelas Técnicas de Nivel Superior (No universitario) Públicas o Privadas. Universidades Públicas o Privadas. 252 (Instituciones).	Escuelas Técnicas do SUS, Institutos Federales, Sistema S (Senai, Senac, Senat, Senar)*, Universidades Públicas y Privadas, Escuelas Técnicas Estaduales y Municipales Públicas y Privadas.

Cuadro 1. (cont.)

Requisitos de ingreso	Escuelas de Enseñanza Media – Escuelas de Enseñanza Secundaria Polimodal Completo (vigente hasta 2011).	Enseñanza Medio Completa o Simultánea.
Duración del curso (en años)	3 años.	2 años.
Carga horaria total	1.900 h.	1.200 horas (mínimo) + 400 horas de práctica (dependiendo del Consejo Estatal de Educación local).
Porcentaje de carga práctica (dentro del total de la formación)	50 % de la carga horaria total.	Carga horaria mínima que representa 20% de la carga horaria total del curso a ser ejecutado durante los dos últimos períodos del curso (Resolución Cofen nº 441/2013).
Tipo de práctica (1)	Profesionalizante (desde el inicio del complejo de capacitación).	Práctica profesional supervisada obligatoria y aulas prácticas
Quien otorga la habilitación profesional	Ministerio de la Salud de la Nación. Ministerios Estadales. Escuelas de Enfermagem.	Consejo Federal de Enfermería (Cofen).
Descripción de inserción laboral (área ocupacional, en que trabaja)	Hospital Unidades de Atención Primaria Laboratorios Si. Si. Si, y otros lugares como empresas, instituciones educativas y domiciliarias.	Hospitales. Emergencias. Unidades básicas de salud. Clínicas. Home Care. Centros de diagnóstico por imagen y análisis clínicos. Consultorios. Ambulatorios. Atención pré-hospitalaria. Instituciones de larga permanencia. Organizaciones Militares.
¿Trabaja bajo la dirección de un profesional graduado? ¿Cuál? Especifique	Trabaja bajo la supervisión de médicos y otros profesionales de la salud.	Trabaja bajo supervisión del Enfermero(a).

*Senai – Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial.

Senac – Servicio Nacional de Aprendizaje Comercial.

Senat – Servicio Nacional de Aprendizaje del Transporte.

Senar – Servicio Nacional de Aprendizaje Rural.

Cuadro 2. Matriz Comparativa de la formación y los ejercicios de técnicos en análisis clínicos

Curso de Análisis Clínicos	Argentina	Brasil
Nivel de formación	Técnico Superior.	Nivel Medio.
Título otorgado	Técnico Superior en Análisis Clínicos, Técnico en Laboratorio, Técnico Superior en Laboratorio, Técnico en Análisis Clínicos.	Técnico en Análisis Clínicos.
Denominación de la habilitación profesional (matrícula o registro)	Técnico en Laboratorio.	Técnico en Análisis Clínicos.
Instituciones formadoras	Escuelas Técnicas de Nivel Superior (no universitario) Públicas o Privadas. Universidades Públicas o Privadas. 106 (Instituciones).	Escuelas Técnicas del SUS, Institutos Federales, Sistema S (Senai, Senac, Senat, Senar)*, Universidades Públicas y Privadas, Escuelas Técnicas Estadales y Municipales Públicas e Privadas.
Requisitos de ingreso	Escuelas de Enseñanza Media – Escuelas de Enseñanza Secundaria – Polimodal Completo (Vigente hasta 2011).	Enseñanza Media completa o simultánea
Duración del curso (en años)	3 años.	1 año y medio a 2 años

Cuadro 2. (cont.)

Carga horaria total	1.600 h (mínimo).	1.200 horas mínimo (a depender del Consejo Estatal de Educación local).
Porcentaje de carga práctica (dentro del total de la formación)	20%.	30%.
Tipo de práctica (1)	Profesionalizante (desde el inicio del complejo de capacitación).	Práctica profesional supervisada obligatoria.
Quien otorga la habilitación profesional	Ministerio de la Salud de la Nación. Ministerios Estadales.	Para el Consejo Federal de Farmacia (CFF), el registro de Análisis Clínicos y facultativo.
Descripción de inserción laboral (área ocupacional en que trabaja)	Hospital Si. Unidades de Atención Primaria Si. Laboratorios Si, y demás empresas e instituciones educativas.	Hospitales. Clínicas. Unidades de Salud. Laboratorios de Diagnósticos Médicos. Laboratorios de Investigación y Enseñanza Biomédica. Laboratorios de Control de Calidad en Salud.
¿Trabaja bajo la dirección de un profesional graduado? ¿Cuál? Especifique	Trabaja bajo la supervisión de Bioquímicos, Médicos y otros profesionales de la salud.	Trabaja bajo supervisión de Farmacéuticos.

*Senai – Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial.

Senac – Servicio Nacional de Aprendizaje Comercial.

Senat – Servicio Nacional de Aprendizaje del Transporte.

Senar – Servicio Nacional de Aprendizaje Rural.

Cuadro 3. Matriz Comparativa de la formación y los ejercicios de técnicos en radiología

Curso de Radiología	Argentina	Brasil
Nivel de Formación	Técnico Superior.	Nivel Medio.
Título otorgado	Técnico Radiólogo – Técnico Superior en Radiología – Técnico en Radiodiagnóstico – Técnico en Radiología y Terapia de radiación.	Técnico en Radiología.
Denominación de la habilitación profesional (matrícula o registro)	Técnico Radiólogo.	Técnico en Radiología.
Instituciones formadoras	Escuelas Técnicas de Nivel Superior (no universitario) Públicas o Privadas. Universidades Públicas o Privadas. ⁹⁹ (Instituciones).	Escuelas Técnicas del SUS, Institutos Federales, Sistema S (Senai, Senac, Senat, Senar)*, Universidades Públicas y Privadas, Escuelas Técnicas Estadales y Municipales Públicas y Privadas.
Requisitos de ingreso	EEscuelas de Enseñanza Media – Escuelas de Enseñanza Secundaria-Polimodal Completo (Vigente hasta 2011).	Es necesario tener enseñanza media completa (no puede ser simultánea, de acuerdo con la Ley nº 7.394/85).
Duración del curso (en años)	3 años.	2 años.
Carga horaria total	1.800 h (mínimo).	1.200 horas + práctica obligatoria de 400 horas.
Porcentaje de carga práctica (dentro del total da formación)	25% mínimo.	Mínima de 400 horas (Resolución Conter nº 10/2011).
Tipo de práctica (1)	Profesionalizante (desde o início do complexo de treinamento).	Práctica supervisada.
Quien otorga la habilitación profesional	Ministerio de la Salud de la Nación. Ministerios Estadales. Colegios.	Consejo Nacional de Técnicos en Radiología – Conter.

Cuadro 3. (cont.)

Descripción de inserción laboral	Hospital	Si.	Servicios de radiología y diagnóstico por imagen en hospitales y clínicas.
(área ocupacional, en que trabaja)	Unidades de Atención Primaria	Si.	Unidades básicas de salud y clínicas.
	Laboratorios	Si, y además empresas relacionadas con la especialidad. Organismos públicos relacionados con el control y protección radiológica.	Sector de radiología industrial, aeropuertos, centros de investigaciones técnicas y otros.
¿Trabaja bajo la dirección de un profesional graduado? ¿Cuál? Especifique		Trabaja bajo la supervisión de médicos y otros profesionales de la salud.	Trabaja bajo supervisión de un médico.

*Senai – Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial.

Senac – Servicio Nacional de Aprendizaje Comercial.

Senat – Servicio Nacional de Aprendizaje del Transporte.

Senar – Servicio Nacional de Aprendizaje Rural

En el análisis preliminar de las Matrices Comparativas de los cursos técnicos de enfermería, análisis clínicos y radiología, se observan diferencias encontradas entre los dos países abordados en los cuadros, por ejemplo: en relación al nivel de formación de los profesionales, la nomenclatura de los cursos, en Brasil: ‘técnico’ mientras que en Argentina: ‘técnico superior’, pero ambos con características de nivel medio. Esta diferencia entre las nomenclaturas es uno de los puntos de la necesidad de un consenso entre los países miembros del Mercosur para que los respectivos profesionales puedan ser reconocidos en el ejercicio de sus atribuciones.

En lo que se refiere a la carga horaria y a la duración del curso de formación, ambas son más reducidas en Brasil que en Argentina. Otro aspecto encontrado se refiere a la supervisión del profesional del curso técnico de enfermería, siendo que en Brasil es orientada por el enfermero mientras que en Argentina por el médico.

En referencia al otorgamiento de la habilitación profesional en los países del Mercosur, Brasil es el único en el que existe el consejo de clase profesional como institución para regular el ejercicio de la profesión, mientras que en los demás son

concedidas por los Ministerios de Salud de la Nación, Ministerios Estatales y Escuelas de Formación.

Los demás datos expuestos, a pesar de relevantes, no causan de inmediato impactos en la construcción de la Matriz Comparativa del ejercicio profesional entre los países del Mercosur por lo que no se abordaron en esta ocasión.

Se subraya que en la XXXVI Reunión Ordinaria los Estados Partes se comprometieron a actualizar y completar las informaciones en sus propias matrices para la presentación en el próximo encuentro del SGT 11, estando la presente Matriz Comparativa en fase de construcción para la inserción de nuevos datos.

En este seguimiento, en Brasil se formaron grupos de trabajo específicos para cada curso técnico, contando con la participación de los respectivos consejos de clase, de las asociaciones profesionales, del Departamento de Gestión y Educación de la Salud (Deges/SGTES) y del Degerts, con el objetivo de sanear las diferencias encontradas en los países del Mercosur.

El momento es propicio para la construcción de propuestas que posibiliten la calificación y la estructuración de un sistema

regulatorio único, flexible y con la capacidad de garantizar la homologación de esos profesionales técnicos de nivel medio para promover el perfeccionamiento de los servicios de salud.

Consideraciones finales

La Matriz Comparativa de los cursos de técnico de enfermería, de análisis clínicos y de radiología, tendrá como meta en los países del Mercosur comparar la formación, el título otorgado, las instituciones formadoras

en el ámbito público y privado, el número de profesionales, la duración de los cursos, la carga horaria efectiva y el marco legal de la habilitación profesional para poder propiciar mayores niveles de igualdad en la instrumentalización de las estrategias económicas y de políticas de salud, objetivando la uniformidad de las profesiones, asegurando la provisión de servicios de salud adecuados y compatibilizando procesos de desarrollo más beneficiosos para la transformación de los sistemas de salud, haciéndolos más eficiente para la población. ■

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução – RDC no 13, de 28 de fevereiro de 2007. Aprova regulamento técnico para produtos de limpeza e afins, harmonizado no âmbito do Mercosul, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 fev. 2007. Disponible en: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/rdc0013_28_02_2007.html>. Acceso en: 12 jul. 2017.

MERCOSUR/GMC. Resolução nº 151/96, de 13 de dezembro de 1996. Dispõe sobre criação do subgrupo de trabalho nº 11 Saúde. *XXIV GMG*, Fortaleza, 13

dez. 1996. Disponible en: <http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96151.pdf>. Acceso en: 12 jul. 2017.

PRONKO, M. et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. Disponible en: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1168.pdf>>. Acceso en: 12 jul. 2017.

RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação*. São Paulo: Cortez, 2002.

Experiencia en la formación virtual para trabajadores del sector salud del Uruguay: buscando una mejora de la calidad asistencial

Experience in virtual training for workers in the health sector of Uruguay: seeking for an improvement of the quality of care

Gabriela Pradere¹, Sergio Núñez², Diego Langone³, Ana Larrosa⁴, Ana Oviedo⁵, Laura Bianchi⁶

¹ Licenciada en economía. Directora de la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempe-sa)/Junta Nacional de salud (Junasa) del Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguay. gpradere@msp.gub.uy

² Licenciado en sociología. Director del Departamento de Planificación de Recursos Humanos en Salud (Dempe-sa)/Junta Nacional de salud (Junasa) del Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguay. snunez@msp.gub.uy

³ Licenciado en ciencias políticas. Magister en Ciencias Políticas. Integrante del equipo técnico del Departamento de Planificación de Recursos Humanos en Salud (Dempe-sa)/Junta Nacional de salud (Junasa) del Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguay. dlangone@msp.gub.uy

⁴ Licenciada en trabajo social. Integrante del equipo técnico del Departamento de Planificación de Recursos Humanos en Salud (Dempe-sa)/Junta Nacional de salud (Junasa) del Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguay. alarrosa@msp.gub.uy

⁵ Licenciada en administración y contadora. Magister en Gestión de Servicios de Salud. Integrante del equipo técnico del Departamento de Planificación de Recursos Humanos en Salud (Dempe-sa)/Junta Nacional de salud (Junasa) del Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguay. aoviedo@msp.gub.uy

⁶ Licenciado en educación. Asesora Pedagógica contratada del Departamento de Planificación de Recursos Humanos en Salud (Dempe-sa)/Junta Nacional de salud (Junasa) del Ministerio de Salud Pública (MSP) – Montevideo, Uruguay. lbianchi@msp.gub.uy

RESUMEN El presente artículo da cuenta del proceso de diseño, implementación y resultados de la experiencia de capacitación incluida en los convenios tripartitos para el sector de la salud y asociada al cumplimiento de metas asistenciales (en los Acuerdos Colectivos tripartitos referentes a Administración de los Servicios de Salud del Estado – Asse del 2016; y en los acuerdos Colectivos tripartitos Grupo 15 ‘Servicios de Salud y anexos’, subgrupo ‘Salud General’ del 2015). Para la primera edición 2016 se adoptó la modalidad de Seminario *on-line*, autogestionado, participando del mismo unos 59.731 trabajadores, correspondiendo al 3.4% de la población económicamente activa según cifras del Banco Mundial publicadas para el 2016, dando por ello gran transcendencia a esta experiencia. En el artículo se describe el proceso para definir el diseño curricular (finalidad, objetivos, resultados esperados y metodología), la cobertura alcanzada y los resultados obtenidos, así como el nivel de satisfacción según las dos encuestas aplicadas al inicio y al final del curso. Finalmente, se presentan las conclusiones sobre la experiencia.

PALABRAS-CLAVE Educación continua. Competencia profesional. Brecha digital. Sistemas de salud. Tecnología.

ABSTRACT *This article gives an account of the process of design, implementation and results of the training experience included in the tripartite agreements for the health sector, associated to the fulfillment of health care goals (in the tripartite Collective Agreements concerning the Administration of the State Health Services – Asse 2016; and in the tripartite Collective Agreements Group 15 ‘Health Services and Annexes’, subgroup ‘General Health’ of 2015). For the first 2016 edition, the online seminar mode was adopted, self-managed, taking part about 59,731 workers, corresponding to 3.4% of the economically active population according to the World Bank, which gives great importance to this experience. The article describes the process to define the curricular design (purpose, objectives, expected results and methodology), the coverage achieved and the results obtained, as well as the level of satisfaction according to the two surveys applied at the beginning and end of the course. In the end, the conclusions about the experience are presented.*

KEYWORDS *Continuing education. Professional competence. Digital divide. Health system. Technology.*

Introducción

A partir del 2005 en Uruguay comenzó a desarrollarse una reforma del sistema de salud, derivando ésta en importantes cambios institucionales, en la forma de financiamiento y en el fortalecimiento de los roles de regulación y rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP). Entre los principales objetivos de la reforma deben destacarse la necesidad de garantizar el acceso universal, el brindar atención integral en salud a toda la población, el lograr niveles de accesibilidad y calidad homogéneas, y el garantizar la justicia distributiva en el financiamiento del gasto en salud y la sostenibilidad del sistema.

A efectos de impulsar el cambio del modelo de atención y de mejorar los servicios de atención, promoción, prevención y rehabilitación, a la capacitación de los recursos humanos a su relación con el primer nivel de atención se les ha dado prioridad en la Reforma de la Salud en Uruguay.

La composición, distribución y calificación del personal de la salud determinan en gran medida el desempeño del sistema en su conjunto. Gran parte del éxito o fracaso de las políticas sanitarias depende de las aquellas que se adoptan en esta materia. El acceso a los servicios sanitarios es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de la población e incide directamente en los niveles de equidad de la sociedad en su conjunto. Una disposición y afectación equitativa del personal de salud, que a su vez contemple las dimensiones de formación, movilidad, capacidades, motivación y empatía para la atención de la salud de las poblaciones más desatendidas, fortalece la cohesión social.

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la formación continua y la promoción profesional son elementos indispensables para el desarrollo de competencias y para mejorar el desempeño del personal de la salud. Este tipo de actividades no sólo permite la

actualización y desarrollo de los conocimientos y aptitudes, sino también ofrece la posibilidad de establecer redes de trabajadores y de reducir la sensación de aislamiento social y profesional (OMS, 2011). De la misma manera, las actividades de formación continua deben atarse a incentivos que atiendan a una efectiva mejora de las prácticas del personal para que no se conviertan en un factor de frustración de los trabajadores de la Salud implicados (OMS, 2008). Es importante que se pueda acceder desde el lugar donde se reside y trabaja a programas de formación continua y promoción profesional. El uso de métodos de educación a distancia y de tecnologías de la información, junto con contenidos adaptados a las necesidades y prioridades específicas de los servicios de salud implicados, es un medio eficaz para la retención del personal de la Salud en las zonas sub-atendidas (URUGUAY, 2011).

Un buen diseño de un programa de educación permanente implica tener en cuenta sus relaciones con la gestión organizacional para incrementar la eficacia y el impacto de estas intervenciones. La educación permanente relativa al proceso de trabajo en salud debe de estar orientada a incidir directamente sobre la calidad de los servicios y finalmente sobre la situación de salud de la población. *Revista Ibero-Americana de Educação* n° 52 (SABÁN, 2010).

Los cambios laborales producto de la reforma de la salud justifican la adopción del enfoque de competencias para la capacitación de los trabajadores del sector. En varios documentos (OPS, 2008; URUGUAY, 2014; VARGA; IRIGOIN, 2002) se explica la adopción de este enfoque en la formación en la salud, considerando su definición como un concepto pertinente a los requerimientos actuales para la gestión de recursos humanos en tanto permite una buena articulación entre gestión, trabajo y educación.

En el diseño de un itinerario formativo para el trabajo, los objetivos de la capacitación y del trabajo requieren

articularse adecuadamente y el diseño basado en un enfoque de competencias facilita esa articulación. Esto es posible porque los objetivos, las metas de aprendizaje, las capacidades de ingreso y el perfil de egreso se vinculan a través de las competencias establecidas en cada uno de estos aspectos.

Diseño e implementación de la Propuesta de 2016

En la última ronda de negociación colectiva (2015) del subsector privado de la salud, los trabajadores¹, los empresarios y el gobierno acordaron promocionar la capacitación a través del pago de una partida salarial variable. Con ello, los acuerdos alcanzados en la negociación del ámbito público (Asse)² incluyeron cláusulas similares, alcanzando estos incentivos casi todo el universo de trabajadores del sector. No obstante que diariamente algunas instituciones y trabajadores realizan esfuerzos personales y colectivos de capacitación, esta innovación representa una oportunidad de incorporar a aquellos trabajadores que por distintos motivos no han tenido acceso a la misma. Por lo tanto, estos cursos han sido concebidos como una buena iniciativa para el desarrollo de programas de capacitación continua en el sector.

Además del establecimiento de la partida, los acuerdos del subsector privado incluyeron, por una parte, cláusulas por las cuales se responsabiliza al Poder Ejecutivo respecto a garantizar la implementación de los mismos y, por otra parte, previeron instancias de participación tripartita como ámbito decisorio de todo el proceso. En función de estas competencias asignadas al Poder Ejecutivo, el equipo de trabajo designado por el MSP elaboró un documento – aprobado por la Comisión tripartita – definiendo los ejes de capacitación para ser realizados en los próximos tres años. Los mismos se basaron en los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) del período 2015-2020³ e incluyeron 3 ejes

longitudinales⁴ y cinco ejes transversales⁵. Los contenidos de los ejes longitudinales permitieron establecer prioridades temáticas a ser contempladas en diversos cursos y para distintos perfiles de trabajadores, esperando su implementación en años posteriores⁶. Los contenidos de los ejes transversales abarcaron la capacitación de todos los trabajadores del sector para el año 2016.

El financiamiento del Seminario de 2016 fue asumido en su totalidad por el MSP con un costo promedio de entre 3 y 4 dólares americanos por participante⁷.

Características generales del Seminario

Para el 2016 se desarrolló un Seminario cuyo contenido tuvo como población objetivo a todos los trabajadores afectados por los convenios. Esto implicó un desafío significativo dado la heterogeneidad de perfiles que existen en el sector. El Seminario comprendió la presentación y explicación de los conocimientos de los 5 ejes transversales.

Al ser una única propuesta para todos los trabajadores, el diseño curricular previó incorporar estos conocimientos adoptando el concepto de capacidades transversales, esto en referencia al conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes de ‘amplio alcance’ necesarios para un desempeño competente y acorde al nivel requerido en el empleo. Dichas capacidades se involucran en distintas clases de tareas que se desarrollan en situaciones diferentes, por lo que resultan ampliamente generalizables y transferibles a distintas actividades. En consonancia con esta orientación, se propuso promover las siguientes capacidades transversales en los trabajadores de la salud:

- Capacidades en el uso y manejo básico de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) con énfasis en manejo de herramientas de capacitación a distancia.

¹ Trabajadores médicos y no médicos.

² Administración de Servicios de Salud del Estado.

³ Los OSN constituyen la hoja de ruta general a seguir hasta el 2020 para afrontar los principales problemas de salud de la población. Estos problemas fueron priorizados según criterios de magnitud y relevancia. <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/LIBRILLO%20OBJETIVOS%20NACIONALES%20imprensa.pdf>.

⁴ A saber: 1- Calidad en la atención sanitaria; 2- Políticas y estrategias de promoción de salud y acceso y 3- la atención de salud en el curso de vida.

⁵ A saber: 1- Fundamentos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), 2- Seguridad del Paciente 3- Bioética, 4- Uso racional de recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y 5- Cultura de trabajo.

⁶ En el 2017 se están implementando los siguientes cursos: El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud, Gestión Aplicada, Gestión Clínica, Organización del Tiempo y el Espacio del Trabajo en Salud, Sistemas de Información y Uso de Tics en Salud, Calidad y Seguridad del Paciente en el SNIS. Cada uno de estos cursos incluye un módulo transversal común relativo al trabajo en salud con enfoque en calidad de vida.

⁷ A fin de estimar el costo promedio por participante se consideró el criterio de las horas de los trabajadores de distintos sectores del MS más las contrataciones que se debieron realizar para la elaboración de materiales y virtualización.

- Capacidades básicas involucradas en la generalidad de los procesos que inciden en la calidad de los servicios de salud y que favorecen estilos de vida y entornos saludables.

Por ser una capacitación de personal en servicio, el foco de los contenidos a trabajar estuvo orientado por los conocimientos teóricos y prácticos vinculados a su desempeño en el trabajo. En este sentido, el itinerario formativo contó con una propuesta de actividades y recursos vinculados a problemas o necesidades en que esas capacidades están involucradas en las situaciones concretas de trabajo y que tienen incidencia en la mejora de los procesos de atención en el sector.

Estructura del Seminario

El Seminario tuvo una modalidad virtual, autogestionada, con una duración total de 10 horas, de las cuales 6 se realizaban en horario de trabajo y se consideraban obligatorias para el acceso a la partida salarial anual variable, y las restantes 4 horas opcionales y de ampliación de las anteriores.

El mismo incluyó un módulo de familiarización del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y de la Plataforma Virtual y 5 unidades temáticas:

- (1) Fundamentos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS);
- (2) Introducción a la Bioética;
- (3) Calidad y Seguridad del Paciente en el SNIS;
- (4) Uso racional de recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; y
- (5) Cultura de Trabajo.

El contenido de cada unidad temática se desarrolló en dos modalidades: clase

obligatoria y clase opcional. La suma de las horas previstas para las clases obligatorias se correspondía con 4 de las 6 horas totales de capacitación. Las 2 horas restantes se contemplaron para el módulo de familiarización en TIC y en la plataforma Moodle. Las clases opcionales comprendían un total de 4 horas de curso, estando diseñadas contemplando la complementariedad y profundización de los contenidos de la clase obligatoria.

El hecho de que fuera un curso virtual auto-gestionado hizo necesario facilitar la gestión autónoma del trabajador, siendo indispensable entonces que el itinerario formativo fuese claramente explícito de manera que el trabajador pudiera desarrollar su capacidad independiente de aprendizaje, conocer sobre su propio proceso e ir realizando los ajustes que sintiera necesarios.

Al adoptar el concepto de competencia para el diseño de un itinerario formativo se esperaba hacer evidente si una persona es capaz de desplegar ciertas habilidades o conocimientos frente a una actividad, principalmente cuando se fundamenta en superar la división entre la teoría y la práctica. Por tanto, el énfasis estaba puesto en la capacidad de poner en acción un conjunto de capacidades cognoscitivas que le permitiesen al sujeto lograr la mayor eficacia para enfrentar situaciones concretas. En otras palabras, con el diseño de un itinerario formativo de integración de conocimientos en forma contextualizada, fueron diseñadas propuestas para que el sujeto pudiese verificar cómo la adopción de ciertos modelos de acción le facilitaba el alcanzar la resolución de situaciones. Esto implicaba orientar y promover la enseñanza a partir de capacidades meta-cognitivas que habilitan al sujeto a concebirse como agente de iniciativas y autorregulador de su propio proceso de aprendizaje.

Siendo así, este énfasis implicó una serie de definiciones previas para la elaboración del itinerario formativo:

- diseño multiplataforma para garantizar el

acceso desde múltiples dispositivos. Entre otras ventajas, ello hacía posible promover el uso de los propios dispositivos móviles (metodología BYOD, 'bring your own device');

- actividades basadas en la resolución de problemas o el estudio de casos;

- recursos diversos en soportes variados, incluyendo, entre otros, videos y narraciones de historias atrayentes sobre temas de interés de todos y de los que todos pueden intercambiar opiniones e ideas;

- diseño de actividades de autoaprendizaje y autoevaluación que acompañen el proceso de incorporación de conocimientos, principalmente contrastando experiencias propias con las propuestas por el curso y los resultados percibidos en ese proceso con los esperados;

- uso del pensamiento visual mediante el empleo de imágenes relacionadas a través de buenas infografías, mapas conceptuales,

dibujos, gráficos dinámicos.

Esto incluyó:

- confección de videos en consonancia con lo trabajado con los referentes;

- relato de casos considerados de acuerdo a la temática, aplicados en forma de radio-teatro, tratando de acercar a una probable realidad;

- articulación de todo el Seminario con la introducción y los objetivos relatados por actores.

Resultados

El análisis de los resultados del Seminario para el subsector privado surge del procesamiento de datos recabados a partir de formularios auto-administrados aplicados a lo largo del Seminario. En el *cuadro 1* se sistematizan los tipos de instrumentos utilizados en dicho proceso:

Cuadro 1. Método de evaluación del Seminario y cuestionario de relevamiento de datos analizados

Tipo de evaluación	Método de evaluación
Evaluación inicial (demográfica y de expectativas)	Encuesta Inicial
Evaluación experimental (conocimientos previos y correctiva del itinerario)	Grupo piloto
Evaluación para el aprendizaje (seguimiento y retroalimentación)	Tareas de autoaprendizaje (auto-reguladoras)
Evaluación del aprendizaje y retroalimentación	Autoevaluación
Evaluación del Seminario (satisfacción)	Encuesta final

A su vez, para el análisis de las expectativas, del grado de satisfacción, de la calidad de los materiales utilizados, así como de otros aspectos del Seminario por parte de los trabajadores, se utilizaron los datos recabados en las dos encuestas que en el cuadro anterior son denominadas encuesta

inicial de expectativas y encuesta final de satisfacción⁸.

Caracterización por sexo y edad de los participantes

En la medida que el Seminario alcanzó un

⁸ Consideraciones metodológicas: En primer lugar, es importante recalcar que la forma en la que se implementaron los formularios permitía que las personas no respondieran al mismo o que respondieran más de una vez, implicando que el universo de personas que respondieron fuese menor a la cantidad de personas que comenzaron y/o finalizaron el curso, y, además, que en la base de datos existieran más de una respuesta por persona. Siendo así, metodológicamente se procedió a eliminar las repeticiones y trabajar con una sola respuesta. Dentro de las repeticiones se daban dos casos diferentes: aquellas personas que completaron el formulario más de una vez, pero que lo hicieron con un grado distinto de completitud en cada caso (en un formulario completaron más preguntas que en los restantes), y aquellas que respondieron la misma cantidad de preguntas en todas las repeticiones. En el primer caso se seleccionó el formulario con un número mayor de preguntas completas y en el segundo un formulario de manera aleatoria. Esto es lo que determina las diferencias en los valores de las 'Cantidad de formularios' y 'Cantidad de formularios sin repetición'. Por último, para definir el universo sobre el cual trabajamos, en el caso de la encuesta de expectativas se optó por el número de respuestas sin repetición y en el caso de la de satisfacción por el número de respuestas sin repetición de aquellas personas que además completaron el formulario de expectativas. De esta forma, en el caso de la encuesta inicial de expectativas trabajamos con 38.333 respuestas y en el de la encuesta final de satisfacción con 29.794 respuestas, representando 81% y 63% respectivamente del total de personas que finalizaron el Seminario.

importante grado de cobertura de los trabajadores del sector, los datos demográficos se condicen con los que en general se presentan en los informes de mercado de trabajo del mismo. La población que completó el formulario inicial está fuertemente feminizada (el 75% son mujeres) y se concentran entre los tramos de edad que van de 26 a 55 años (81,7%).

Cobertura del Seminario

A continuación, se presenta una sistematización de datos generales de cobertura, tomando como indicador el haber finalizado o no todas las unidades temáticas del Seminario. También se incorpora a esta sistematización los datos de los trabajadores capacitados por Asse (subsector público) (tabla 1).

Tabla 1. Resumen del proceso

Trabajadores Subsector Privado				
	Cupos disponibles	Inscriptos	No finalizaron	Total Finalizaron
Cantidad	55.250	54.115	6.595	47.520
Porcentaje		100,0%	12,2%	87,8%
Trabajadores Asse				
	Habilitados a realizar el curso	Finalizaron el Seminario por Asse	Finalizaron el Seminario por Sector Privado	Total Finalizaron
Cantidad	21.926	12.211	5.340	17.551
Porcentaje	100,0%	55,7%	24,4%	80,0%
Total de trabajadores que realizaron el curso por Asse o Sector Privado				59.731

Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de inscripciones y finalizados Moodle.

Nota: 'Finalizaron el Seminario por Sector Privado' refiere a trabajadores de Asse que realizaron el Seminario en el sector privado. En estos casos se revalidaba el Seminario para Asse.

⁹ Cabe aclarar que ambos acuerdos (subsector privado – subsector público) tenían tiempos diferentes para su cumplimiento y eso hizo que parte de los trabajadores de Asse optaran por realizar el Seminario con anterioridad de que se implementara la capacitación para el subsector público Asse).

¹⁰ Tasa de Eficiencia Interna puede ser entendida como la proporción de estudiantes que se titula en un año (t) en comparación a la matrícula nueva en el primer año (N). En este caso dicha proporción de titulación surge del número de trabajadores inscriptos al curso y el número de trabajadores que culminaron y obtuvieron el certificado, a su vez la tasa de abandono es el complemento de dicha proporción (proporción de trabajadores que no logró finalizar el Seminario).

Como se muestra en la tabla resumen de proceso, los porcentajes de culminación del Seminario según subsector son diferentes. Un 87,8% de los trabajadores del subsector privado lograron culminar la capacitación, mientras que para Asse dicho porcentaje se reduce al 80%. Los datos también muestran que un porcentaje de trabajadores de Asse (24,4%) optaron por realizar el Seminario en la plataforma del subsector privado⁹. Esto se debe, en primer lugar, al multiempleo existente en el sector salud y, en segundo lugar, a que las inscripciones al Seminario no tuvieron las restricciones referidas al lugar de trabajo más allá de la cantidad de cupos disponibles. Al no disponer de datos referentes al subsector público Asse que permitiesen

realizar un resumen evaluativo de algunos tópicos que configuraron el Seminario, haremos referencia solamente a datos del subsector privado.

Datos de participación, subsector privado

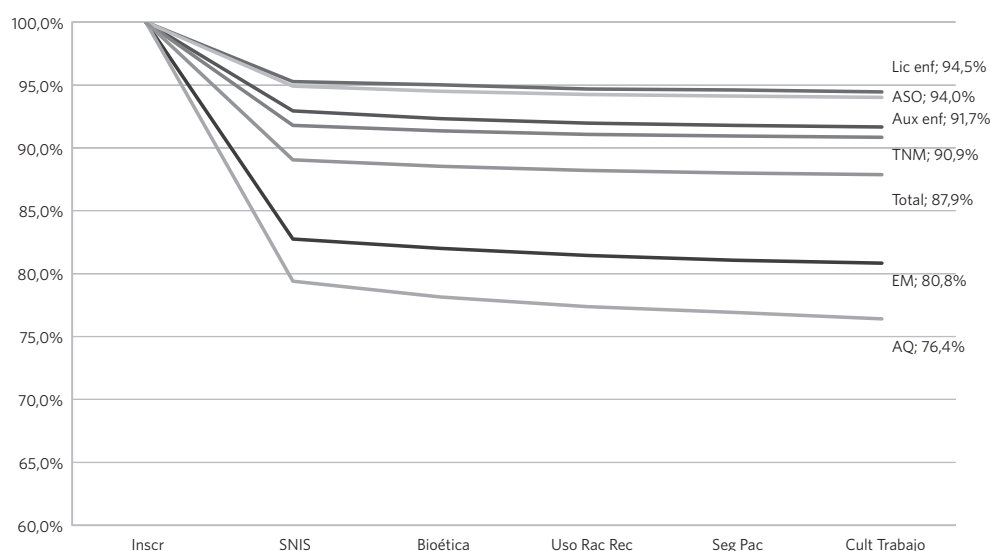
Como anteriormente se indicó, el 87,8% de los inscriptos finalizaron el Seminario. En términos de resultado educativo, se puede interpretar como positivo el nivel de culminación del curso, pues la tasa de eficiencia interna¹⁰ – como se suele denominar a este porcentaje de aprobación – es relativamente alta.

Para lograr la finalización del Seminario, los trabajadores deberían completar las 5

unidades temáticas obligatorias señaladas anteriormente¹¹. Los datos obtenidos a lo largo del proceso nos permiten realizar un análisis del abandono de los trabajadores a lo largo del Seminario. Este evento puede ser entendido como un proceso de desgranamiento, que no es

otra cosa que la pérdida de trabajadores (estudiantes) a medida que se avanza en el proceso educativo. El gráfico siguiente muestra el desgranamiento de trabajadores a nivel general y por categoría laboral en términos porcentuales (gráfico 1).

Gráfico 1. Índice de desgranamiento



Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de inscripciones.

Aux. enf. (Auxiliares de Enfermería) - Lic. enf. (Licenciadas/os en Enfermería) - ASO (Personal Administrativos Servicios y Oficinas) - TNM (Técnicos no Médicos) - EM (Especialidades Médicas) - AQ (Anestésicos Quirúrgicos).

El desgranamiento o pérdida de trabajadores por unidad temática obligatoria fue disminuyendo a medida que se avanzaba en la capacitación. A partir de estos datos se puede suponer que una vez que los trabajadores ingresaron al curso se mantuvieron interesados en el mismo, llegando en proporciones elevadas a completar todas las unidades temáticas obligatorias. Cabe señalar que dicho desgranamiento fue más pronunciado en el personal médico, acentuándose para el caso de los Anestésicos Quirúrgicos (AQ): del 100% de los inscriptos el 76,4% finalizó el Seminario.

En el gráfico también se puede observar

la tasa de eficiencia interna (porcentaje de trabajadores que lograron finalizar el Seminario) según categoría laboral y, por ende, la tasa de abandono, ya que ésta puede ser entendida como el complemento de dicha proporción (proporción de trabajadores que no logró finalizar el Seminario). Una lectura resumida del gráfico permite inferir que son los trabajadores no médicos los que se encuentran por encima del promedio (87,9%) de finalización del Seminario y, por consiguiente, estos son también los que muestran una reducida tasa de abandono (que en ninguno de los casos alcanza al 10%).

¹¹ (1) Fundamentos del SNIS; (2) Bioética; (3) Uso racional de recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; (4) Cultura de trabajo; y (5) Seguridad del paciente.

Experiencia en cursos virtuales

Un dato importante recabado entre los trabajadores que completaron la encuesta inicial refiere la experiencia que estos tenían en cursos de modalidad virtual. En términos generales 75,4% de estos trabajadores nunca había participado en cursos virtuales y la experiencia en cursos virtuales es diferente según categoría laboral. Los Auxiliares de Enfermería y los trabajadores de Administración, Servicios y Oficios son los que indicaron en mayor proporción no tener experiencia en cursos virtuales: 8 de cada 10 de estos trabajadores nunca había participado en cursos de capacitación con modalidad virtual.

Nivel de expectativas en relación al Seminario

Los trabajadores mostraron tener expectativas altas en relación a la capacitación considerando la interrogante: 'en una escala gradual de 1 a 5, donde 1 es el valor más negativo y 5 el valor más positivo, ¿cuál es su expectativa en relación a este Seminario?' A nivel global 78% de estos Recursos Humanos en Salud (RHS) se posicionaron en los niveles 4 y 5, aunque cabe señalar que las expectativas sobre el curso eran mayores en el caso de los trabajadores no médicos en relación a los médicos.

En cuanto a la percepción de utilidad de la capacitación a recibir en relación a las tareas que desarrolla cada trabajador en su trabajo, se observa que a nivel general el 77% se posiciona o puntúa por encima de 3, queriendo decir con ello que dicha capacitación sería aprovechable para la labor que desempeña diariamente en su ámbito de trabajo.

Tiempo utilizado para realizar el Seminario

En la medida que el Seminario era básicamente auto-administrado y se realizaba en

horario de trabajo, resultaba relevante incorporar a la evaluación de su implementación la adecuación del tiempo disponible al desarrollo de los contenidos.

En proporciones casi iguales, los profesionales calificaron de suficiente el tiempo estipulado de 10 días corridos para realizar el Seminario. A nivel general más del 80% indicó que el tiempo fue suficiente, e incluso un 10,5% mencionó que dicho tiempo fue excesivo.

En relación al tiempo que les insumió a los trabajadores realizar el Seminario, 65,9% indicó haber realizado la capacitación en un tiempo estimado entre 1hs y 6hs, mientras que a 3 de cada 10 trabajadores le insumió más de 6 horas. En promedio, el tiempo destinado a la realización del Seminario fue de 6,6 horas, verificando de esta manera que la duración estimada del Seminario en horas fue adecuada.

Niveles de satisfacción con el Seminario

Al medir la satisfacción de los trabajadores con la calidad de los contenidos de cada unidad temática que estructuraron el Seminario, se infiere que para todas las unidades más de 8 de cada 10 trabajadores valoró la calidad por encima de 3. En la contestación a la interrogante: 'en una escala gradual de 1 a 5, donde 1 es el valor más negativo y 5 el valor más positivo, ¿cómo valora la calidad de los contenidos de cada unidad temática?', sobresalen las unidades temáticas de seguridad del paciente y bioética cuyos porcentajes acumulativos de valoración en 4 y 5 son los más elevados. En general, las cinco unidades temáticas fueron evaluadas con promedios superiores a 4.

En la tabla siguiente se presentan distintas dimensiones adicionales que permiten medir la satisfacción de los trabajadores con el Seminario. Exceptuando la pregunta vinculada al módulo de familiarización, en todos los restantes ítems más del 80% de los trabajadores los valoraron con un puntaje de 4 y 5 (*tabla 2*).

Tabla 2. Dimensiones para el análisis de la satisfacción

	1	2	3	4	5	Total	%>3
Indique si el módulo de familiarización le resultó aprovechable	1.4%	5.2%	19.4%	37.5%	36.6%	100.0%	74.0%
¿Cómo calificaría los materiales y documentos del Seminario?	0.2%	1.4%	12.5%	39.6%	46.2%	100.0%	85.8%
¿Los contenidos pueden ser un aporte para su trabajo?	0.4%	2.5%	14.6%	40.1%	42.4%	100.0%	82.4%
¿El lenguaje empleado en el Seminario resultó accesible?	0.2%	1.1%	9.0%	35.2%	54.6%	100.0%	89.8%
Valoración general de la metodología del Seminario	0.4%	2.3%	15.1%	42.7%	39.5%	100.0%	82.2%
Valoración global del Seminario	0.3%	1.1%	11.4%	45.3%	41.9%	100.0%	87.2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta de satisfacción.

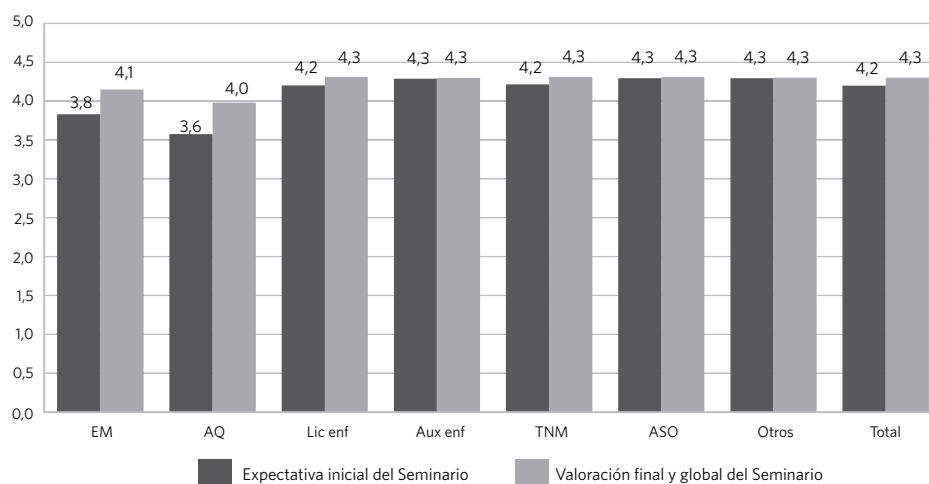
Evolución de las valoraciones del Seminario

El gráfico que sigue muestra en términos medios las expectativas iniciales expresadas por categoría de profesionales y la valoración global final del Seminario. Como se observa, aquellos trabajadores que habían expresado tener una expectativa inicial baja, al final del Seminario mostraron un cambio en su opinión. Un cambio que puede ser entendido

como positivo es el caso específico de los trabajadores médicos cuya valoración final del Seminario es, en promedio, más positiva que la valoración inicial.

Los licenciados en enfermería y los trabajadores técnicos no médicos también dejaron ver una valoración final superior a la inicial. Estos cambios quedan reflejados en la última columna del gráfico que muestra una leve mejoría en la valoración media final del Seminario en relación a las expectativas iniciales de los trabajadores (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Expectativas iniciales y satisfacción con el seminario por categoría laboral



Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas de expectativas y satisfacción.

Aux. enf. (Auxiliares de Enfermería) - Lic. enf. (Licenciadas/os en Enfermería) - ASO (Personal Administrativos Servicios y Oficios) - TNM (Técnicos no Médicos) - EM (Especialidades Médicas) - AQ (Anestésicos Quirúrgicos).

Por otra parte frente a la interrogante: ‘¿Recomendaría el curso a otros trabajadores?’, la casi totalidad de los trabajadores (97%) lo harían. En el caso de los trabajadores médicos, este porcentaje se reduce a 91% en las especialidades anestésico-quirúrgicas AQ y a 94% en las médicas EM.

Conclusiones

Las transformaciones globales en el mundo del trabajo, así como los desafíos para el sector salud por los cambios en el sistema, hacen necesario reformular las propuestas de formación y capacitación hacia un diseño basado en competencias. Estos tipos de diseños están orientados a generar aprendizajes vinculados a un desempeño competente, acorde a los requerimientos laborales sectoriales y a la integración de los trabajadores en la sociedad. El hecho de que el Seminario alcanzara una muy alta valoración general estaría confirmando la importancia de desarrollar un diseño curricular que contemplara la pertinencia de los contenidos a los requerimientos de desempeño y por ello la selección de un abordaje basado en el enfoque por competencias, observado este como un acierto.

En ese mismo sentido, tomando en cuenta que el diseño se orientó a desarrollar competencias transversales, un dato importante recabado entre los trabajadores fue el referido a su experiencia en cursos de modalidad virtual. Casi 8 de cada 10 trabajadores nunca habían realizado cursos virtuales. Esto refuerza la importancia de este Seminario como herramienta para la alfabetización digital, generando un nivel de manejo común de herramientas virtuales de aprendizaje que mejoran las capacidades de capacitación futura para el conjunto de los trabajadores de la salud.

La casi universalización de la capacitación permitió una acumulación relevante de información, presentándose la misma como

una oportunidad estratégica para analizar y diseñar propuestas de actualización de los RHS en todo el Uruguay. Los cambios promovidos y las transformaciones en las capacidades requeridas en el sector, hacen necesario establecer un sistema continuo de formación que requieren sistemas de monitoreo y evaluación sobre la actualización y las nuevas capacidades requeridas.

Un aspecto que suele observarse con insistencia en las evaluaciones de los cursos *on-line* es el desempeño de la tasa de abandono, siendo que por lo general se presenta alta. En este caso, dicha tasa alcanzó un valor que en comparación con otras capacitaciones similares es relativamente baja. De hecho, los estudios sobre abandono de cursos a distancia, semipresenciales o no presenciales, son muy recientes y por eso son pocas las publicaciones que pueden oficiar de referencia al respecto. De cualquier manera, se están haciendo algunas distinciones con respecto a si son cursos *on-line* masivos y abiertos como los Massive Open Online Course – Mooc, cursos universitarios o post-universitarios o cursos corporativos. En principio, algunos estudios muestran que existe una menor tendencia al abandono en estos últimos, principalmente cuando están asociados a cursos que motivan el sentimiento de pertenencia a un programa o institución, o cuando ese sentimiento existe previamente porque forman parte de un grupo de referencia preexistente. A su vez, entre los factores que se destacan para lograr cursos con menores tasas de abandono pueden mencionarse: una definición clara del programa, la utilización adecuada de material didáctico, el uso correcto de medios apropiados que faciliten la interactividad entre profesores y alumnos, entre alumnos y la capacitación de los profesores¹². En este sentido, las valoraciones de los trabajadores con respecto a los contenidos, materiales y el curso en general parecen confirmar esta tendencia.

Otro aspecto importante a destacar del Seminario es la posibilidad para todos los

¹² Citado en artículo sobre ‘Fatores de evasão em EAD no Brasil: o caso da UnisulVirtual’. Dr. Vianney, João y otros según estudio de Maia, Marta de Campos. La investigación revela un índice de abandono superior a la educación a distancia.

trabajadores del sector de acceder a materiales vinculados al Sistema Nacional Integrado de Salud, por lo cual constituye no solo una ventaja desde el punto de vista de la formación para el trabajo, dadas las implicancias de los cambios impulsados por la reforma de la salud, sino en su calidad de usuario del sistema, empoderándolo al democratizar la información sobre sus derechos.

La capacitación acordada a nivel de Consejo de Salarios implicó una serie de desafíos para el conjunto de los actores involucrados:

Por un lado, el MSP si bien asumió la responsabilidad de financiar e implementar el Seminario, la experiencia con la que contaba en la materia no refería a este tipo de capacitaciones auto – administradas, con una cobertura tan importante en términos de la cantidad de trabajadores a los que alcanzaba. En este sentido, esta experiencia significó para la rectoría la generación de capacidades propias tanto desde el punto de vista tecnológico – creando un campus de capacitación virtual propio – como del conocimiento, al capacitar a sus trabajadores e integrar personal con perfiles adecuados para la tarea.

Por otro lado, en la medida que el Seminario debía realizarse en horario de trabajo y abarcaba al conjunto de los trabajadores requirió un importante esfuerzo

de planificación para contar con un cronograma de réplicas (grupos) que le diera alternativas a los trabajadores de seleccionar la fecha que le era más adecuada. Por otro lado, desde el punto de vista de las instituciones les demandó un importante esfuerzo de coordinación y organización para evitar que se resintieran los servicios asistenciales, neutralizándose tal posibilidad pues al mismo tiempo se generaron aprendizajes y en algunos casos mejoras de infraestructura para futuras capacitaciones.

Por último, también existieron una serie de aspectos que facilitaron la implementación: la experiencia previa y el grado de madurez del tema de capacitación en la agenda de los actores involucrados, la concordancia entre los mismos tanto de los temas priorizados como de la modalidad de implementación, algunas señales de colaboración recíproca para la ejecución de lo acordado, una visión común de que la capacitación laboral propicia efectos positivos para el cumplimiento de objetivos compartidos.

En resumen, todos estos aspectos junto con la cobertura alcanzada son concluyentes alrededor de la idea efectiva de que la iniciativa generó la posibilidad de reposicionar la formación continua en el sector como una modalidad de intervención de enorme potencial dinamizador de los procesos de atención. ■

Referencias

- URUGUAY. Ministerio de la Salud Pública. *Distribución de los RRHH en Salud en el Uruguay*. 2011. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Distribuci%C3%B3n_de_los_RHS_en_el_Uruguay.pdf>. Acceso en: 2 oct. 2017.
- . Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. *Proceso para la certificación de competencias laborales*. 2014. Disponible en: <https://www.mtss.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=6444bf4b-c3be-4f6a-820c-b4637a0fd728&groupId=11515>. Acceso en: 2 oct. 2017.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud*. Prepublicación. Ginebra: OMS, 2008.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Manual de Medición y Monitoreo: indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud*. Washington, DC: OPS, 2011.
- . *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: “Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”*. Washington, DC: OPS, 2008.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Perfil del Sistema de Salud de la República Oriental del Uruguay: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington, DC: OPS; OMS, 2009.
- SABÁN, C. Educación permanente y aprendizaje permanente: dos modelos teórico-aplicativos diferentes, p. 203-230. *Revista Iberoamericana de Educação. Arte y Educación*, n. 52, 2010. Disponible en: <<http://rieoei.org/rie52.htm>>. Acceso en: 2 oct. 2017.
- VARGAS, F.; IRIGOIN, M. *Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones zen el Sector Salud*. Montevideo: Cinterfor, 2002. Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf>. Acceso en: 2 oct. 2017.
- VIANNEY, J.; LUPION, P.; FALCÃO DE BITTENCOURT, D. Factores de evasão em EAD no Brasil: o caso da UNISULVIRTUAL. In: DESERCIÓN en las instituciones de educación superior a distancia en América Latina y el Caribe. Universidad Abierta para Adultos (UAPA). Santiago: UAPA, 2009, p. 145-166. Disponible en: <[http://virtualeduca.org/documentos/observatorio/oevalc_2009_\(desercion\).pdf](http://virtualeduca.org/documentos/observatorio/oevalc_2009_(desercion).pdf)>. Acceso en: 2 oct. 2017.

Formación docente en servicio: una respuesta a las necesidades del sistema de salud

Teacher training in service: a response to the needs of the health system

María del Carmen Cadile¹, Kumiko Eiguchi²

RESUMEN El artículo presenta la experiencia argentina en el diseño e implementación del Curso Virtual de 'Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Herramientas y Estrategias Pedagógicas' realizado en cooperación técnica entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Campus Virtual de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud (CVSP/OPS) y dirigido a los responsables de la formación en servicio de especialistas del sistema de salud. El Curso constituye una iniciativa estratégica que busca apoyar la mejora de la formación de profesionales en las residencias médicas, con un enfoque de trabajo y de formación en equipo y en el marco del desarrollo de los servicios de salud. En este sentido, considera valioso compartir el proceso de construcción de una respuesta acorde con las necesidades del sistema nacional de residentes, donde la inclusión en el proceso de una variedad de actores representativos de la demanda, expertos en educación en servicio y una conducción institucional que sostuvo la iniciativa, produjo un desarrollo de calidad respondiendo a las necesidades de la docencia en servicio, recuperando la problemática de esta modalidad y rescatando el potencial que ofrece el ámbito del trabajo. El proceso educativo y la aplicación de las habilidades adquiridas para resolver los problemas en el entorno laboral, resultaron altamente valorados por los participantes. Teniendo presente que los profesionales de salud formados en esta modalidad tienden a la reproducción de las prácticas de los servicios, el Curso ofrece un proceso contracultural de aprendizaje activo, reflexivo, situado y permanente, considerando el potencial educativo del contexto de las prácticas profesionales y del trabajo en equipos de salud, apostando a su capacidad para ser agentes de cambio. Dado que 'desarrollar condiciones y capacidades de los Recursos Humanos en Salud (RHS) para ampliar el acceso y la cobertura, con equidad y calidad' es una de las tres prioridades de la Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal, aprobada recientemente en la XXIX Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, esperamos que esta experiencia sea una contribución al desafío que implicará para los países de la región cumplir con este objetivo.

PALABRAS-CLAVE Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Internado y residencia. Educación a distancia.

ABSTRACT The article presents the Argentine experience in the formatting and implementation of the Virtual Course of 'Teacher Training Tutorial for the Residency System. Pedagogical Tools and Strategies' carried out in technical cooperation between the Ministry of Health of the Nation and the Campus Virtual de Salud Pública/Pan American Health Organization (CVSP/Paho) and directed to the responsible for in-service training of specialists in the health system. The course is a strategic initiative that seeks to support the improvement of the training of professionals in

¹Psicóloga. Maestra en salud pública. Coordinadora técnica del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) - Buenos Aires, Argentina. marita.cadile@gmail.com

²Médica. Doctora en medicina. Subsecretaria de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de la Salud de la Nación (MSAL) - Buenos Aires, Argentina. drakumiko@gmail.com

medical residences, with a focus on work and training in team and within the framework of the development of health services. In this sense, it considers valuable to share the process of building a response that is in accordance with the needs of the national resident system, where the inclusion of a variety of actors representing the demand, experts in service education and institutional leadership sustained the initiative, produced a quality development in response to the needs of teaching in service, recovering the problem of this modality and rescuing the potential offered by the field of work. The educational process and the application of the acquired skills to solve the problems in the work environment were highly valued by the participants. Bearing in mind that health professionals trained in this modality tend to reproduce the practices of services, the course offers a countercultural process of active, reflexive, situated and permanent learning, considering the educational potential of the context of professional practices and of work in health teams, betting on their ability to be agents of change. Since 'developing Human Resources in Health (HRH) conditions and capacities to expand access and coverage, with equity and quality' is one of the three priorities of the Human Resources Strategy for Universal Health, recently approved at the 29th Pan American Sanitary Conference of the Paho, we hope that this experience will contribute to the challenge for the countries of the region to meet this objective.

KEYWORDS *Health Human Resource training. Internship and residency. Educacion, distance.*

Introducción

En Argentina, la residencia es la modalidad más elegida en el sector de la salud para acceder a la especialidad. Según el registro de profesionales del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) de 2.440 médicos que certificaron su especialidad entre 2009 y 2013, el 60% lo hicieron acreditando haber realizado una residencia (ARGENTINA, 2015).

La residencia configura un modelo particular para la formación de especialistas en el posgrado que se distingue por la posibilidad de una práctica intensiva y una inmersión en los servicios de salud. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: profundizar en un área de conocimientos y aprender el desarrollo del trabajo real (ARGENTINA, 2015).

Con una trayectoria de más de 70 años en el país, este régimen rentado, de tiempo completo con dedicación exclusiva y de aprendizaje

mediante la ejecución personal, bajo supervisión de actos profesionales de complejidad y responsabilidad creciente, es reconocido por los profesionales como 'el mejor sistema de formación de posgrado'.

En el país, la mayor parte de esta formación es financiada por los ministerios de salud provinciales y el nacional, también por las fuerzas armadas y de seguridad y por algunas universidades nacionales. El resto de la formación se realiza en el sistema universitario o en el sector privado bajo la modalidad de carreras universitarias.

Siendo así, la responsabilidad del Ministerio de Salud sobre este sistema de formación configura un desafío en donde la gobernanza y rectoría se orientan a cohesionar un sistema a través de la regulación, la orientación de la formación en línea con las necesidades sanitarias y la creación de estándares para evaluar la calidad de la formación y la acreditación de los procesos de

formación, respetando las autonomías locales. En este sentido, la creación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) (ARGENTINA, 2013) ha sido un importante avance en el tema que nos ocupa.

Entre las políticas generadas para mejorar la calidad de la formación de especialistas se viene desarrollando una propuesta educativa liderada por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, en cooperación con el Nodo Argentino del Campus Virtual de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud (CVSP/OPS) y el Proyecto de Recursos Humanos para la Salud del Área de Servicios de Salud de la Sede Washington (WDC).

La primera edición se puso en marcha en el 2013 desde el área del Educación Permanente en Salud del Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud (OFERHUS)¹. El Curso Virtual de 'Formación Docente tutorial para el Sistema de Residencias. Herramientas y Estrategias Pedagógicas' fue diseñado respondiendo a las necesidades de la formación de especialistas, integrando formación profesional y trabajo, modalidad no contemplada en las carreras docentes universitarias cuyos objetivos se alinean con las concepciones de la docencia de grado.

La adecuación entre la formación y la planificación de estrategias que den respuesta a los problemas de salud se trabaja como un proceso complejo que implica el cruce entre el conocimiento, los sujetos y las prácticas educativas. Por este motivo, atender a las nuevas demandas de formación y de capacitación en salud, teniendo en cuenta los cambios en las organizaciones del trabajo, exige pensar en contenidos y en perfiles educativos novedosos. Esto incluye una reflexión y una evaluación sistemática para definir las competencias adecuadas a la práctica.

Actualmente, la propuesta dispone de cuatro ediciones nacionales y varias adecuaciones para jurisdicciones y países de la región, contando con un importante número de participantes en cada convocatoria y siendo distinguida con la Mención Honorífica en el Congreso Latinoamericano en Educación de Residencias

(Lacre) del 2015, destacándose su condición de oferta de capacitación abierta y gratuita y como recurso público aplicado a la formación.

Es nuestra intención compartir la experiencia de estos años como un aporte al fortalecimiento de la calidad en la formación de especialistas en el país, teniendo presente que el tema de la formación de los recursos humanos de salud forma parte del debate actual de las agendas de los países de la región.

El trabajo previo: evaluación diagnóstica de las necesidades

El desafío que implicaba llevar adelante esta iniciativa suponía capacitar a los equipos en las 24 jurisdicciones del país, requiriéndose entonces una herramienta que permitiera ofrecer con equidad el acceso a los responsables de la formación en servicio.

En función de esta necesidad, se decidió impulsar una línea de cooperación técnica con el Campus Virtual de OPS/Organización Mundial de la Salud (OMS), que permitiera integrar la formación de los recursos humanos, el fortalecimiento organizacional y el desarrollo institucional.

Teniendo presente que formar perfiles profesionales adecuados a las necesidades sanitarias locales y en acuerdo con las políticas sanitarias implica siempre un esfuerzo para el sector salud que, aún con su trayectoria, la educación no constituye su responsabilidad primaria.

La planificación de la propuesta tuvo en cuenta las condiciones iniciales en términos de recursos físicos, materiales, masa crítica y financiamiento disponibles y requeridos para que el proyecto fuera sustentable. También se realizó el análisis de las necesidades de formación profesional y las planteadas por el mercado de trabajo; la definición del perfil de los destinatarios acorde con los objetivos del Sistema Nacional de Residencias del Ministerio

¹ El OFERHUS fue creado como área dependiente de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Resolución nº 1.775 - E/2016. Disponible en: <<http://www.msal.gob.ar/observatorio/index.php/institucional/observatorio-oferhus/que-es>>.

de Salud de la Nación; el diseño de las formas de participación, en las distintas instancias: de creación de la propuesta y el desarrollo, de la gestión de la formación por parte de los actores relevantes y de las jurisdicciones. Y la formulación de un sistema de evaluación periódica de los resultados del programa.

Entre las actividades que precedieron a la puesta en marcha del Curso, podemos destacar un Taller realizado por el equipo responsable del diseño en el marco de una reunión nacional de referentes de recursos humanos y capacitación de todas las jurisdicciones del país y las instituciones nacionales. Con esos actores representativos de la diversidad de programas de residencias del país, se relevaron necesidades, intereses, expectativas y problemáticas sobre las cuales sería necesario intervenir.

Esta actividad abrió un espacio de intercambio y debate sobre lineamientos generales elaborados por el equipo responsable del proyecto y, además, alrededor del relevamiento de los problemas más comunes a los que se enfrenta el tutor de residencia en el desarrollo efectivo de su rol. Se identificaron áreas de interés y núcleos problemáticos de esta modalidad y necesidades ligadas al conocimiento, el uso de diversas estrategias y las herramientas pedagógicas.

Los integrantes del taller realizaron su trabajo en grupos con consignas que referían a las distintas etapas. Estos grupos se reconocieron como parte del proceso y continuaron como grupo consultor acompañando el proceso de construcción el proceso de construcción.

Sintetizamos a continuación las conclusiones:

Sobre la formación en general:

- La necesidad de integración de los sistemas nacionales de capacitación para articular las prioridades y evitar la superposición de objetivos;
- la prioridad de generar una agenda única de capacitaciones;
- la importancia de la elaboración del diseño

de políticas de capacitación como un lineamiento político, abordando la superposición entre la nación y lo local;

- la relevancia de articular con el sector educación para alinear objetivos de la formación de postgrado en salud.

Sobre la Gestión del Curso:

- La consideración y prevención de la disposición y organización de los tiempos de los destinatarios (profesionales en servicio con mucha carga de trabajo asistencial);
- la evaluación de los recursos tecnológicos;
- la definición de los criterios para el proceso de selección de los destinatarios;
- la asociación entre la gestión política local y la gestión operativa del Curso para la selección y el seguimiento;
- la distribución de vacantes: realizando una adecuación entre la cantidad de residencias de cada jurisdicción para otorgar los lugares;
- la realización de acuerdos para que se otorgue un tiempo para realizar la actividad dado que 'son personas que trabajan a tiempo completo y tal vez en sus empleos no les den un tiempo para hacer las actividades del Curso'.

Sobre el diseño y la formulación de 'casos problemas':

Fue sugerida la realización de una consulta general a los jefes de residentes e instructores para conocer los problemas, concretos y reales, con los que se enfrentan todos los días. De cualquier manera, el grupo enumeró los problemas más frecuentes o típicos:

- los residentes no conocen el programa;
- no conocen la estructura docente;

- que están solos en el hospital en las guardias;
- que no tienen tutores con los cuales referenciarse;
- de maltrato, guardias como castigo, ‘supervivencia del más apto’;
- los temas del rigor como forma de aprender.

También fue mencionada la naturalización de estos procesos que ocurre cuando el residente, estando ya en tercer año, considera estas cuestiones como ‘normales’, además, y en consecuencia, la replicación de los instructores de la experiencia que ellos vivieron en su residencia al momento de ser instructores.

Sobre estrategias pedagógicas:

‘La mayoría de los instructores no tiene formación docente y utilizan las estrategias que históricamente se usan en el servicio’. En función de este problema, se propone que el Curso brinde una amplia gama de estrategias y la orientación conceptual sobre la pertinencia para aplicar al campo de la residencia.

La necesidad de una reflexión sobre los procesos y prácticas que se realizan a diario, señalándose la importancia de herramientas tales como las dinámicas grupales y la utilización de otros recursos no habituales como, por ejemplo, videos, películas, bibliografía no médica.

La indicación más señalada fue la de la necesidad de la evaluación. Al igual que en las estrategias pedagógicas, el grupo concuerda destacando que sería importante que se ofreciera una variedad de instrumentos (técnicas) y estrategias puesto que ‘la técnica más utilizada es la evaluación por opciones múltiples (*multiple choice*)’ desconociéndose otras formas alternativas. Los instructores deberían conocer sus ventajas, desventajas y ‘en qué ocasión serían pertinente utilizarlas’.

Complementariamente se consideró importante que en la evaluación contemplara actitudes, procesos, teorías y prácticas.

Y la necesidad de sistematizar la evaluación diaria que se realiza del residente:

‘Habitualmente se registran conductas cuando se busca sacar a un residente del servicio, pero no es una práctica habitual el escribir el desempeño de los residentes’.

Finalmente coincidieron en que ‘la concepción de evaluación está relacionada solo con el final de un proceso’.

El taller permitió definir los objetivos en los que se focalizaría la propuesta:

- Comprender a la formación profesional como un proceso de aprendizaje activo, reflexivo, situado y permanente, considerando el potencial educativo del contexto de las prácticas profesionales y el trabajo en equipos de salud;
- construir el rol del docente de residencias, integrando la problematización de las prácticas, la asistencia, los desafíos éticos y la investigación;
- conocer estrategias y dispositivos pedagógicos claves para el fortalecimiento de los procesos de formación en las residencias;
- desarrollar capacidades para la programación, el desarrollo, el seguimiento y la evaluación de la formación.

Taller de validación de expertos

Una vez consolidada la propuesta, se sometió a consideración en un taller realizado en la Representación Argentina de OPS/OMS con la presencia de la Asesora en Desarrollo de Recursos Humanos. Proyecto de Recursos Humanos para la Salud del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OPS WDC, del equipo pedagógico responsable del diseño y de los funcionarios del Ministerio que impulsaban la iniciativa².

Luego de la revisión de estructura, recursos y contenidos el grupo coincidió en que se trataba de una propuesta sumamente

² Dra. Rosa María Borrell Bentz (Opas), Dra. María Cristina Davini, Lic Gabriel Listovsky, Dra. Isabel Duré e Mg. Marita Cadile.

relevante, pertinente y necesaria tanto para el país como para la región.

Y en función de la optimización de la propuesta se plantearon algunas sugerencias y recomendaciones:

Así, la importancia de dedicar en el primer módulo un espacio centrado en la contextualización de las residencias.

Si bien los aspectos netamente pedagógicos resultan fundamentales en este Curso no podemos dejar de lado ofrecerle al participante la posibilidad de contextualizar su realidad. Qué ocurre con las residencias en la región y en el país. Qué pasa con los sistemas de salud, qué lugar ocupan los mercados de trabajo, qué relación hay entre las orientaciones de los sistemas de salud y la formación, etc. (Testimonio de participante).

Igualmente, la búsqueda de estrategias para ofrecerle al participante la posibilidad de vincular su realidad con lo que está ocurriendo en el contexto nacional, regional e internacional (los sistemas de salud y su vinculación con la formación de residentes).

Y la sugerencia en la dimensión institucional de un foco en el proceso de formación, pero sin perder de vista el contexto que lo favorece u obstaculiza, debatiéndose sobre la capacidad formadora de los servicios y sobre las condiciones que deberían tener para ser sede de residencia.

En relación con el tema de las ‘estrategias’ se realizó una reflexión acerca de la tensión entre trabajar con el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y la perspectiva de problematización de las prácticas. La sugerencia fue que la estrategia ABP está más ligada al aprendizaje en el grado, mientras que en la residencia se debería poder explotar más la perspectiva de problematización de las prácticas cotidianas y el análisis de casos reales y concretos ligados a la actividad diaria de la residencia. En este sentido, sería valioso fortalecer el análisis de los ateneos, las discusiones bibliográficas, los pases de sala, en otras palabras, del cómo fortalecer el valorar desde la perspectiva formativa/pedagógica dispositivos de los tradicionales de la residencia.

Por último, un tema destacado fue la definición del perfil de los tutores señalándose la necesidad de contar con profesionales que más allá de su disciplina de origen tuviesen una amplia experiencia en el sistema de residencias (docencia, coordinación, gestión, formación, etc.)

El diseño y la implementación

La elección de un enfoque educativo determina la congruencia entre los propósitos y los problemas o necesidades de las prácticas y entre éstos y el perfil de los participantes. En este sentido, la decisión de utilizar el CVSP OPS/OMS descansó en que “la intención educativa se dirige a apoyar la transformación de las prácticas sanitarias y no a un mero ejercicio académico o técnico” (OPS, 2013, p. 10).

En el mismo sentido, el modelo propicia que los participantes puedan tomar decisiones y formular proyectos y alternativas de intervención potencialmente utilizables en contextos locales de trabajo. Para ello es importante favorecer el desarrollo de actividades de lecturas reflexivas, de análisis de situaciones, experiencias, casos, la solución de problemas y la problematización de prácticas complejas, motivando también que el aprendizaje en red vehiculizara esta transformación e impulsara a la formación de comunidades de práctica.

Definición de objetivos en el marco del Modelo educativo

De acuerdo al diagnóstico de expectativas y consultas con expertos se estableció que el objetivo general del Curso fuera ‘brindar formación pedagógica, de programación y gestión de las residencias en servicio, con el apoyo de las tecnologías de información, comunicación y aprendizaje’. De esta forma se buscaba superar la visión tradicional que asigna la función

docente exclusivamente a quienes enseñan en el marco de una clase, reconociendo el potencial educativo de los contextos de prácticas y el papel de formador a quienes orientan, organizan y acompañan a los residentes en los servicios de salud en distintos niveles de responsabilidad.

Desde este marco se entiende a la formación como un proceso de largo alcance que acontece en la resolución de los problemas que plantean las prácticas cotidianas en los servicios de salud, resaltando que en el ámbito de los servicios, en la interacción con el equipo de salud, no sólo se aprenden conocimientos y prácticas, también se construyen las bases del comportamiento profesional con efectos duraderos.

El enfoque conceptual procuró articular tres instancias en la dinámica del Curso: la reflexión activa sobre las prácticas, la transmisión de conocimiento especializado y, por último, la reconstrucción activa del conocimiento.

En este contexto se diseñaron actividades para propiciar la reflexión activa sobre las prácticas a través de la indagación, la observación de casos y situaciones, el análisis de datos del servicio, la búsqueda de relaciones. Ello para que el participante pudiera poner en juego y reelaborar sus propios conocimientos y lograra reflexionar críticamente sobre su propio quehacer.

Como no todo el conocimiento se construye, también se pensaron etapas de transmisión de información: cajas de herramientas con bibliografía, marcos normativos de la especialidad, reglamentos y regulaciones de las prácticas, videos con exposiciones de referentes del tema, discusión de investigaciones, sitios web referidos a la problemática.

Por último, las actividades se orientaron a la reconstrucción activa del conocimiento: a partir de las fases del proceso anterior se propone a los participantes construir actividades para formular mejoras de las prácticas de su entorno laboral; por ejemplo, retribuir sus propios programas con ajuste a la realidad cotidiana.

El diseño del programa del Curso, finalmente, quedó constituido por cuatro módulos, con guías y bibliografía seleccionada y estrategias que tenían la función de reforzar el aprendizaje

activo, colaborativo y grupal de los participantes, siempre guiados por tutores. A continuación, se sintetizan las etapas y objetivos:

Módulo 1: Las residencias como ambiente de formación donde se trabaja: la potencialidad educativa de los contextos de las prácticas; las residencias en la formación en salud; el aprendizaje como proceso de construcción activa y colaborativa; los roles docentes formadores: profesores, instructores y tutores; el concepto de educación permanente en servicio.

Módulo 2: Estrategias pedagógicas para las residencias del equipo de salud: en este módulo se realiza una problematización de las prácticas, se reflexiona sobre la formación en el trabajo en equipo y se propone al docente como orientador del aprendizaje individual y grupal y a las tutorías como modalidad docente que acompaña al residente en su espacio de trabajo.

Módulo 3: La programación y gestión de un proyecto educativo en las residencias: en esta etapa del Curso se trabaja la programación como dispositivo organizador de los propósitos y procesos de formación, se realizan actividades orientadas a pensar la articulación e integración de instancias de formación: los espacios de prácticas profesionales, seminarios, ateneos, debates y conferencias, y, finalmente, se introduce el concepto de gestión para visibilizarla en el proceso de formación.

Módulo 4: El seguimiento y evaluación: evaluación de los aprendizajes profesionales, los distintos conceptos de evaluación, formativa y sumativa, acercando a la par estrategias e instrumentos de evaluación para los jóvenes profesionales. El objetivo es comprender la evaluación como instrumento de mejora del programa.

La actividad final de Integración: los participantes compartirán sus aprendizajes y propuestas en un portfolio con el fin de sistematizar la experiencia y llevarla a sus contextos de actuación y en sus niveles de responsabilidad.

Equipo docente

El equipo seleccionado contó con 12 profesio-

nales de salud y pedagogos con experiencia docente, acreditada formación en el campo de la educación virtual y antecedentes de gestión o docencia en servicio. Asimismo, los responsables del diseño formaron parte de un equipo de coordinación académica y operativa.

El balance de este equipo interdisciplinario se debió en gran medida a que en la selección se tuvo en cuenta la dimensión federal, en consecuencia, la mitad del equipo estuvo constituida por profesionales de las distintas regiones del país.

El equipo participó de un taller de capacitación donde se trabajaron los objetivos de cada módulo, la modalidad de la tutoría, la importancia del modelaje a través del rol que ejercerían durante el Curso, los criterios de seguimiento y evaluación. El rol docente se orientó a producir ‘conocimiento significativo’ (DAVINI; ROSCHKE, 1994), vale decir, que el conocimiento que se recibe o que se construye tenga valor para la acción, para la transferencia a las prácticas laborales/profesionales y para la mejora de los servicios de salud.

Gestión de la propuesta

La implementación del Curso requirió de un trabajo de programación que incluyó diversas etapas, entre ellas destacamos la organización de la difusión de la propuesta, los acuerdos con los referentes locales para que realizaran la selección de los participantes en torno a sus equipos de residencias, la convocatoria y la inscripción de los participantes.

Se estableció un cupo por jurisdicción de 6 vacantes orientando a que seleccionaran pequeños equipos de cada residencia. Esto generó equipos interdisciplinarios con diversos profesionales de los grupos de salud.

En el marco de cooperación y entendiendo que el Curso respondía a una necesidad de toda la región, la OPS/OMS solicitó vacantes para incorporar participantes de otros países. Aprobada por el ministerio esta solicitud, el equipo responsable de la gestión

operativa articuló con las Representaciones Locales de OPS/OMS la inscripción de participantes de distintos países de las regiones de Centroamérica, Andina y del Cono Sur.

Evaluación de los participantes y acreditaciones

La propuesta incluyó tres instancias de evaluación para los participantes: una encuesta inicial sobre expectativas, una autoevaluación de proceso promediando el Curso y una encuesta final.

Con el fin de acreditar la propuesta se presentó el programa del Curso a evaluación del Instituto Nacional de la Administración Pública (Inap)³ quien lo aprobó y le otorgó 128 créditos para las carreras⁴ de los profesionales que trabajan en el sector.

A su vez, cada edición reporta un informe de su desarrollo y de sus resultados al CVSP/OPS. La certificación de la actividad a los participantes es conjunta entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud, Representación Argentina.

Ediciones del Curso de formación docente tutorial: algunos datos relevantes

La primera edición del Curso se realizó en 2013 sobre la plataforma del Campus Virtual de OPS/OMS Nodo Argentino. En las sucesivas ediciones, la respuesta a la convocatoria tenderá a sostenerse e incrementarse en varias jurisdicciones. En la tercera edición se realizó un convenio con una provincia para financiar un tutor docente que permitiera incluir veinte vacantes de su territorio.

En el marco de la cooperación con OPS/OMS en las primeras tres ediciones cursaron 30 participantes de diferentes países de la región.

³ El Inap es el órgano rector de la capacitación del Estado y tiene entre sus competencias intervenir en el reconocimiento de la formación en la carrera de los servidores públicos. Para ello evalúa la contribución que realizan las actividades formativas en el desempeño laboral de los agentes, traducéndose en créditos de capacitación que reflejan el esfuerzo realizado.

⁴ Los créditos de capacitación se organizan en tramos formativos y permiten el ascenso en las carreras de los agentes.

Tabla 1. Formación docente tutorial para el sistema de residencias: estrategias y herramientas pedagógicas

	2013	2014	2015	2017	Total
Inscriptos	173	170	228	174	745
Matriculados	144	160	218	161	683
Aprobados	120	108	143	aún en curso	371*

Fuente: Elaboración propia.

* No están contabilizados los participantes aprobados en la edición 2017, dado que se encuentra en curso.

A continuación se presenta la distribución de vacantes en las ediciones nacionales realizadas:

Tabla 2. Nº de participantes por jurisdicción: Inscriptos, Matriculados y Aprobados 2013, 2014, 2015 y 2017

Jurisdicción	2013			2014			2015			2017		
	I	M	A	I	M	A	I	M	A	I	M	A
Buenos Aires	18	18	13	7	7	5	18	18	11	**	**	**
Caba	18	18	18	6	6	5	10	10	4	**	**	**
Catamarca	4	4	2	-	-	-	6	5	4	-	-	-
Chaco	5	5	5	8	7	4	4	4	3	9	8	-
Chubut	3	3	-	5	5	3	8	6	3	9	8	-
Córdoba	5	5	4	1	1	1	3	3	2	3	3	-
Corrientes	6	6	6	5	5	5	9	8	6	2	2	-
Entre Ríos	2	2	2	-	-	-	-	-	-	10	10	-
Formosa	3	3	3	3	2	1	5	5	3	4	4	-
Jujuy	6	6	4	11	10	9	19	17	8	10	7	-
La Pampa	5	5	2	-	-	-	5	5	0	1	1	-
La Rioja	2	2	2	3	3	0	3	3	2	7	7	-
Mendoza	1	1	-	4	4	2	4	4	3	-	-	-
Misiones	12	12	4	-	-	-	2	1	1	7	5	-
Neuquén	4	4	3	24	24	18	23	22	18	8	7	-
Río Negro	6	6	3	14	13	8	6	6	2	8	8	-
Salta	3	3	3	4	4	4	7	7	5	7	6	-
San Juan	6	6	3	8	3	1	9	9	9	10	10	-
San Luis	10	9	4	7	6	4	12	11	7	4	4	-
Santa Cruz	4	4	4	4	4	4	11	11	9	10	10	-
Santa Fe	3	3	2	4	4	4	20	20	16	5	5	-
Sgo del Estero	4	4	3	4	4	3	6	5	3	5	5	-
Tierra del Fuego	4	4	4	6	6	5	2	2	0	8	7	-
Tucumán	4	4	1	4	4	2	6	6	2	2	2	-
Inst. Nacionales	3	3	1	23	23	10	(31)*	(31)*	(14)*	40	37	
Países Región	31	28	23	15	15	10	30	30	22	5	4	
Total	173	144	120	170	160	108	228	218	143	174	161	N/C

Fuente: Elaboración propia.

*2015 Participantes de Inst. Nacionales no se contabilizaron en forma discriminada, están incluidos en otras jurisdicciones.

**2017 No hay participación de Caba y Buenos Aires, ambas desarrollan versiones propias adaptadas del Curso.

Tabla 3. Distribución de participantes de países de la región: Inscriptos, Matriculados y Aprobados en 2013, 2014, 2015 y 2017

Extranjeros	2013			2014			2015			2017		
	I	M	A	I	M	A	I	M	A	I	M	A
Bolivia	-	-	-	-	-	-	4	4	2	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	-
Chile	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colômbia	-	-	-	-	-	-	3	3	2	-	-	-
Costa Rica	2	2	2	1	1	1	3	3	3	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	-	3	3	2	-	-	-
El Salvador	6	6	5	1	1	0	1	1	1	-	-	-
Guatemala	4	4	1	1	1	0	-	-	-	-	-	-
Honduras	2	2	2	2	2	1	8	8	7	-	-	-
Nicarágua	2	1	-	4	4	3	-	-	-	-	-	-
Panamá	5	3	3	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Paraguay	6	6	6	4	4	3	4	4	1	-	-	-
Peru	-	-	-	-	-	-	4	4	4	-	-	-
Rep. Dominicana	2	2	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Total	31	28	23	15	15	10	30	30	22	5	4	N/C

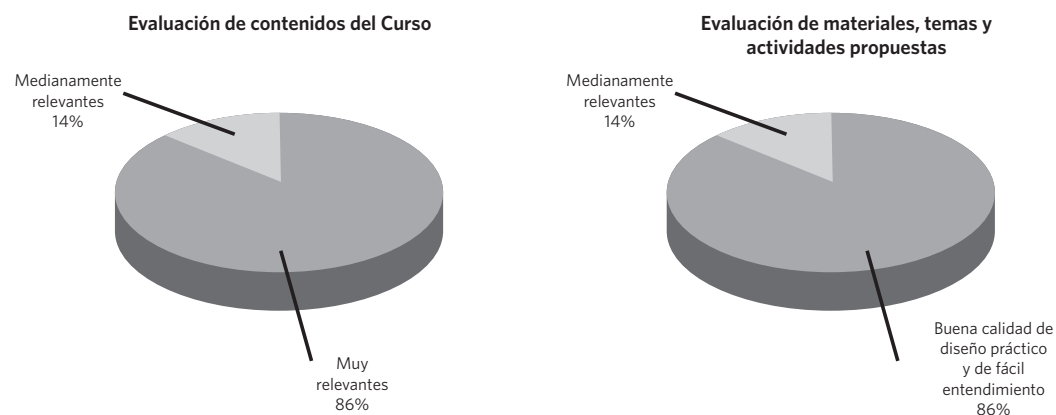
Fuente: Elaboración propia.

Las encuestas realizadas muestran que para 70% de los participantes el Curso era su primera experiencia de formación docente.

La sistematización de las encuestas de autoevaluación y de la evaluación final de los

participantes deja ver un grado alto (más del 80%) de satisfacción en relación con los contenidos, actividades, materiales y los foros de intercambio.

Gráfico 1. Resultados de la encuesta final realizada a los participantes del Curso, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Adecuaciones realizadas

Entre los objetivos del CVSP OPS/OMS se destaca la colaboración y la circulación gratuita de los recursos educacionales, estos principios, sostienen esta comunidad de práctica. En consecuencia, finalizada la primera edición se decidió ubicar el Curso en la categoría de 'recurso abierto'. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Caba), cuyos profesionales habían participado en las dos primeras ediciones, decidió adecuarlo para dar respuesta a la importante cantidad de instructores que requiere su oferta de residencias realizando una edición anual desde 2015 a la fecha.

En el año 2016 se realizó la adecuación para la Subregión de Centroamérica y República Dominicana a pedido de los siete países que integran la región, concretándose un trabajo de adecuación para ajustar la propuesta al modelo de residencias que rige en esa región.

La metodología de adecuación propuso un modelo sistémico de tres dimensiones: organizacional, pedagógica y tecnológica para lograr la armonización del programa a las necesidades, en este caso de los sistemas de residencias locales y la adopción del *e-learning* como estrategia de cambio organizacional.

Partiendo de un diagnóstico de las necesidades de formación acompañado de un análisis de las características del sistema de formación en servicio, se sistematizaron las normativas de los países y se relevó la estructura de los sistemas de residencias. Con esos resultados se realizó una actividad de identificación de necesidades y una revisión de materiales con actores claves de los países.

El modelo pedagógico del Curso quedó centrado en el participante y por lo tanto privilegiando tres principios: el aprendizaje abierto, en colaboración y la enseñanza flexible. Estas dimensiones se incorporaron a la propuesta teniendo en cuenta las características locales y el perfil de los participantes.

En 2017, la tercera adecuación se realiza para la Provincia de Buenos Aires, la primera jurisdicción del país en términos de extensión territorial y cantidad de habitantes y que cuenta con una importante oferta de formación de especialidades con modalidad de residencias. Se realizaron dos ediciones con 150 participantes cada una.

Estas tres adecuaciones del Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias se realizaron a través de la plataforma del CVSP/OPS OMS.

La provincia de corrientes será la tercera jurisdicción del país que decide sumarse y realizar su propia edición financiada por su Ministerio de Salud editándola sobre su propio campus virtual, contando en su primera edición – 2017 con 100 profesionales de sus residencias locales.

A modo de cierre

A lo largo de estos años, esta iniciativa educativa se ha ido enriqueciendo con las reiteradas actividades de evaluación realizadas por el equipo docente al finalizar cada edición. A partir de este trabajo se han practicado ajustes a la propuesta inicial teniendo en cuenta el resultado de las actividades, las evaluaciones docentes y de los participantes. Al mismo tiempo se han actualizado sus recursos, videos y materiales, así como también revisiones anuales y actualizaciones bibliográficas. Debido a la necesidad de incorporar más tutores, se han materializado rúbricas para la evaluación, sistematizando la experiencia aportada por el equipo docente.

El Curso asume el desafío de romper con la visión reproductora de una práctica hegemónica: 'enseño como aprendí'. Borrell Bentz (2005, p. 237) afirma que

la visión del aprendizaje de la medicina especializada, asociada a la asistencia y los problemas frecuentes de la enfermedad está

asociado a la idea de crear en cada uno de los residentes un *habitus*; un proceso de socialización en el que se interioriza los principios de la cultura médico hegemónica, sus categorías de percepción de apreciación de la realidad, garantizando de este modo la supervivencia de una cultura médica.

Esta construcción del '*habitus*' del residente conlleva a la adopción de determinados comportamientos y prácticas de los profesionales que reproducen lo aprendido sin mediar ninguna revisión de esas prácticas.

También trabaja sobre la tensión entre el programa escrito y el currículo oculto donde prima un enfoque curricular establecido por las rutinas, los rituales del servicio, tradiciones y acuerdos tácitos que restringen la capacidad de reflexión de los docentes y de los residentes. Y por último, apunta a desarmar la concepción dominante que se sostiene en 'el saber hacer' como una práctica reproductiva de imitación y socialización del grupo.

En el marco de la Educación Continua en Salud (EPS) o desarrollo profesional continuo, esta propuesta pretende constituirse en una herramienta para la transformación del proceso de trabajo orientada a la mejoría de la calidad de los servicios de salud, además de promover la equidad en el cuidado y en el acceso a los mismos. Porque, como afirma Guerra de Macedo (1986, p. 415), los recursos humanos pueden ser considerados "como un factor de reproducción pero también como un agente de cambio". En este programa, el trabajo es valorado como centro privilegiado de aprendizaje, contraponiéndose a los modelos fragmentados y delimitados por áreas específicas, no siendo tarea exclusiva de educadores, sino también una responsabilidad de los gestores técnicos y políticos de los servicios.

Por su enfoque pedagógico y su estructura conceptual se considera que es una propuesta que cumple con el criterio de pertinencia; en otras palabras, que su programa responde

a las necesidades de la docencia en servicio, recupera la problemática de esta modalidad intentando rescatar el potencial que ofrece el ámbito del trabajo. Por lo tanto, el proceso educativo y la aplicación de las habilidades adquiridas para resolver los problemas en el entorno laboral resultan altamente valorados. Por otro lado, el Curso responde a las responsabilidades del Ministerio de Salud en tanto pone al alcance de los formadores y los participantes todo el encuadre normativo del sistema nacional de residencia y los materiales que se utilizan para evaluación y acreditación de la calidad de los programas de residencia.

El trabajo de cooperación técnica implementado entre el OFERHUS del MSAL y el Campus Virtual de OPS a lo largo de este proceso, entendido en sus principios básicos de horizontalidad, consenso y equidad, ha permitido construir capacidades y una retroalimentación permanente. Los aportes más importantes del CVSP para este desarrollo son el modelo de gestión que opera en forma cooperativa y descentralizada y el registro nominalizado de los participantes que permite el seguimiento a la hora de evaluar resultados de la intervención educativa. La construcción de propuesta educativa en este marco ha facilitado la circulación de estos recursos en distintas regiones y nodos de la red.

Sin bien a través de los años se han recopilado y sistematizados encuestas contándose con las opiniones de los participantes que señalan algunos resultados positivos acerca de la experiencia, aún no se ha realizado una evaluación global de los resultados. Esta tarea pendiente ha logrado tener un lugar en la agenda de trabajo del área y constituye una prioridad para el próximo año.

No podemos cerrar este trabajo sin mencionar la participación de la Dra. María Cristina Davini, quien además de ser la principal responsable del diseño, coordinó las primeras ediciones. Ella ha sostenido que

La formación en las prácticas es mucho más que el desarrollo de habilidades operativas para el 'hacer'. Es, fundamentalmente, la capacidad de intervención en contextos reales complejos; la asunción de decisiones ante situaciones y problemas genuinos.

Su generosidad para compartir su experiencia con el equipo modeló el trabajo realizado. ■

Referencias

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. *La gestión de recursos humanos en salud en Argentina: una estrategia de consensos: 2008-2015*. [Buenos Aires]: Ministerio de Salud, 2015. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/2015-12-08-Gestion-RHUS_Argentina_WEB.pdf>. Acceso en: 20 sept. 2017

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. *Sistema Nacional de acreditación*. Buenos Aires, 2013. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php/la-acreditacion/sistema-nacional-de-acreditacion>>. Acceso en: 20 sept. 2017

BORRELL BENTZ, R. M. *La educación médica de posgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: OPS, 2005. Disponible en: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6244/2005-ARG-educacion-medica-postgrado.pdf?sequence=4&isAllowed=y>>. Acceso

en: 20 sept. 2017.

DAVINI, M. C.; ROSCHKE, M. A. Conocimiento significativo: el diseño de un proyecto de educación permanente en salud. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS/OMS, 1994. p. 127-143.

GUERRA DE MACEDO, C. Política de Recursos Humanos. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 20, n. 4, p. 415-423, 1986. Disponible en: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/916.pdf>>. Acceso en: 12 sept. 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *El enfoque educativo: Campus Virtual de Salud Pública: Aspectos conceptuales*. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en: <https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/download/modelos/Enfoque_Educativo_CVSP13.pdf>. Acceso en: 12 sept. 2017.

Las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes del Mercosur y el proceso de integración regional*

The Human Resources Units of the Ministries of Health of the Mercosur States Parties and the regional integration process

Wilson Aguiar Filho¹, Maria Helena Machado²

* El presente artículo fue escrito originalmente para confeccionar la disertación de maestría de Wilson Aguiar Filho, titulada 'La gestión del trabajo en salud en el Mercosur' (AGUIAR FILHO, 2012), defendida en la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), bajo la orientación de la Prof. Dr. Maria Helena Machado, aprobada por el Comité de Ética e Investigación - CEP/Ensp - de la Fundación Oswaldo Cruz - Dictamen nº 186/2011, así como por la Comisión Nacional de Ética en Investigación - Conep/CNS - Dictamen nº 024/2012.

RESUMEN El artículo buscó analizar las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes del Mercosur, teniendo como premisa la entrada en vigor del Protocolo de Montevideo sobre el Comercio de Servicios en el Mercosur (1998), promulgado en Brasil por el Decreto nº 6.480/2008 con la consiguiente apertura de las fronteras al libre tránsito de los profesionales, incluso los del sector salud. Más específicamente, se orientó a conocer la percepción de los gestores de recursos humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes en cuanto a ese proceso de apertura de las fronteras para el libre tránsito de los profesionales de salud, teniendo como base sus estructuras de gestión de recursos humanos. Se entiende que dichas estructuras de recursos humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes no están debidamente preparadas para hacer la gestión del libre tránsito de profesionales en el Mercosur, condición obligatoria para la constitución de un mercado común. Además, la morosidad con que se procesan las reuniones y las decisiones en el marco del bloque también contribuye a que, de hecho, las estructuras formales en los Estados Partes, así como las del propio Mercosur, no estén plenamente aptas para actuar en el nuevo escenario.

PALABRAS-CLAVE Recursos humanos en salud. Ejercicio profesional. Mercosur.

ABSTRACT The article seeks to analyze the Human Resources Units of the Ministries of Health of the Mercosur States Parties, based on the entry into force of the Montevideo Protocol on Trade in Services in Mercosur (1998), promulgated in Brazil by Decree nº 6.480/2008, with the consequent opening of borders to the free transit of professionals, including those in the health sector. More specifically, it was sought to know the perception of the human resources managers of the Ministries of Health of the States Parties regarding this process of opening the borders for the free movement of health professionals, based on their human resources management structures. It is understood that the mentioned human resources structures of the Ministries of Health of the States Parties are not properly prepared to manage the free transit of professionals in Mercosur, a mandatory condition for the establishment of a common market. Moreover, the slow pace of meetings and decisions within the block also contributes to the fact that formal structures in the States Parties, as well as those of Mercosur itself, are not fully capable of taking action in the new scenario.

KEYWORDS Health manpower. Professional practice. Mercosur.

¹Enfermero. Maestro en salud pública. Investigador colaborador del Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aguiar.wilson@gmail.com

²Socióloga. Doctora en sociología. Investigadora titular de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Coordinadora del Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. machado@ensp.fiocruz.br

Introducción

El tema de los recursos humanos en salud viene ganando un lugar destacado en los últimos años, considerando que el desarrollo de los sistemas de salud está intrínsecamente relacionado con el enfrentamiento de los grandes problemas que afectan a los trabajadores incorporados en el referido sector salud. En vista de esta nueva realidad, los países de América Latina y el Caribe, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han buscado incluir el tema como eje central del desarrollo de los sistemas de salud y colocarlo en la agenda internacional de salud pública (OPS, 2008).

En 2005 fue realizada en Toronto, Canadá, la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, promovida por la OPS, en conjunto con el Ministerio de Salud de Canadá y el Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario, con el propósito de unir a los países de las Américas en torno a un compromiso común: la promoción de los recursos humanos en salud. Los presentes en la reunión, reconociendo la importancia de la iniciativa, sugirieron que el tema fuera abordado en diferentes ámbitos – nacional, subregional y regional –, siendo que el documento elaborado en la ocasión, titulado ‘Llamado a la Acción de Toronto para un Decenio de Recursos (2006-2015), fue considerado el instrumento capaz de promover el esfuerzo conjunto para una década de recursos humanos en salud en las Américas, acarreando la necesidad de realizar esfuerzos a largo plazo, intencionales y coordinados, para la promoción, el fortalecimiento y el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud en todas las regiones de las Américas, esfuerzos que se basan en tres principios:

- Los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su

perfeccionamiento. La contribución de los trabajadores de salud es un factor esencial para el mejoramiento de la calidad de vida y de salud.

- El trabajo en salud es un servicio público y una responsabilidad social: El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario el equilibrio entre los derechos sociales, las responsabilidades de los trabajadores de la salud y las responsabilidades de los ciudadanos que merecen atención y derecho a la salud.

- Los trabajadores de salud son protagonistas del desarrollo y el mejoramiento del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social, no exclusivamente técnico, orientado a la mejora de la situación de salud de la población y de la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, sana, capacitada y motivada. Este proceso social tiene a los trabajadores de salud como uno de sus principales protagonistas. (BRASIL, 2006, P. 3-4).

A partir de las recomendaciones de dicha reunión, entre las que figuraba la creación y/o el fortalecimiento de la dirección nacional de recursos humanos en salud de los países de la región, hubo la necesidad de que las instancias responsables de la gestión del área de recursos humanos en los países de América y el Caribe pasasen también a ser objeto de investigación, “en la búsqueda de procesos y estructuras organizacionales que puedan asumir los desafíos que se plantean en la actualidad” (PIERANTONI ET AL., 2008, P. 687). Tal hecho se justifica “en la medida en que el desarrollo de los órganos especializados de los Ministerios no es proporcional a la relevancia asumida por el tema en los últimos años” (PIERANTONI ET AL., 2008, P. 688), principalmente en el ámbito del Mercado Común del Sur Mercosur) en el que el proceso de integración en vigor requiere de las Uni-

dades Nacionales de Recursos Humanos nuevas atribuciones, inclusive la de controlar el tránsito de profesionales de salud en el ámbito del bloque, como establece la Resolución GMC n° 27/2004 que instituyó la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud en el Mercosur.

En 2007, la OPS coordinó un estudio sobre el 'Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América del Sur y el Caribe'¹, con la participación de 17 países, siendo que de los países integrantes del Mercosur apenas Argentina no participó del estudio.

Contando con las informaciones planteadas, puede ser constatada la existencia de una gran asimetría entre las estructuras de recursos humanos de los Ministerios de Salud de los países del Mercosur, lo que podría tener reflejos adversos en la profundización del proceso de integración regional, en cuanto al papel que ellas tendrán que desempeñar en ese proceso. Apuntado también por la investigación es el hecho de que, entre los temas abordados referentes a recursos humanos, la cuestión del ejercicio profesional en el ámbito del Mercosur no figuró como tema prioritario en ninguno de los Estados Partes, lo que puede demostrar la no implicación de las áreas de recursos humanos de los Ministerios de Salud en discusiones fundamentales relacionadas con el sector salud para el propio proceso de integración, tal vez por entender que el asunto en cuestión está fuera de la esfera de actuación de dichas áreas.

Las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de la Salud y el libre tránsito de profesionales de la salud en el Mercosur

La entrada en vigor de lo establecido en el Protocolo de Montevideo² permitiendo el libre

tránsito de bienes y servicios y, consecuentemente de profesionales, en el ámbito del Mercosur, es un tema que viene siendo debatido como mucho interés por el sector de la salud. Esto porque cuando hablamos del libre tránsito de profesionales, no está colocado, de manera clara, cómo se dará, ya que los acuerdos firmados hasta el presente momento en el marco del bloque señalan que las normas internas de cada país deberán ser respetadas por el profesional que pretenda realizar ese movimiento migratorio. De esta forma, entendiendo que corresponderá a las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes la responsabilidad de coordinar, en lo que concierne al área de la salud el libre tránsito de estos profesionales en sus respectivos países, buscamos conocer: 1) cómo las áreas de los recursos humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes están estructurados para hacer frente a la inminente apertura de las fronteras al libre tránsito de los profesionales de la salud; y 2) lo que piensan los gestores de dichas Unidades sobre la cuestión (AGUIAR FILHO, 2012).

La investigación fue realizada por medio del envío de un cuestionario a las Unidades de Recursos Humanos de los Estados Partes, siendo importante resaltar que no siempre la persona que contestaba era el gestor máximo del área. Además, a efectos del análisis, los informantes de los países consultados fueron identificados mediante una secuencia numérica, siendo: Argentina – Gestor 1; Brasil – Gestor 2; Paraguay – Gestor 3 y Uruguay – Gestor 4. Es importante resaltar que Venezuela no participó del estudio, por ser aún un Estado Parte en adhesión en la época de la investigación.

En el análisis de las respuestas presentadas por las cuatro Unidades de Recursos Humanos investigadas observamos, en lo que concierne a su inserción jerárquica en las estructuras de sus respectivos Ministerios, que dos de ellas están en el primer nivel (Brasil – Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud – y Paraguay – Dirección General de Recursos Humanos), una en el segundo nivel (Argentina – Dirección Nacional de Capital

¹ El estudio en cuestión fue realizado bajo la coordinación de Carlos Rosales (OPS) y Mario Roberto Dal Poz (Organización Mundial de la Salud/OMS), teniendo como investigadores principales a Juan Arroyo (Universidad Peruana Cayetano Heredia – Perú), Maria Helena Machado (Ministério da Saúde – Brasil) y Celia Regina Pierantoni (Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Uerj). Participaron del estudio 17 países: Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

² La entrada en vigor del Protocolo de Montevideo debería haber ocurrido en 2015. Sin embargo, tal hecho no se hizo concreto y no tenemos informes sobre cuando entrará en vigor.

Humano y Salud Ocupacional) y una en el tercer nivel (Uruguay – División de Recursos Humanos del Sistema Nacional Integrado de Salud/DRRHHSNIS)³.

En cuanto a las actividades que las Unidades de Recursos Humanos desarrollan en el ámbito de sus Ministerios, la investigación detectó que dos Unidades de Recursos Humanos – Brasil y Paraguay – citaron, entre sus principales atribuciones, actividades que poseen alguna interfaz con el Mercosur. Lo mismo no ocurre con Argentina y Uruguay, lo que no significa que las Unidades no estén involucradas en las cuestiones relacionadas con el Mercosur (AGUIAR FILHO, 2012).

Cuando se les preguntó si el gestor del área de recursos humanos tenía acceso a las reuniones del Subgrupo de Trabajo (SGT) n° 11 'Salud'/Mercosur y/o a los asuntos concernientes al ejercicio profesional en salud en el Mercosur, todos dijeron tener acceso. Así, el Gestor 1 informó que ese acceso se da por él ser punto focal de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional; el Gestor 2, porque corresponde al dirigente del área coordinar la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional; el Gestor 3, por ejercer la coordinación de la Comisión de Servicios de Atención a la Salud, además de ser representante alterno en la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional; y el Gestor 4, por cuanto los representantes en el SGT n° 11 forman parte de DRRHHSNIS, específicamente del área encargada del registro y control de profesionales de salud a través de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional. Así, podemos afirmar que existe la participación de los gestores de recursos humanos en las cuestiones relacionadas con el SGT n° 11 'Salud', en especial con las concernientes al ejercicio profesional, aunque no sean responsables directos por la conducción de las discusiones en curso (AGUIAR FILHO, 2012).

En relación a la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud en el Mercosur, los gestores consultados informaron conocerla. Sin embargo, cuando se les preguntó quién sería responsable de su implementación,

mientras que los gestores 2, 3 y 4 plantearon que el área de recursos humanos sería la responsable de la implementación de la Matriz Mínima en los respectivos países, el Gestor 1 informó que la responsabilidad estaría a cargo de las áreas responsables del ejercicio profesional de las 24 provincias del país, y a nivel del Ministerio de Salud por la Subsecretaría de Políticas, Fiscalización y Regulación, a la que está subordinada la Unidad de Recursos Humanos. A pesar de establecer el art. 4° de la Resolución GMC n° 27/04 competencia a los Ministerios de Salud para implementar e intercambiar informaciones constantes de la Matriz Mínima, el modelo de registro profesional existente en Argentina, totalmente centrado en las provincias, mostró la necesidad de la adopción de un modelo alternativo, con la participación del Ministerio de Salud de Argentina pero no bajo su responsabilidad (AGUIAR FILHO, 2012).

Por otro lado, el acceso por parte de los profesionales de salud a la Matriz Mínima, con vistas a su llenado, presenta distintas formas para su realización. En el caso de Argentina, el Gestor 1 informa que:

- Cada profesional tiene acceso a su ficha de registro.
- Cada provincia y/o colegios por ley en las provincias que existieran (no es uniforme en todo el país la colegiación) y el Ministerio de Salud de la Nación tiene acceso a toda la información.
- La ciudadanía dispuesta a acceder a la información básica de todo profesional que quiera consultar (no incluye los datos reservados).
- El responsable de Fiscalización del Ejercicio Profesional de los restantes Estados Parte accede al registro completo de los profesionales migrantes. (AGUIAR FILHO, 2012, p. 84).

Esto es porque, en el caso de Argentina, el sistema de registro de profesionales de salud

³En relación a la investigación coordinada por la OpaS en 2007, sobre el 'Perfil de las Unidades de recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe', se destaca la evolución de la estructura de Paraguay, que para la época del estudio tenía su Unidad de Recursos Humanos en el tercer nivel de inserción (AGUIAR FILHO, 2012, p. 76) y estaba directamente subordinada al Ministerio de Salud. Las estructuras de Brasil y Uruguay estaban en la misma posición jerárquica en relación al estudio citado, siendo que Argentina no participó.

es totalmente descentralizado para las provincias, siendo que algunas de ellas delegan a los colegios profesionales realizar el registro. De esta forma, para constituir la Red Federal de Registro de Profesionales de Salud, el Ministerio de Salud de Argentina firmó convenio con todas las provincias del país, lo que permitió registrar a todos los profesionales de salud en la red que tiene como base la Matriz Mínima. Sin embargo, falta especificar por qué mecanismos las informaciones sobre los profesionales que quieran ejercer su profesión en otro país serán accedidas por los demás países, una vez que una de las dificultades señaladas por los gestores para la implementación de la Matriz Mínima está justamente en las diferentes modalidades de gestión de la información entre los Estados Partes (AGUIAR FILHO, 2012).

El Gestor 2 informa que la Matriz Mínima quedará disponible en la Plataforma Arouca⁴, en la que siendo creado un proceso de certificación de forma consulta con los Consejos Profesionales, no explicitando aún cómo está pensando ese proceso de certificación. El Gestor 3 coloca que el acceso del profesional a la Matriz Mínima no será personal y si por intermedio de los Ministerios de Salud de los Estados Partes, que harán el intercambio de información sobre el profesional de la salud. El Gestor 4 aclara que, en el momento de registrar en el Ministerio de Salud la revalidación del título, será solicitado un conjunto de datos al profesional parte de los cuales corresponden a los acordados en la Matriz Mínima (AGUIAR FILHO, 2012).

Así, verificamos la existencia de diferentes entendimientos sobre cómo se dará el acceso del profesional a la Matriz Mínima. Por otro lado, aún no se ha aclarado claramente qué profesionales de salud podrán transitar en el ámbito del Mercosur y, consecuentemente, llenar la Matriz Mínima, considerando que el concepto de profesional de salud es diferente en los Estados Partes, así como también existen profesiones reconocidas en determinado país que no están en

otro. ¿Con la apertura de las fronteras al libre tránsito de bienes y servicios, esos profesionales también tendrán derecho a transitar? Esto es una cuestión para la cual las áreas de Recursos Humanos, creemos, todavía no han atendido lo suficiente y que también necesita urgente definición (AGUIAR FILHO, 2012).

También procuramos saber de los gestores de recursos humanos si en la evaluación de ellos existían cuestiones que podrían dificultar la implementación de la Matriz Mínima. Con excepción del Gestor 4 (Uruguay) que dijo no tener dificultades en ese sentido, los demás gestores señalaron las siguientes:

Gestor 1

Para Argentina

- 1) El carácter federal de la gestión y del profesional. Otros procesos de Regulación por parte de subsectores como la Seguridad Social.
- 2) Diferentes modalidades de la gestión de la información de salud en las distintas provincias y en los subsectores del sistema de salud.

Para los Estados Partes

- 3) La falta de asignación presupuestaria específica para facilitar los desarrollos informáticos y el trabajo técnico conjunto por fuera de las reuniones ordinarias.

Gestor 2

- 1) Garantizar una amplia participación de los profesionales – el llenado es voluntario – siendo necesaria una amplia divulgación.
- 2) Diferencias de sistemas y formas de sistematización de la información entre los cuatro países.
- 3) Superar la dispersión de informaciones, en especial en Argentina y Brasil.

⁴ La plataforma Arouca es un banco de datos que concentra información sobre los profesionales de la salud que actúan en el Sistema Único de Salud (SUS), reuniendo aquellos sobre su historia educacional y profesional que se encuentran dispersos en varias fuentes, buscando de esa forma atender a las necesidades de información sobre educación para los profesionales de la salud, gerentes de unidades de salud, gestores de SUS de los diversos niveles de gobierno, consejos profesionales e instituciones de enseñanza pública y privada ofertantes de cursos en el área de la salud. Es un banco, en principio, más volcado para el área de gestión de la educación, no siendo, a nuestro parecer, instrumento ideal para la incorporación de la Matriz Mínima, que debería constar de un sistema gerencial orientado a la gestión del trabajo.

Gestor 3

- 1) Dificultades en la compatibilización del currículum de formación profesional.
- 2) Diferentes legislaciones para el reconocimiento y habilitación profesional en los Estados Partes.
- 3) Dificultades con la estandarización de la base de datos. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 86).

Es decir, en lo que concierne a los recursos humanos en cada país, la gestión de las informaciones en salud se plantea como una importante dificultad a ser superada en lo que se refiere a la implementación de la Matriz Mínima, principalmente en Argentina y Brasil donde los Ministerios de Salud no poseen esa información, dependiendo de las provincias (Argentina) o de los Consejos Profesionales (Brasil) para obtenerlas.

La existencia de diferentes legislaciones para el reconocimiento y habilitación profesional entre los Estados Partes y los distintos currículum existentes para la formación profesional fueron asuntos debatidos en el marco de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, sin que se haya logrado llegar a un denominador común en relación a ellos porque demandaría la necesidad de amplios acuerdos entre los Estados Partes con miras a la superación de esas cuestiones. Consideramos que este tema podría haber avanzado mucho si hace tiempo hubiera ocurrido una articulación entre el SGT n° 11 'Salud' y el Sector Educativo del Mercosur, así como una mayor implicación de las corporaciones profesionales en trabajar con la Subcomisión en la dirección de buscar esa compatibilización (AGUIAR FILHO, 2012).

Cuándo preguntados si el Ministerio de Salud o el área de recursos humanos poseía un sistema de información de recursos humanos capaz de permitir el control de la migración y/o inmigración de profesionales de salud en el país, solamente el Gestor 1

informó disponer de ese sistema en el ámbito del Ministerio de la Salud, mencionando también que otros órganos del gobierno realizan ese control: las áreas responsables del ejercicio profesional de las provincias, la Dirección Nacional de Migraciones (Ministerio del Interior) y el Ministerio de Educación, en lo que concierne al proceso de reconocimiento y revalidación de títulos. Los demás países no tienen un sistema u otro órgano que haga ese control, aunque en Brasil, por existir la necesidad de inscripción en los Consejos Profesionales para el ejercicio de la actividad, éstos poseen informaciones sobre los profesionales de otros países que en actúan en él, aunque no obligatoriamente sobre los que salen del país, pues si tal hecho no es informado o el profesional no procede a dar la baja en su inscripción, él continuará registrado y constando como actuando en Brasil. Es interesante que Paraguay y Uruguay, que poseen sistemas de registro centralizados, no hayan caminado en la dirección de constituir un mecanismo informatizado para controlar la migración y/o inmigración de los profesionales de salud en el país, considerando que tendrían más facilidad para establecer un sistema de información que Argentina y Brasil (AGUIAR FILHO, 2012).

En relación a la entrada en vigor de lo establecido por el Protocolo de Montevideo y referido al libre tránsito de bienes y servicios y de los profesionales de salud entre los países del Mercosur, mientras que el Gestor 3 presentó una visión pesimista en relación a la posibilidad de tal entrada a corto plazo, los demás países del Mercosur evaluaron positivamente el hecho, aunque Brasil y Uruguay pusieron reservas relacionadas con la posibilidad de ocurrencia de un proceso migratorio en procura de mercados que paguen mejor y que ofrezcan mejores condiciones de trabajo, lo que podría causar una situación de vulnerabilidad en países que cuentan con un número justo de profesionales, como es el caso de Uruguay, así como proporcionar el aumento de la tercerización y la precariza-

ción de las relaciones de trabajo en los países de la región (AGUIAR FILHO, 2012).

Ahora mismo, en lo que debería ser adecuado para la implementación del Protocolo de Montevideo, el Gestor 3 nos trae una crítica bastante interesante y que va de acuerdo a nuestro pensamiento sobre lo que ocurre en el ámbito del SGT n° 11 'Salud' referido al ejercicio profesional. Para él, se debe:

Establecer un comité permanente que se dedique en forma exclusiva a trabajar en lo relacionado al ejercicio profesional, con todas sus implicaciones, estudio de currículas, legislaciones, registro y habilitación de profesionales y fortalecer el trabajo de los GT que funcionan en salud de fronteras. Creo que las reuniones semestrales no avanzan porque todos los miembros creo, realizan otras funciones con mucha carga horaria y responsabilidad dentro de los respectivos Ministerios, que nos le permite mucha dedicación a la agenda de trabajo de las distintas subcomisiones. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 89).

Entendemos que esa colocación apunta a la necesidad de profesionalizar el SGT n° 11, por medio de la institucionalización de una estructura propia para trabajar acciones relacionadas al sector salud y, en especial, las del desarrollo y ejercicio profesional, sin que esa responsabilidad recaiga sobre profesionales que tienen otras actividades en el ámbito de los Ministerios de Salud y acaban no dedicándose satisfactoriamente a la agenda del SGT n° 11.

También es interesante la declaración del Gestor 2, informando que

El Ministerio de Relaciones Exteriores ya hace algún nivel de consulta sobre los impactos que ese proceso puede provocar, pero el proceso necesita ser mejorado. Es necesario instalar lo más pronto posible el GT integrado por los Ministerios de Relaciones Exteriores, Salud y Trabajo de los cuatro países del Mercosur, ya aprobado por el GMC y, principalmente,

integrar las representaciones colegiadas y sindicales de las profesiones del área de salud ya reconocidas por el Mercosur, para que proporcionen la información y la evaluación necesarias. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 90).

Este hecho se constituye en claro indicativo de que se considera la implementación del Protocolo de Montevideo en un corto período. Por otro lado, la creación de un GT integrado por los Ministerios de Relaciones Exteriores, de la Salud y del Trabajo de los Estados Partes pone en escena un actor importantísimo en ese proceso, Trabajo, que hasta entonces no se había integrado con el sector salud en esta discusión, a quien corresponderá establecer los medios legales para garantizar los derechos laborales de aquellos que opten por realizar sus actividades profesionales fuera de su país. De igual manera, la participación de las representaciones colegiadas y sindicales de las profesiones de salud de los Estados Partes en los debates ha sido una antigua reivindicación de Brasil, que ahora parece caminar para concretarse (AGUIAR FILHO, 2012).

Además sobre esa cuestión, el Gestor 1 planteó que lo que necesita ser adecuado para que el Protocolo de Montevideo entre en vigor es que todos los Estados Partes puedan realizarlo sobre las mismas condiciones. El Gestor 4 entiende que deben afinarse los sistemas de información y control de profesionales entre los Ministerios de Salud de la Región antes de poner en práctica la libre circulación de profesionales (AGUIAR FILHO, 2012).

Los gestores fueron preguntados si la Unidad de Recursos Humanos establece una interlocución con los representantes de las corporaciones profesionales de salud para debatir el ejercicio profesional en el Mercosur, y todos respondieron positivamente a esta cuestión, aunque la misma se procesa en diferentes niveles. En el caso de Brasil, un grupo permanente de interlocución con los representantes de las corporaciones pro-

fesionales de salud para debatir el ejercicio profesional en el Mercosur, siendo que en los demás países ésta ocurre de forma puntual (AGUIAR FILHO, 2012, P. 91).

Una vez que los gestores también informaron que tienen conocimiento de las discusiones realizadas entre las corporaciones profesionales sobre el ejercicio profesional en el ámbito del Mercosur, esa experiencia podría (y debería) ser aprovechada, pues ciertamente contribuiría en mucho para avanzar en las discusiones sobre el ejercicio profesional, ya sea internamente o entre los Estados Partes del Mercosur.

Por fin, instados a dar su opinión sobre el proceso de integración en el Mercosur, considerando el área de recursos humanos, los gestores manifestaron que:

Es un proceso que ya tiene un camino recorrido, pero que necesita aún mayor decisión para la inserción interna en los Estados Parte. Se han hecho muchos avances y la matriz ha movilizado procesos interesantes en todos los países y desarrollos de diversos sistemas de información, pero no es suficiente. El campo es complejo y la diversidad de actores en cada Estado Parte, sumado a la capacidad de rectoría y el interés particular en avanzar de cada país, configura un escenario con avances y retrocesos que se profundizan con los cambios de gestión de gobierno de los Estados. En algunas circunstancias, prevalecen los intereses corporativos. Por otra parte, para poder ir un paso adelante de las asimetrías, es necesario trabajar en conjunto los perfiles y necesidades de recursos humanos para orientar las futuras formaciones en los cuatro países. En ese sentido, es importante profundizar el trabajo con el Mercosur Educativo. (Gestor 1).

A pesar de las dificultades y la complejidad que reviste la integración entre países cuando tratamos de la composición del mercado de trabajo, las diferencias culturales, profesionales y corporativas, hemos avanzado

lentamente, pero de forma segura. Gastamos un largo tiempo para dar formato a la Matriz Mínima, fase concluida en 2011. Fue un proceso ampliamente discutido y consensuado con las entidades profesionales, Acreditado que el Sistema de Información creado será consistente y apoyado por las entidades. Por otro lado, sabemos que el libre tránsito de profesionales de salud nos suscita el estar aún más atentos e involucrados en los temas relacionados con la cuestión ética y disciplinaria, la garantía de elevación y mejoramiento de la formación y valorización de los profesionales. Entendemos que estos temas en gran parte ya se enfrentan en el ámbito nacional, por lo que si hay una estrecha colaboración entre las áreas de gestión del trabajo en salud de los países del Mercosur, conjuntamente con las entidades profesionales y sindicales, conseguiremos negociar las mejores soluciones y avanzar. (Gestor 2).

Pienso que es un proceso que si bien se ha iniciado aún no ha madurado y que debe ser fortalecido entre los Estados Partes para disminuir las brechas existentes y que en un tiempo no tan lejano se pueda cumplir con la libre circulación de profesionales y servicios en la región. (Gestor 3).

Se ha avanzado muy lentamente. Se aprobó la matriz mínima, se comenzó a implementar. [...] No se ha avanzado lo suficiente en la armonización de las profesiones. (Gestor 4). (AGUIAR FILHO, 2012, P. 92-93).

Aun y cuando los avances en el proceso de integración se han producido, en la evaluación de los gestores, este avance se está procesando de forma muy lenta, con muchas dificultades al estar todavía transpuestas, teniendo la necesidad de avanzar en la superación de los problemas señalados de una colaboración más estrecha entre las áreas de gestión del trabajo en salud de los países del

Mercosur, conjuntamente con las entidades profesionales y sindicales, sin lo cual no será posible lograr éxito y avanzar en el proceso de integración, considerando la cuestión del libre tránsito de los trabajadores de salud en el Mercosur según lo señalado por el Gestor 2.

Podemos afirmar, a partir de las respuestas proporcionadas, que las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes todavía tienen un camino a recorrer en lo que concierne a estructurarse para enfrentar las cuestiones planteadas, una vez que las acciones a ser implementadas dependen en gran parte de los acuerdos finalizados en las instancias políticas responsables del proceso de integración en marcha en el Mercosur (AGUIAR FILHO, 2012).

Consideraciones finales

A lo largo de su existencia el Mercosur acabó incorporando en la agenda, entre los temas de tratamiento prioritario, las cuestiones sociales, aunque el componente comercial es el eje orientador del proceso de integración. Ello introduce un “estado permanente de inestabilidad, producto de los roces constantes entre los intereses comerciales nacionales competidores de los países que conforman el bloque” (PRONKO ET AL., 2011, P. 51), llevando a la constatación que el Mercosur sigue constituyendo una sumatoria de países sin que haya una conciencia comunitaria del bloque. Esta cuestión, aliada al hecho de ser el Mercosur una iniciativa eminentemente intergubernamental, estaría en la base del llamado ‘*deficit* de supranacionalidad’ que algunos autores consideran uno de los principales puntos débiles del proceso de integración (PRONKO ET AL., 2011).

El propio sector salud no escapa de la influencia de ese componente comercial tan presente en el proceso de constitución del Mercosur, considerando que la gran mayoría de las Resoluciones aprobadas por el Grupo Mercado Común (GMC) oriundas del SGT

nº 11 están relacionadas con bienes, servicios y productos del área de la salud.

La perspectiva de la entrada en vigor del Protocolo de Montevideo, permitiendo el libre tránsito de bienes y servicios entre los países del Mercosur, se constituye en motivo de preocupación, en especial por parte del sector salud, por sus especificidades y por las consecuencias e impactos que esta apertura podrá proporcionar. Esta preocupación está presente en las declaraciones de los gestores de recursos humanos entrevistados, una vez que poco se avanzó en la construcción y consolidación de una política capaz de dar respuestas efectivas a las cuestiones relativas a la gestión del trabajo en salud en el ámbito del bloque.

Muchas hipótesis pueden ser consideradas sobre el por qué, y en nuestra evaluación eso está relacionado con la propia formación del Mercosur, en la cual sus órganos decisorios no se constituyeron como organismos de carácter supranacional, no teniendo así entrada en vigor automática las decisiones emanadas por ellos.

En efecto, los órganos decisorios del Mercosur – Consejo del Mercado Común (CMC), Grupo Mercado Común (GMC) y Comisión de Comercio del Mercosur (CCM)- poseen

[...] carácter exclusivamente intergubernamental y, por estar compuestos de representaciones nacionales, no tienen naturaleza supranacional, ni en su funcionamiento ni en sus decisiones. Esta estructura de funcionamiento, sumada a la centralidad del componente comercial de la integración, tiene efectos claros en las tomas de decisiones más amplias que involucra aspectos sectoriales. (PRONKO ET AL., 2011, P. 39).

Esta falta de supranacionalidad impide que tengan poderes para emitir normas y decisiones automáticamente vinculantes dentro del sistema. Eso porque

[...] un órgano supranacional existe siempre que los Estados miembros transfieren al mismo

poderes que normalmente son ejercidos solamente por los órganos gubernamentales de Estados soberanos, incluyendo la capacidad de emitir normas y decisiones vinculantes para los Estados, personas jurídicas e individuos. Por lo tanto, determina el surgimiento de un poder que se sitúa por encima de los Estados, resultante de la transferencia definitiva que ellos hacen de parte de sus funciones propias a los ámbitos cubiertos por la entidad supranacional, que pasa a ejercerla. (GUZZO, 2008, P. 98).

Y aunque el Protocolo de Ouro Preto⁵ termina que

[...] las normas tendrán carácter obligatorio, el modo de su incorporación, cuando sea necesario, se atribuye a los ordenamientos jurídicos nacionales, mediante los procedimientos previstos en la legislación interna de cada país. (GUZZO, 2008, P. 98-99).

Así, comparando la organización institucional de la Unión Europea (UE) con la del Mercosur, observamos un fuerte contraste entre ambas.

En la UE, como producto del intercambio de soberanía, una amplia y creciente esfera de temas es objeto de decisiones adoptadas por mayoría. En el Mercosur no hay soberanía compartida, de modo que cada Estado conserva la prerrogativa de impedir la adopción de decisiones con las que no está de acuerdo. En ese cuadro, el bloque del Cono Sur depende crucialmente, en momentos de impasse, de la diplomacia presidencial, es decir, de la solución de divergencias por medio de reuniones entre los jefes de Estado.

Todo el diseño institucional del Mercosur atestigua la prioridad de la integración económica. A diferencia de la UE, cuyos tratados apuntan hacia la dirección de una creciente cooperación política, militar y cultural, el bloque del Cono Sur se sustenta en el intercambio

comercial. (MAGNOLI; ARAÚJO, 2003, P. 51).

¿Cómo superar estas cuestiones? Es claro que, en lo concerniente a los aspectos de la propia constitución y objetivos del bloque, son cuestiones bastante complejas de ser respondidas, pues demandaría una ‘refundación’ del Mercosur. Por otro lado, la ausencia de armonización de las legislaciones locales ante el proceso de integración también contribuye a retrasar o hasta hacer inocuos algunos de estos instrumentos, por no haber compatibilización legal sobre el asunto entre los Estados Partes. Esto, por ejemplo, impidió que se consiguiera compatibilizar hasta la presente fecha las especialidades médicas comunes en el Mercosur, aunque la Resolución GMC n° 73/2000 estableciera el plazo de dos años, a partir de su publicación, para que quedara concluida y realizada.

La falta de integración entre las diferentes instancias burocráticas del Mercosur contribuyó igualmente a esa situación, pues cómo discutir salud, educación y trabajo en el Mercosur sin que los respectivos sectores responsables trabajasen de forma conjunta para llegar a un denominador común. Además, a pesar de casi 15 años de discusiones sobre ejercicio profesional en el ámbito del Mercosur, tampoco se efectuó una articulación entre las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes para discutir entre sí acciones comunes considerando el proceso de integración regional.

La articulación entre las áreas de la salud, educación y trabajo en el Mercosur, aunque tardíamente, comenzó a ocurrir presionada quizá por la necesidad de caminar en la elaboración de políticas concretas con vistas al proceso de integración regional, en la medida en que la entrada en vigor del Protocolo de Montevideo, permitiendo el libre tránsito de bienes y servicios entre los países integrantes del bloque, está por convertirse en una realidad.

Eso requerirá, por parte de todos los actores interesados, enormes esfuerzos para

⁵ Firmado en diciembre de 1994, el Protocolo de Ouro Preto dotó al Mercosur de personalidad jurídica interna e internacional y definió la estructura institucional del bloque.

superar los desafíos que se plantean ya que no podemos pensar en el libre tránsito de los profesionales (que vendrá a remolque del libre tránsito de bienes y servicios) sin tener soluciones concretas para los problemas que inciden directamente en la gestión del trabajo en salud, tales como la compatibilidad de currículum, registro y cualificaciones profesionales, bien de nivel superior bien de nivel medio; las diferentes legislaciones en relación al ejercicio profesional existentes en los Estados Partes; la existencia de diferentes entendimientos sobre lo que es profesión de salud y cuáles son en el Mercosur; la inexistencia de un sistema de información común entre los Estados Partes que permita intercambiar los datos de los profesionales que deseen transitar entre ellos. Esto sin entrar a considerar cuestiones relacionadas como jornada de trabajo, piso salarial y previsión social de los trabajadores que deseen transitar entre los Estados Partes, asuntos vinculados, en el Mercosur, al SGT n° 10 – Asuntos Laborales, Empleo y Seguridad Social, pero de gran interés del sector salud.

La participación de las corporaciones de los profesionales de la salud en el debate de cuestiones como compatibilización curricular y organización de las profesiones en los países del Mercosur se hace importante, pues esos son temas que constituyen campo de experiencia y dominio de dichas corporaciones. Si las mismas hubiesen actuado en conjunto con las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud y con la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, habríamos avanzado mucho en términos de la elaboración de propuestas y sugerencias a ser llevadas a la consideración de los órganos competentes para la apreciación. Esta experiencia se ha realizado con gran éxito en la Comunidad Europea y es una pena que no supimos aprovecharla en el Mercosur, a pesar de la sugerencia para la creación de un Foro Permanente Mercosur en el ámbito de la Subcomisión, en los moldes del Foro existente en el marco de la

Secretaría de la gestión del trabajo y la educación en salud del Ministerio de Salud, lo que no fue aprobado (AGUIAR FILHO, 2012).

La institucionalización de la Coordinación Nacional de Salud del Mercosur en el ámbito de los Ministerios de Salud, con un cuerpo técnico específico para tratar los temas relativos a la salud en el Mercosur y, en especial, al ejercicio profesional, se plantea como importante cuestión a ser debatida, pues, según lo señalado anteriormente, la ausencia de lo que podríamos plantear ‘no profesionalización’ del SGT n° 11 acaba perjudicando el desarrollo de los trabajos de las Comisiones y Subcomisiones existentes, ya que sus integrantes, en la mayoría de las situaciones, también responden por áreas importantes en la estructura de sus respectivos ministerios de origen, lo que les deja poco tiempo para dedicarse suficientemente al Mercosur (AGUIAR FILHO, 2012).

Así, a partir de las informaciones proporcionadas por los gestores de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes, algunas cuestiones se plantean relevantes para conocer el papel de ellas en el proceso de integración regional.

En lo que concierne al papel a ser desempeñado por las Unidades con miras a la apertura de las fronteras al libre tránsito de profesionales de salud, vemos que ellas desempeñarán un papel importante en ese proceso, en la medida en que todas ellas serán responsables de ese control. Sin embargo, ese papel se dará de diferentes maneras, como es el caso de Argentina y Brasil que harán ese trabajo de forma compartida con las provincias y con los Consejos Profesionales de Salud respectivamente (AGUIAR FILHO, 2012).

En cuanto a la implementación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud en el Mercosur, instrumento gerencial que permitirá controlar el tránsito de profesionales, esto también se dará de forma diferente entre los Estados Partes, siendo

que mientras los Ministerios de Salud de Brasil, Paraguay y Uruguay se responsabilizarán de esta implementación, en Argentina tal tarea será responsabilidad de las provincias y, en el ámbito del Ministerio de Salud, de la Subsecretaría de Políticas, Fiscalización y Regulación (AGUIAR FILHO, 2012).

Otro punto destacado es que, a excepción de Argentina, los demás países no poseen sistemas de información para controlar la migración y/o inmigración de profesionales de salud. Por otra parte, las diferencias de sistemas de información y de formas de sistematización de las informaciones en los Estados Partes constituyen una cuestión que dificulta la implementación del Protocolo de Montevideo (AGUIAR FILHO, 2012).

De modo general, la perspectiva de la apertura de las fronteras al libre tránsito de profesionales es vista de forma positiva por los gestores consultados, pues podría contribuir a aumentar el volumen de profesionales en áreas carentes. Por otro lado, esto también podría acarrear un proceso intenso de migración de determinados profesionales de un país a otro, causando desequilibrio en la oferta de servicios de salud en determinadas regiones. También el aumento de la tercerización y la precarización de las relaciones de trabajo son colocados como aspectos negativos en relación a esta cuestión. En este sentido, es importante un trabajo conjunto entre las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud en la búsqueda de soluciones pactadas para la superación de los problemas (AGUIAR FILHO, 2012).

Los gestores apuntan que el proceso de integración ha avanzado muy lentamente, y la existencia de cosas pendientes a ser resueltas en el campo de la gestión del trabajo, como la armonización de las profesiones, la ausencia de sistemas de información integrados entre los Estados Partes, etc., son factores que interfieren en el éxito del proceso de integración regional.

En cuanto al hecho de que las Unidades de Recursos Humanos estén preparadas

para el enfrentamiento de la situación que se configura en el Mercosur relativo al libre tránsito de profesionales de salud, nuestra comprensión es que ninguna de ellas alcanzó una etapa capaz de dar cuenta satisfactoriamente de las exigencias que el libre tránsito de profesionales acarreará, incluso porque la indefinición de políticas concretas en el campo de la gestión del trabajo para el Mercosur contribuye a ello.

A pesar de existir una incredulidad sobre la posibilidad de la efectividad de lo preconizado por el Protocolo de Montevideo a corto plazo, los esfuerzos políticos realizados en el ámbito de los Estados Partes apuntan a la materialización de la constitución del Mercado Común en el ámbito del Mercosur. La propia creación de un Grupo de trabajo compuesto por los Ministerios de Relaciones Exteriores, Salud y Trabajo, así como de representantes de las profesiones de salud de los Estados Partes para tratar esta cuestión, es un indicio claro de que el Mercosur trabaja con la real posibilidad de la apertura de las fronteras al libre tránsito de los profesionales en un tiempo próximo (AGUIAR FILHO, 2012).

Debido a la complejidad del tema abordado no pretendemos proporcionar respuestas acabadas para las cuestiones aquí planteadas. Es importante subrayar que la limitación de este artículo es ser un producto de una disertación de una Maestría Profesional en Salud Pública, con énfasis en la gestión del trabajo en salud, que permitió avanzar en la perspectiva de la comprensión del área en el Mercosur, siendo que en el futuro una actualización sobre las estructuras de recursos humanos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes del Mercosur y su papel en el proceso de integración regional pueda ser realizada para conocer los avances ocurridos, entendiendo que el presente estudio es un punto de partida para posibles análisis, ya que la cuestión de la gestión del trabajo en salud en el Mercosur todavía es asunto muy poco explorado, con pocos estudios sobre el tema.

Finalmente, esperamos que este trabalho contribua al debate en relación a los problemas enfrentados por la gestión del trabajo en el ámbito del Mercosur, propiciando que en breve tengamos no sólo los países del Mercosur sino toda América Latina unida por lazos

indisolubles de fraternidad en la búsqueda del bienestar y de la justicia social para sus pueblos. ■

Referencias

AGUIAR FILHO, W. *A gestão do trabalho em saúde no Mercosul*. 2012. 128 f. Disertación (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Chamado a Ação de Toronto 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

GUZZO, F. C. R. G. Aspectos institucionais do Mercosul. *Revista Jurídica da FAMINAS*, Muriaé, v. 4, n. 1, p. 77-99, jan./jul. 2008.

MAGNOLI, D., ARAÚJO R. *O Projeto da Alca: Hemisfério americano e Mercosul na ótica do Brasil*. São Paulo: Moderna, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe*. San José: OPAS, 2008.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acceso en: 20 jun. 2017.

PRONKO, M. *et al.* (Org.). *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

Los Recursos Humanos en Salud a diez años de la reforma sanitaria en Uruguay

The Health Human Resources ten years after the health reform in Uruguay

Cyntia Buffa¹, Cecilia Cárpene², Gabriela Pradere³, Mijail Yapor⁴

¹Licenciada en sociología. Integrante del equipo técnico del Departamento de Mercado de Trabajo de la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempesa)/Junta Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) - Montevideo, Uruguay. cbuffa@msp.gub.uy

²Licenciada en economía. Directora del Departamento de Mercado de Trabajo de la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempesa)/Junta Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) - Montevideo, Uruguay. mcarpena@msp.gub.uy

³Licenciada en economía. Directora de la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempesa)/Junta Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) - Montevideo, Uruguay. gpradere@msp.gub.uy

⁴Licenciado en Economía. Integrante del equipo técnico del Departamento de Mercado de Trabajo de la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (Dempesa)/Junta Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) - Montevideo, Uruguay. myapor@msp.gub.uy

RESUMEN Este trabajo realiza una puesta a punto y una proyección de los principales asuntos vinculados a la dotación, evaluación y monitoreo de los Recursos Humanos en Salud (RHS) en Uruguay, cumplidos diez años de la reforma de la salud. Mediante el procesamiento de encuestas nacionales y registros administrativos analiza la oferta y la demanda de RHS. Concluye que los prestadores deben profundizar la articulación público-privada y acelerar una convergencia de las condiciones de trabajo; que se debe seguir trabajando en la reducción de las desigualdades geográficas en el acceso a los RHS de calidad; y mejorar los aspectos de la gobernanza de forma tal que permitan desarrollar una planificación efectiva a largo plazo de las necesidades reales de recursos en un país pequeño y de fácil acceso.

PALABRAS-CLAVE Recursos Humanos en Salud. Gobernanza. Planificación. Evaluación. Monitoreo.

ABSTRACT *This work performs a set-up and a projection of the main issues related to the endowment, evaluation and monitoring of Human Resources in Health in Uruguay, ten years after the Health Reform. Through the processing of national surveys and administrative records analyzes the supply and demand of Human Resources in Health (HRH). It concludes that providers should deepen public-private articulation and accelerate a convergence of working conditions; that further efforts must be made to reduce geographical inequalities in access to quality HRH; and improve governance aspects in such a way as to enable effective long-term planning of real resource needs in a small, easily accessible country.*

KEYWORDS *Health manpower. Governance. Planning. Evaluation. Monitoring.*

Introducción

Los Recursos Humanos en Salud (RHS) son el recurso esencial de cualquier sistema sanitario. Su dotación, distribución, formación y capacitación son determinantes claves a la hora de definir el acceso de la población a servicios de salud de calidad de manera oportuna. El gobierno uruguayo que asume en 2005 comienza un proceso de reforma en la salud, consagrada en la Ley n° 18.211, que establece la creación, funcionamiento y financiación del actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y cuyo cometido central es establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Entre los objetivos del SNIS se encuentran “el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse”, y el

promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica. (URUGUAY, 2007, S. P.).

La planificación y formación de los recursos humanos a las que hacen referencia estos objetivos deben considerarse en un contexto nacional complejo, donde diversos factores de diferente índole afectan la situación actual y futura de los RHS. El sector salud posee una importancia relativa alta en el contexto del empleo nacional (cercano al 7% del total), con niveles salariales superiores a la media nacional aunque con un alto grado de desigualdad interna¹, en un contexto de altas cargas horarias en gran medida explicadas por el elevado multiempleo (por ejemplo, más del 75% de los trabajadores médicos cuentan con más de 1 empleo). Si se analiza las instituciones que demandan RHS, se observa una fuerte fragmentación, tanto en el sector público como privado, con importantes disparidades en materia de condiciones de trabajo y de remuneración, lo cual se agudiza al considerar las

diferencias territoriales entre la capital y el resto del país.

Desde el punto de vista de la determinación de la oferta de RHS el panorama resulta igualmente complejo, en la medida que la fragmentación de las ofertas formativas vuelve extremadamente compleja la adecuada articulación institucional y dificulta por tanto la gobernanza en materia de formación.

En este contexto el Ministerio de Salud Pública (MSP) se propuso fortalecer su papel de rectoría en RHS, lo cual ha supuesto atravesar un proceso de cambios institucionales importantes, pudiendo dividirse en tres momentos claramente diferenciados: desde 2005 a 2009 el foco estuvo en la creación de sistemas de información confiables; desde 2010 a 2015 destaca la generación de la institucionalidad necesaria para el desarrollo de políticas específicas, y a partir de 2015 una etapa de consolidación y profundización de los procesos ya iniciados, especialmente generando herramientas para la evaluación y monitoreo de las políticas de RHS.

El presente documento se concibe de la siguiente manera: en el primer capítulo se analizan los aspectos centrales de la forma en que se organizan y planifican la estructura y distribución de las dotaciones de RHS en el Uruguay; en el segundo capítulo se presenta el estado de situación actual de los RHS, mientras que en el tercero se abordan los principales desafíos de política en la materia a encarar en los próximos años.

Alcances y desafíos de la gobernanza de los RHS

La aprobación de la Ley n° 18.211 en 2007 implicó una redefinición de los principios rectores del MSP, cambiando el eje central de sus competencias hacia el ejercicio real de la rectoría del sector salud y su rol de autoridad sanitaria para proteger la salud de la población a través de políticas y acciones con énfasis en la prevención y promoción que cumplieren los principios de integralidad,

¹ El salario promedio del subsector privado se ubicaba en 2016 en 55.391 pesos uruguayos, según procesamiento propio de la base Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH), mientras que el ingreso medio nacional se ubicaba en 23.115, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Respecto de la desigualdad salarial, en el mismo subsector la relación salarial entre un cargo de gerente no médico de una Institución de Asistencia Médica Colectiva (Iamc) y uno de servicio generales es de 40 a 1, mientras que entre profesionales de la salud con vínculo asistencial directo el ratio es de 10 a 1 entre especialidades anestésico-quirúrgicas y enfermería (procesamiento propio del SCARH 2016).

universalidad, calidad, equidad, eficacia, eficiencia y participación social.

Dentro de los cambios que en la reforma se plasmaron se puso de manifiesto el papel central de los trabajadores de la salud para cumplir con los objetivos de la misma, teniendo presente que las competencias en materia de rectoría de los RHS han estado dispersas entre una multiplicidad de instituciones. En cuanto a la formación de RHS, la Universidad de la República (UdelaR) es el principal actor² y posee autonomía académica consagrada en su Ley orgánica³. Cumple el doble rol de formador y regulador ya que determina la cantidad y el perfil de los profesionales que forma a través de los cupos o plazas tanto para la Escuela de Tecnología Médica como para las residencias y postgrados en los casos que corresponde. El país cuenta también con instituciones privadas terciarias y no terciarias, reguladas por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), donde el MSP no tiene incidencia en cuanto a la cantidad ni calidad de los recursos humanos que forma.

En los aspectos vinculados a salarios, formas de remuneración y condiciones de trabajo, las definiciones se toman a nivel de la Negociación Colectiva tripartita en el primer caso y bipartita en el segundo caso. En este contexto el rol clave lo juega el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social⁴ (MTSS).

Se deben sumar a estos actores la multiplicidad de prestadores de servicios de salud públicos (Administración de Servicios de Salud del Estado – Asse –, Sanidad Policial, Sanidad Militar, etc.) y privados (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva – Iamcs –, seguros integrales y prestadores parciales), quienes determinan la demanda de estos recursos. Asimismo es importante destacar el rol de los colectivos de trabajadores en el campo de la salud (Federación Uruguaya de la Salud – FUS –,⁵ Federación de Funcionarios de Salud Pública – FFSP –,⁶ Sindicato Médico del Uruguay – SMU –,⁷) no solo en su participación en los Consejos de Salarios

y su posible efecto en las condiciones de trabajo, sino también por su participación en los distintos espacios de gobernanza del SNIS (Junta Nacional de Salud – Junasa –, Consejos Asesores Honorarios – Judesas –, Consultivos, etc.).

En resumen, la rectoría en el campo de los RHS se encuentra compartida entre el MTSS, el MEC, la UdelaR, el MSP, y los distintos espacios de participación existentes. El rol del MSP en esta área depende por lo tanto de la voluntad política de las restantes autoridades para coordinar interinstitucionalmente.

Es en este complejo escenario que el MSP tiene la responsabilidad de “elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia” (URUGUAY, 2007, S. P.), lo que crea la necesidad de que el MSP tome un rol activo dentro del campo de los RHS.

En este aspecto el MSP ha optado desde ese entonces por posicionarse como un actor clave, generando capacidad técnica y política para gestionar las acciones necesarias que hagan converger los distintos intereses de las instituciones señaladas anteriormente, poniendo el énfasis en las necesidades asistenciales de la población. Los objetivos centrales planteados son el construir e implementar políticas y acciones para el desarrollo de los RHS acorde a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del SNIS y a las expectativas y derechos de los usuarios del sistema. Esto implica gestionar e incidir institucionalmente en el campo de los RHS con los distintos actores implicados, tomando a estos como sujetos activos y eje esencial para una adecuada atención en salud.

La meta entonces es avanzar en el ejercicio de la gobernanza⁸, articulando los distintos actores para construir así organizaciones inteligentes que consoliden estrategias para el logro de sus objetivos y puedan ser adaptables a los cambios del entorno. La gobernanza de una institución alude a modelos democráticos y participativos de

² El 63% de los títulos de profesionales de la salud registrados en el MSP provienen de la Universidad de la República.

³ “La Universidad se desenvolverá, en todos los aspectos de su actividad, con la más amplia autonomía” art. 5 de la Ley Orgánica de la UdelaR.

⁴ “Créanse los Consejos de Salarios que tendrán por cometido fijar el monto mínimo de los salarios por categoría laboral y actualizar las remuneraciones de todos los trabajadores de la actividad privada [...]”. El Consejo de Salarios podrá asimismo establecer condiciones de trabajo para el caso que sean acordadas por los delegados de empleadores y trabajadores del grupo salarial respectivo” art. 12 de la Ley de Negociación Colectiva (MTSS, 2016).

⁵ La FUS nuclea a los trabajadores no médicos del sector privado.

⁶ La FFSP nuclea a los trabajadores del sector público.

⁷ El SMU es una asociación profesional que agrupa al cuerpo médico representándolo en las negociaciones con el sector público y con el sector privado.

⁸ “La esencia de la gobernanza consiste en la importancia primordial que atribuye a los mecanismos de gobierno que no se basan en el recurso exclusivo de las autoridades gubernamentales ni de las disposiciones decididas por éstas [...] La gobernanza no se caracteriza por la jerarquía, sino por la interacción de actores corporativos autónomos y por redes entre organizaciones” (PERAL, 2005, P. 759).

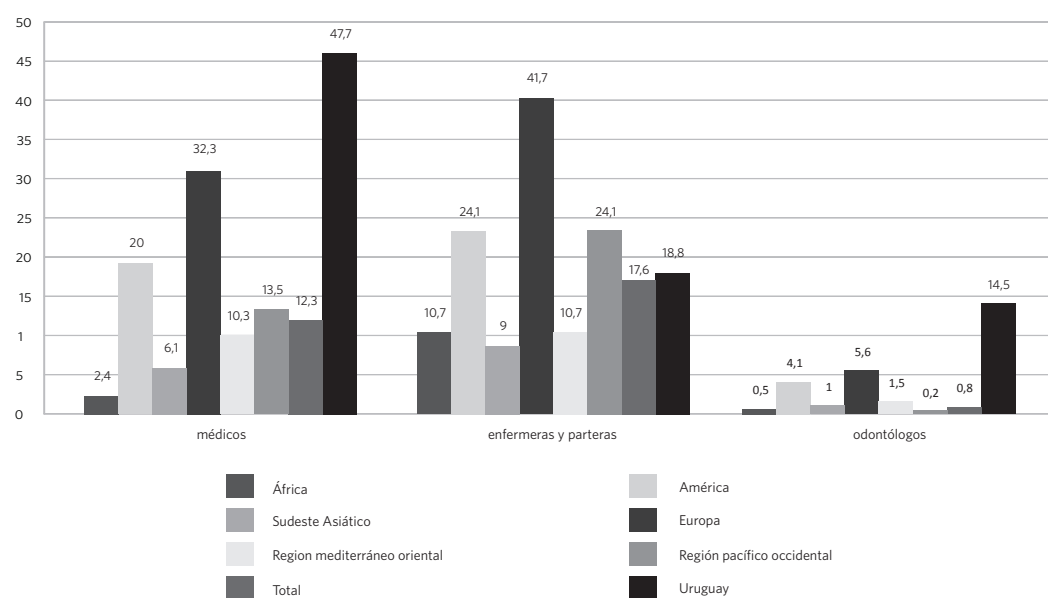
organización en donde prima una visión estratégica compartida por múltiples actores. Pero también la transparencia de los procesos y de las decisiones en la búsqueda de la eficiencia y el compromiso, favoreciendo el desarrollo de prácticas, relaciones y capacidades para el avance en las políticas que atiendan las necesidades de los usuarios y de la comunidad, tratando de sentar las bases de nuevas prácticas de gobierno a través del abordaje longitudinal de proyectos y programas con la contraloría y el cuidado de los bienes comunes y los servicios sociales y basadas en modelos deliberativos y en burocracias centradas en la eficiencia y el trabajo experto.

Situación actual y perspectivas de los RHS

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS RHS

Considerando los ratios de profesionales de la salud cada 10.000 habitantes, a partir del *gráfico 1* siguiente se puede observar que Uruguay se encuentra en una posición privilegiada, superando incluso los niveles de Europa en el caso de los médicos y odontólogos. Esta situación, que proviene desde largo tiempo atrás, ubica a Uruguay dentro de los países con mejor dotación de RHS de América Latina.

Gráfico 1. Densidad de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes



Fuente: Elaboración propia en base a datos del World Health Statistics 2016 de la OMS y Anuario Estadístico del INE - 2016.

Según datos del Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS) del MSP de marzo de 2017, Uruguay cuenta actualmente con 16.268 médicos, 6.176 licenciadas en enfermería y 23.606 auxiliares de enfermería.⁹ En su conjunto, en el año 2016 el

sector salud en Uruguay empleaba 110.000 trabajadores, según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE), lo que representaba el 6.7% del empleo total.¹⁰ Considerando la condición de ocupación de la ECH, es observable que el

⁹ En la *tabla A.1* del Apéndice se puede observar la estructura de dotaciones incluyendo todas las profesiones de la salud.

¹⁰ Datos calculados a partir de la ECH del año 2016 del INE. La rama de actividad se identifica en base a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme Rev. 4 adaptada a Uruguay con los siguiente códigos: 8610 Actividades de hospitales; 8620 Actividades de médicos y odontólogos, Clínicas médicas, excepto de estética corporal, Servicios odontológicos, Clínicas médicas de estética corporal, Otras actividades médicas; 8690 Otras actividades relacionadas con la salud humana, Servicios de acompañantes de enfermos, Servicios de laboratorios de análisis clínicos y radiológicos, Servicios de ambulancias, Otras actividades relacionadas a la salud humana.

45% de los mismos se orientan a la asistencia directa, siendo la mayoría médicos y auxiliares de enfermería.¹¹

El restante 55% de los trabajadores está integrado principalmente por administrativos, cuidadores y auxiliares de servicios (ver *tabla 1*). Otra condición del sector es la alta feminización de su fuerza de trabajo. Como se puede observar en la *tabla 1*, en todas las categorías laborales las mujeres representan más del 50% de los trabajadores de la categoría, pero estos porcentajes aumentan sustancialmente cuando se trata de trabajadores no médicos. En términos etarios, cerca del 80% de los trabajadores de la

salud tienen entre 30 y 60 años. Los trabajadores médicos son los que ingresan de manera más tardía al mercado de trabajo y se mantienen en las edades más prolongadas, lo que refleja también los tiempos diferenciales de educación formal en relación a otras profesiones. En lo que refiere al nivel educativo, existe una importante dispersión entre categorías laborales. Asimismo, dentro de 'otras categorías' la situación es muy heterogénea, siendo donde se ubican los niveles educativos más bajos. El 60% de estos trabajadores tienen menos de 12 años de educación mientras que el 12% tienen menos de 7 años.

Tabla 1. Principales características de los RHS – Uruguay, Año 2016

Categoría de ocupación	Estructura de los RHS	Mujeres	Ratio >40/<40 años de edad	Años de educación promedio	Cobertura Seguridad Social
Médicos	11%	56%	2,0	21,3	100%
Licenciadas enfermería	5%	89%	1,1	16,5	100%
Otros profesionales	9%	81%	1,5	17,6	93%
Técnicos	7%	76%	0,9	14,7	94%
Auxiliares de enfermería	13%	83%	1,0	12,1	99%
Otras categorías	55%	73%	1,3	10,8	95%
Total	100%	74%	1,3	13,3	96%

Categoría de ocupación	Algún tipo de precariedad	Multiempleo	Nº de empleos promedio	Subempleo	Horas semanales promedio trabajadas
Médicos	13%	75%	2,3	4%	52,3
Licenciadas enfermería	11%	35%	1,4	4%	45,0
Otros profesionales	12%	38%	1,5	17%	35,0
Técnicos	17%	37%	1,5	7%	39,9
Auxiliares de enfermería	13%	26%	1,3	6%	43,3
Otras categorías	14%	15%	1,2	10%	40,2
Total	14%	28%	1,4	9%	41,7

Fonte: Elaboração própria com base em dados do ECH 2016 do INE.

En términos de calidad del empleo, a diferencia de otros sectores la precariedad laboral medida como la cobertura a través

de la seguridad social no es el problema fundamental. El sector salud en términos relativos está fuertemente regulado, lo

¹¹ La ocupación de los trabajadores surge de considerar la ocupación principal en la ECH 2016, por lo que los valores absolutos no necesariamente coinciden con el total de profesionales del país.

que incide directamente en la precariedad medida de esta forma (4.1%). Si partimos de una definición más amplia, que incluya otros derechos laborales, se observa que la misma asciende a 14% para el conjunto de los trabajadores, principalmente asociada al reconocimiento de horas extras o licencia por enfermedad (ver *tabla A.2* en Apéndices para un mayor detalle de estas cifras).

Otro aspecto vinculado a la calidad del empleo es el multiempleo, calculado aquí como el porcentaje de personas con más de un puesto de trabajo en el sector (ver *tabla A.3* en Apéndices). Los laudos de las décadas del 60 y 90 definen cargas horarias bajas, principalmente en el caso de los médicos, que permiten e incluso incentivan el trabajo en múltiples instituciones, repercutiendo directamente en la calidad de vida del trabajador y en la calidad asistencial.

Por último, dentro de las dimensiones asociadas a la calidad del empleo se analizan las cargas horarias y búsqueda de empleo. En términos generales, observamos que si bien los laudos establecen cargos de una baja dedicación horaria en relación a otros sectores, los trabajadores considerando todas sus ocupaciones trabajan en promedio más de 40 horas semanales (ver *tabla A.4* en Apéndices).

En síntesis, Uruguay cuenta con una importante dotación de RHS, en la cual la fuerza de trabajo está fuertemente feminizada. En el sector salud la precariedad en todas sus dimensiones es sustancialmente menor en relación a otros sectores, concentrándose los problemas en el multiempleo que es mayor en términos relativos.¹² Por otro lado, los bajos niveles educativos de algunas categorías laborales representan un importante desafío de mediano plazo para mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan, pero también para brindar mejores condiciones de desarrollo futuro a sus trabajadores.

DISTRIBUCIÓN DE LOS RHS

Los indicadores generales de dotación a nivel nacional que son extremadamente favorables para nuestro país esconden importantes problemas que inciden en el acceso a la salud de la población y en la calidad de los servicios. En este sentido se distinguen dos problemas principales: uno asociado a la distribución de los RHS y otro de composición de los mismos.

En lo que refiere a la distribución territorial de los profesionales de la salud, considerando el período 2005 – 2015 se observa una mejora en la distribución territorial de los médicos y enfermeras profesionales. Si bien ambas categorías de profesionales se vieron incrementadas en este período, la variación fue mayor en prácticamente todos los departamentos del interior del país en relación a la capital Montevideo (ver *gráfico A.1* en Apéndices).

De todas formas, persisten problemas territoriales. Al igual que el conjunto de la población, los trabajadores de la salud tienden a concentrarse en la capital del país y área metropolitana o en los principales centros urbanos del interior. Según datos del INE de 2016, la densidad de médicos por cada 10.000 habitantes de Montevideo más que triplica la del interior y en el caso de enfermería la duplica. Lo que se puede observar es que existe una mayor dotación relativa en los departamentos donde ocurre la formación en el lugar o en la zona. Este dato es relevante a la hora de pensar políticas de distribución territorial. Si bien los incentivos salariales pueden ser una opción de política, la descentralización de la formación parece tener un importante impacto ya que evita el desarraigo y mejora las posibilidades de desarrollo profesional y académico fuera de la capital.

Para lograr una mayor apertura por especialidad de los profesionales médicos, la única información disponible es la que surge de los registros administrativos del MSP. Si se discrimina por grupos de especialidades médicas (Especialidades básicas,

¹² La precariedad medida como la falta de aportes a la seguridad social afecta al 25% del total de ocupados del país y considerando todas las dimensiones esta cifra se eleva a 35%. En el caso del multiempleo, afecta al 11% de los ocupados totales del país. Datos de la ECH de 2016.

Especialidades Médicas y Especialidades Anestésico-Quirúrgicas), tanto para el principal prestador integral público (Asse) como para los principales prestadores integrales privados (Iamc) la zona sur del país es la que

presenta una mayor cantidad de profesionales, siendo las especialidades denominadas básicas las que presentan indicadores más similares entre regiones, especialmente en el subsector privado.

Tabla 2. Densidad de personas cada 10.000 usuarios por zona geográfica - Uruguay, 2007-2016

	Cantidad de personas Asse	Ratio 2007/2016 Asse	Cantidad de personas Iamc	Ratio 2007/2016 Iamc
Especialidades Básicas				
Sur	29.8	1,6	24.3	1,2
Este	25.2	1,5	24.7	1,2
Oeste	26.0	1,5	27.7	1,4
Norte	15.9	1,3	25.1	0,9
Direcciones* especializadas	1.5	1,5		
Total EB	26.6	1,4	23.9	1,2
Especialidades Médicas				
Sur	21.5	2,0	22.4	0,9
Este	9.1	1,5	13.3	1,0
Oeste	10.6	1,6	19.0	1,0
Norte	8.1	1,4	14.4	0,8
Direcciones especializadas	1.8	1,6		
Total EM	15.8	1,7	18.8	0,9
Especialidades Anestésico Quirúrgicas				
Sur	12.4	1,7	13.6	1,1
Este	8.5	1,4	12.4	1,2
Oeste	9.6	1,2	12.6	0,9
Norte	6.7	1,1	11.3	0,8
Direcciones especializadas	0.7	1,4		
Total AQ	10.0	1,4	11.7	1,0

Fuente: SCARH, Lotus notes Asse y Censo de usuarios de la salud 2007-2016.

* Dentro de las direcciones especializadas se incluyen: Instituto de Oncología, Instituto de Ortopedia y Traumatología, Instituto de Reumatología, Laboratorio Dorrego, Servicio Nacional de Sangre, Hospital Vilardebó, Hospital Piñeyro del Campo, Centro de Información y Referencia Nacional de Drogas, Dirección del Sistema de Atención Integral de Personas, Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial.

Nota: Departamentos incluidos en cada zona: Sur: Montevideo y Canelones. Este: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres. Norte: Artigas, Durazno, Rivera, Salto y Tacuarembó. Oeste: Colonia, Flores, Florida, Paysandú, Río Negro, San José y Soriano.

Las densidades presentadas en la *tabla 2* permiten realizar el análisis dentro de cada subsector pero no la comparación entre subsectores. En la medida que los regímenes de trabajo y

cargas horarias son muy distintos entre ambos, las personas como unidad de medida no sirven para comparar la disponibilidad intersectorial.

De cualquier manera, apreciamos que la

densidad de especialidades cada 10.000 usuarios aumentó de manera importante con respecto al año 2007 para todas las regiones del país, no pudiéndose observar un efecto de redistribución entre zonas durante este período.¹³

Complementariamente, las densidades por zona geográfica permiten tener un diagnóstico general sobre aspectos vinculados a la distribución territorial pero es importante que la discusión sobre políticas en esta materia incorpore la escala de nuestro país y sus características geográficas para lograr mayor eficiencia en la distribución de los recursos. Asimismo, es importante tener en cuenta que la escala repercute en la calidad de los servicios ya que incide en la capacidad o no de mantener y mejorar las destrezas de los profesionales de la salud.

En este sentido es clave organizar los servicios teniendo en cuenta todos estos aspectos. Las políticas territoriales deben priorizar la radicación en territorio de los profesionales del primer nivel de atención y desarrollar una red de servicios que garantice el acceso oportuno a los restantes niveles asistenciales. En este sentido también debe dársele prioridad a la definición de los centros de referencia nacionales que permitirían optimizar recursos y mejorar la calidad y acceso de los servicios de atención a patologías de baja prevalencia.

ESTRUCTURA DE LAS DOTACIONES

Otro de los problemas que esconden los indicadores generales de dotación tiene que ver con la composición interna de la misma. Un rasgo distintivo de nuestro sistema de salud es la alta dotación relativa de médicos y auxiliares de enfermería frente a la insuficiencia de enfermeras profesionales. En términos generales, existe una relación de 1.5 auxiliares de enfermería por cada médico y 2.6 médicos por cada licenciada en enfermería. En este sentido, desde la Facultad de Enfermería de la UdelaR se han realizado importantes esfuerzos para mejorar la disponibilidad de licenciadas con planes de profesionalización, permitiendo así que la densidad de licenciadas cada 10.000 habitantes se

duplicara entre 2005 y 2015 (ver *gráfico A.2* en Apéndices). De todas formas, continúan persistiendo problemas de dotación para cubrir las necesidades del segundo y tercer nivel de atención y que en lo que tiene que ver con el primer nivel condicionan el avance de los cambios en el modelo de atención, ya que de acuerdo a su perfil de formación podrían ser claves en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Por otro lado, en lo que refiere a los profesionales médicos, si bien no existen problemas en términos globales, la disponibilidad de algunas especialidades generan dificultades en la cobertura de los servicios de salud.

Aunque la gran mayoría de los médicos tiene una especialización (52% de los médicos registraron algún título de la Escuela de Graduados), la cantidad de especialistas no siempre responde a las necesidades sanitarias de la población: del total de médicos que cuentan con una especialidad, 19.4% está dentro de las especialidades básicas (pediatría, medicina familiar y comunitaria y medicina rural), 58.8% tienen una especialidad médica y 21.8% corresponden a especialidades anestésico – quirúrgicas. La escasez relativa de algunas especialidades médicas se genera por múltiples vías.

Por un lado, puede estar determinada por el número de egresos de las residencias o postgrados. Sobre este aspecto influyen el número de cupos o plazas que se abren en las residencias cada año, pero también por las señales que da el mercado de trabajo en términos de incentivos salariales o no salariales (como puede ser el ‘prestigio’) sobre el ejercicio profesional posterior.

Por otro lado, la escasez relativa está dada por la organización de los servicios y del trabajo propiamente dicho. En lo que refiere a los servicios, la superposición innecesaria de establecimientos e infraestructura implica una asignación ineficiente de la carga de trabajo determinando una escasez relativa y una subutilización de las capacidades. En lo que refiere a la organización del trabajo, la fragmentación de los cargos y baja disponibilidad horaria,

¹³ Es importante aclarar que en el caso de las lamc donde las densidades aumentan menos en términos relativos o se mantienen, ello implica un mayor número de recursos dado el incremento registrado en la cantidad de usuarios de ese subsector durante el período considerado.

definida en los laudos de las décadas del 60 y 90, representan una gran complejidad para el mercado de trabajo que se traduce muchas veces en problemas de cobertura.

Asimismo los ámbitos de ejercicio profesional de las distintas especialidades en la mayoría de los casos no están resueltos, resolviéndose en la práctica de acuerdo al poder de cada grupo profesional y su relación con el *statu quo*.

Por último, la escasez relativa en algunos casos ocurre entre subsectores público y privado. Esta situación se manifiesta en la medida que las regulaciones, en términos del mercado de trabajo, divergen entre prestadores habilitando una competencia desigual por la apropiación de los recursos relativamente más escasos.

En base a este diagnóstico se impulsa en 2010 la reforma del régimen de trabajo médico con los siguientes lineamientos y criterios generales: aumento o adecuación de la

carga horaria en una misma institución; polifuncionalidad del cargo; modificación de los mecanismos de pago variable en consonancia con objetivos priorizados; laudo médico único a nivel nacional (URUGUAY, 2010).

En síntesis, los problemas denominados generalmente de ‘especialidades críticas’ son multicausales, y por ende requieren distintos abordajes de la política pública que debe superar el reduccionismo de la mirada desde la formación.

En lo que refiere a la demanda de trabajadores de la salud se debe analizar también lo que hace a la distribución interna de las instituciones (áreas y niveles asistenciales) para proyectar políticas que busquen equilibrar un modelo de atención basado en un primer nivel asistencial con capacidad resolutive y un segundo y tercer nivel solvente en cuanto a las capacidades tecnológicas y humanas.

Tabla 3. Distribución de las horas de trabajo por nivel asistencial. Iamc – Uruguay, 2016*

	Médicos	Aux. Enfermería	Lic. Enfermería	Otros profesionales de la salud
Policlínica	28.8%	19.0%	7.8%	63.3%
Radio	5.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Urgencia desc.	7.2%	1.5%	0.1%	0.2%
Puerta	12.3%	7.0%	7.1%	3.1%
Total Ambulatorio	53.7%	27.5%	14.9%	66.5%
Cuidados Moderados	24.1%	60.6%	71.3%	29.9%
CTI	7.2%	11.6%	13.7%	0.3%
Retén	14.9%	0.3%	0.1%	3.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH (2016).

*No se cuenta con la discriminación de horas por áreas asistenciales para el subsector público.

La *tabla 3* presentada destaca el porcentaje de horas destinadas al área ambulatoria, a la cual se dirigen la mayor parte de las horas médicas, mientras que para el personal de enfermería las horas son orientadas en gran medida al sector de cuidados moderados. El área de policlínica se asocia directamente al

primer nivel de atención, específicamente a los controles pautados para grupo de edad y a la promoción de la salud. Del total de horas de policlínica del sector privado 38% son horas contratadas para profesiones relacionadas a la APS y que están habilitados para ser los médicos de referencia que den

seguimiento longitudinal a sus usuarios. Este porcentaje lo conforma 27% de horas de médicos generales, 11% de horas de pediatría y 0.5% de médicos de familia.

POLÍTICAS SALARIALES

Desde los comienzos de la reforma la política salarial ha ocupado un lugar central, circunscripta a su vez en una política salarial de gobierno más general, cuyo resultado ha sido el de una constante recuperación de los salarios. La marcada pérdida de poder adquisitivo observada luego de la crisis de 2002 motivó que durante los primeros cinco años de la reforma de la salud el eje central en materia salarial estuviera en alcanzar una serie de incrementos reales que permitieran la recuperación del salario real perdido, pudiéndose observar en la evolución de los laudos del sector privado. Por otro lado, la recuperación salarial ha continuado una

vez alcanzado los niveles pre crisis, siendo posible afirmar que en los últimos diez años (marzo 2007 a marzo 2017) los salarios reales del sector han tenido un incremento real mínimo de 32%.¹⁴

Las características de la evolución salarial antes mencionadas se mantienen al considerar cuál ha sido la trayectoria de los salarios efectivamente pagados en este sector. Como se muestra en el siguiente cuadro, los salarios reales del sector privado en todos los casos presentan una variación entre 2008 y 2016 por encima de lo establecido en los acuerdos de los Consejo de Salarios.

De esta manera es posible constatar que en el sector privado las pautas salariales se han respetado e incluso en ciertos casos la evolución real ha sido superior, a la vez que ubica al sector en su conjunto en una realidad en materia de salarios marcadamente diferente a la de los años inmediatos a la crisis.

Tabla 4. Variación del salario real – Personal Asistencial – Uruguay, 2008 a 2016

	Variación (en %)
Laudos	
Médicos	21
FUS salarios menores	23
FUS salarios mayores	27
Remuneraciones efectivas lamcs	
Valor hora EB	42
Valor hora EM	49
Valor acto AQ	39
Valor hora Lic. Enf	28
Valor hora Aux. Enf.	26
Val. hora otros prof de la salud	23
Remuneraciones efectivas Asse	
Pol. Medicina General	82
Guardia Medicina General	58
Pol. Especialidades Médicas	82
Guardia Especialidades Médicas	72
Lic. en Enfermería	139
Aux. en Enfermería	22

¹⁴ Ver gráfico A.3 en Apéndices para un mayor detalle de esta evolución.

Tabla 4. (cont.)

Otros prof. de la salud	127
Índice de Salario Real	32
Producto Bruto Interno*	30

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SCARH, MTSS, BCU.

*Último dato disponible año 2015.

El subsector público también se caracteriza por una marcada recuperación salarial, con el condicionante adicional que los niveles de partida eran extremadamente bajos, como puede verse en la tabla anterior. Dada la aplanada estructura salarial existente en Asse a comienzos de la reforma los diferentes ajustes salariales parecen haber ido en dirección a corregir este fenómeno, reconociendo así las diferentes especificidades de las profesiones que componen los equipos asistenciales.¹⁵

Perspectivas a futuro y reflexiones finales

Los principales desafíos a abordar desde la política pública tienen que ver con la planificación en materia de RHS. Las complejidades del mercado de trabajo descritas anteriormente junto con los problemas de disponibilidad que se presentaron, hacen imperioso avanzar en esta temática.

La planificación en materia de RHS implica por un lado identificar cuáles son las necesidades de recursos de acuerdo a la población y sus características socio-culturales y epidemiológicas y los recursos disponibles para satisfacer esas necesidades, teniendo en cuenta la escala de nuestro país y sus características geográficas. A su vez, implica analizar e intervenir en la organización de los servicios y del trabajo con una mirada de mediano y largo plazo con el objetivo de optimizar recursos.

En términos de los componentes de la planificación, en los últimos años se ha avanzado en la generación de insumos principalmente

del lado de los sistemas de información, tanto desde el MSP como desde otros organismos que inciden en el proceso. El principal aspecto sobre el que resta avanzar es en las definiciones de estándares nacionales de dotaciones de RHS que consideren las características propias de nuestro país en cuanto a aspectos demográficos, epidemiológicos y socioculturales, así como la definición de áreas de competencia de cada profesional. En estos años han existido distintas experiencias de estimación de brechas que han tenido la virtud de ser elaboradas de manera colaborativa con otras instituciones y actores del sector, pero que no han tenido la periodicidad necesaria y se han limitado a realizar un análisis estático de la problemática.

En lo que refiere a la organización del trabajo, desde el año 2010 se viene trabajando en la reforma del trabajo médico con el objetivo de mejorar la organización de los servicios y las condiciones de trabajo de los médicos, repercutiendo así en mejoras en la calidad de la atención brindada a la población. La reforma del trabajo médico es un proceso que se viene desarrollando en el ámbito de la negociación colectiva, implicado por ello el trabajo en conjunto de los diversos actores involucrados: poder ejecutivo (MSP, MTSS, Ministerio de Economía y Finanzas – MEF), prestadores de salud y trabajadores médicos.

En este sentido, los principales desafíos son: i) seguir avanzando en el nuevo régimen de trabajo médico; ii) integrar al resto del equipo de salud en este proceso de reforma; y iii) diseñar mecanismos de evaluación para ir monitoreando los impactos de la reforma en los servicios asistenciales. ■

¹⁵ A estos incrementos salariales generales se le deben adicionar acuerdos específicos, tanto a nivel del sub sector médico como no médico. A modo de ejemplo, a nivel de funcionarios no médicos se acordaron regímenes salariales diferenciales para el personal de Block, Farmacia, Citostáticos, Centro de Terapia Intensiva (CTI), Hemoterapia e Imagenología, entre otros. En el caso de los médicos, el pago de una variable para la guardia de especialidades médicas y los pagos variables Variable Anestésico – Quirúrgico (VAQ), Variable del Primer Nivel (VPN) y Variable de Segundo Nivel (VSN), son ejemplos de acuerdos específicos por encima de los aumentos generales.

Referencias

PERAL, A. N. Nuevas estructuras y redes de gobernanza. *Revista Mexicana de Sociología*, Ciudad de México, v. 67, n. 4, p. 775-791, oct./dic. 2005. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032005000400004>. Acceso en: 20 set. 2017.

URUGUAY. *Ley nº 18.211 del 13 de Diciembre de 2007*. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1228254.htm>>. Acceso en: 29 set. 2017.

_____. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). *Acta Consejo de Salarios*. Montevideo: MTSS, 2010. Disponible en: <<https://www.mtss.gub.uy/documents/11515/db5b55d9-a44f-4390-b77e-57e27711d205>>. Acceso en: 29 set. 2017.

_____. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). *Actas Consejo de Salarios*. Montevideo: MTSS, 2016. Disponible en: <<https://www.mtss.gub.uy/web/mtss/salud-general>>. Acceso en: 23 out. 2017.

Apéndices

Tabla A.1. Número de profesionales de la salud registrados en el MSP – Marzo 2017

Médicos	16.268
Lic. Enfermería	6.176
Aux. Enfermería	23.606
Lic. Nutrición	1.913
Lic. Psicología	7.837
Obstetras parteras	619
Odontólogos	4.208
Otros profesionales de la salud*	6.719

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SHARPS, marzo 2017.

*Se incluyen todas las categorías de profesionales que forma la Escuela de Tecnología Médica, considerando parte de esas categorías también a los egresados del sector privado.

Tabla A.2. Dimensiones de la precariedad laboral por categoría laboral. Promedio anual 2016

	No aporta a caja de jubilaciones	No aporta por el total del salario	No se reconoce horas extras mediante pago, compensación, días adicionales de vacaciones	No tiene vacaciones anuales pagas o pago por licencia no gozada	No tiene licencia por enfermedad o lesión paga	Algún tipo de precariedad*
Médicos	0.5%	1%	10%	2%	4%	13%
Licenciadas enfermería	0.0%	0%	8%	1%	2%	11%
Otros profesionales	6.9%	0%	3%	2%	1%	12%
Técnicos	5.5%	1%	7%	4%	5%	17%
Auxiliares de enfermería	1.3%	0%	6%	2%	6%	13%
Otras categorías	5.2%	1%	5%	3%	4%	14%
Total	4.1%	1%	6%	2%	4%	14%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

*La precariedad en este caso se mide como la ausencia de al menos uno de los derechos establecidos en las restantes columnas.

Tabla A.3. Multiempleo por categoría laboral (en %) – promedio anual 2016

	1 trabajo	2 trabajos	Más de 2 trabajos	Total	Nº empleos promedio
Médicos	25%	40%	35%	100%	2.25
Licenciadas enfermería	65%	34%	1%	100%	1.36
Otros profesionales	62%	31%	7%	100%	1.46
Técnicos	63%	30%	7%	100%	1.47
Auxiliares de enfermería	74%	25%	1%	100%	1.27
Otras categorías	85%	14%	1%	100%	1.16
Total	72%	22%	6%	100%	1.36

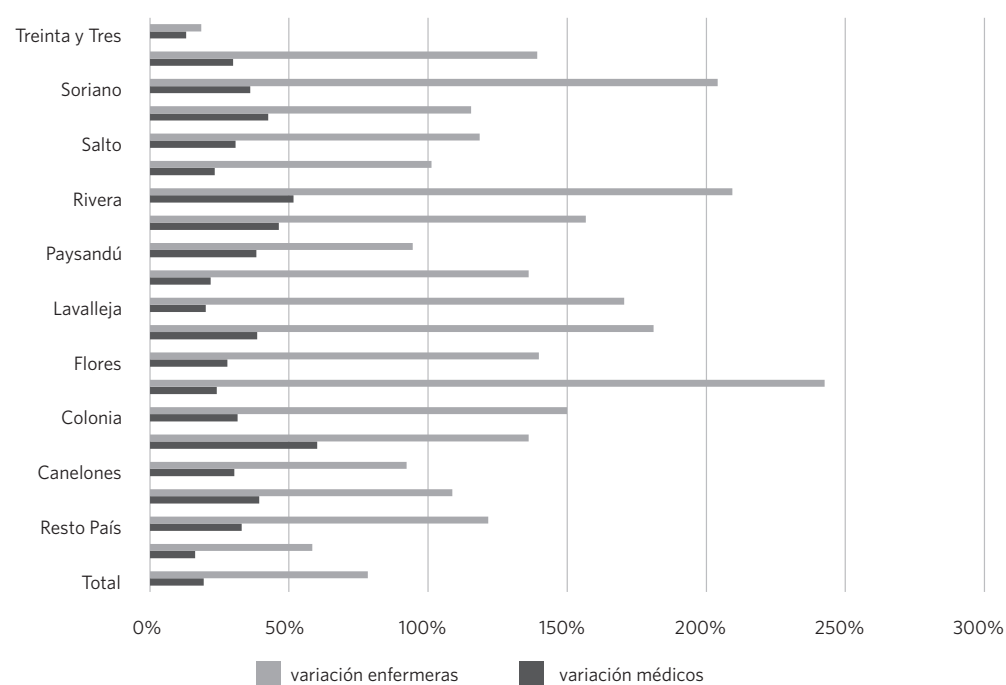
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Tabla A.4. Horas de trabajo semanal - promedio anual 2016

	Ocupación principal	Total
Médicos	33.3	52.3
Licenciadas enfermería	35.4	45.0
Otros profesionales	28.3	35.0
Técnicos	31.5	39.9
Auxiliares de enfermería	35.6	43.3
Otras categorías	37.0	40.2
Total	35.1	41.7

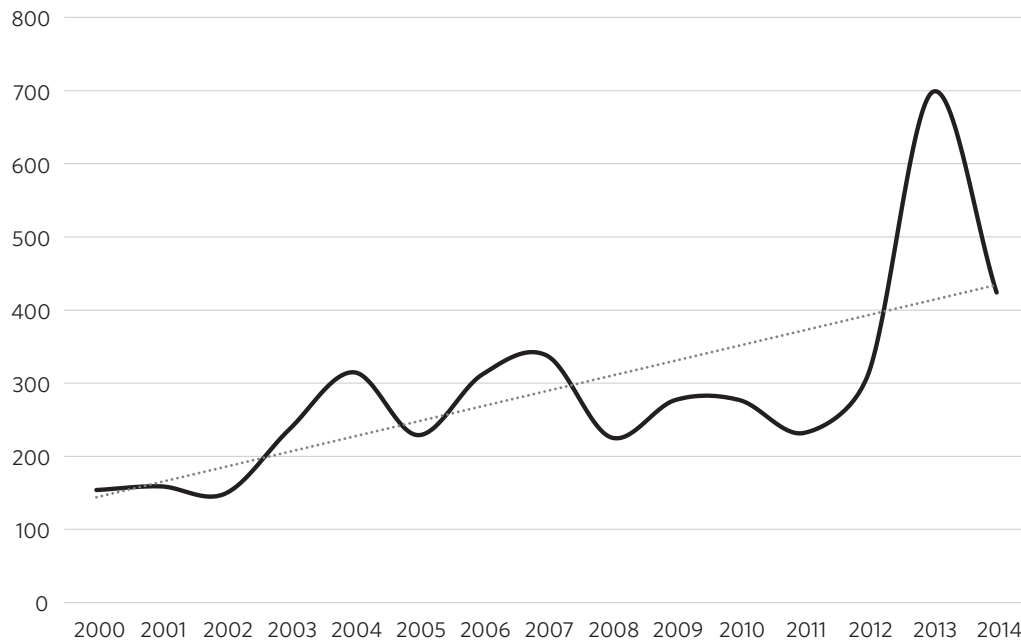
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Gráfico A.1. Variación de las dotaciones de médicos y enfermeras (en %) 2005 - 2015



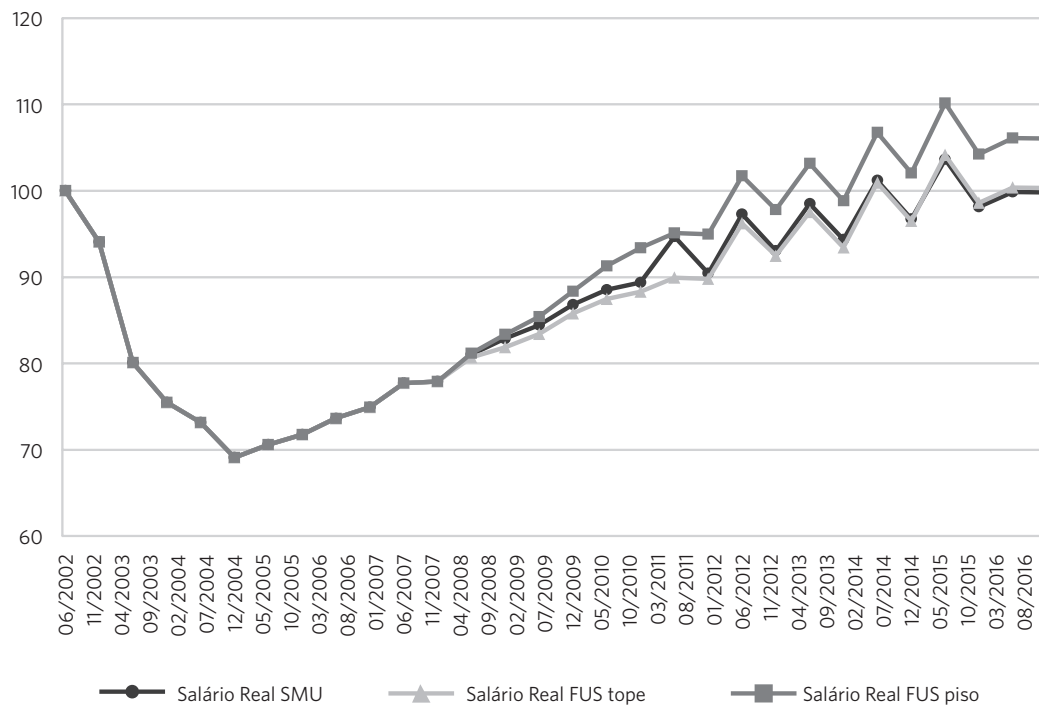
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH 2005 y 2015 del INE.

Gráfico A.2. Evolución de los egresos de la Facultad de Enfermería de la UdelAR



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas Básicas de la UdelAR.

Gráfico A.3. Evolución de laudos salariales del subsector privado. 2002 - 2016. Salario real - Base enero 2002



Fuente: Elaboración propia en base a datos MTSS.

Migración de enfermeros suramericanos y mercosurianos: conceptos, determinantes y la producción de conocimiento

Migration of nurses from South America and from Mercosur: concepts, determinants and the production of knowledge

Ana Luiza Stiebler Vieira¹, Maria Helena Machado²

RESUMEN El objetivo fue el de identificar los conceptos y determinantes de la migración cualificada, la producción de conocimiento sobre migración de los enfermeros de América del Sur y del Mercosur y analizar la migración de los enfermeros suramericanos y mercosurianos. La literatura fue levantada de la base de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs) y de internet, teniendo como criterio de inclusión los estudios de migrantes en América del Sur y Mercosur. Se presentaron con mayor intensidad la migración extrarregional y temporal, la migración intrarregional oriunda de los países subdependientes y, en el Mercosur, la permanencia de la incipiente migración. Como brechas de conocimiento, se destacaron las vivencias de los migrantes y estudios de los enfermeros brasileños en la migración extrarregional.

PALABRAS-CLAVE Recursos humanos en salud. Enfermeros. Migración.

ABSTRACT The aim of this study was to identify the concepts and determinants of qualified migration; the production of knowledge on migration of nurses from South America and Mercosur, and analyze the migration of nurses from South America and from Mercosur. Literature was collected in the Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) database and on the internet, with the criteria for inclusion of the studies of migrants in South America and Mercosur. It was presented with greater intensity: the extrarregional and temporary migration; the intraregional migration from underdeveloped countries and, within Mercosur, the permanence of the incipient migration. As for the knowledge gaps, the experiences of migrants and studies of Brazilian nurses in extrarregional migration were highlighted.

KEYWORDS Health manpower. Nurses. Migration.

¹ Enfermera. Doctora en enfermería. Investigadora titular de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Investigadora del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. stiebler@ensp.fiocruz.br

² Socióloga. Doctora en sociología. Investigadora titular de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordinadora del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. machado@ensp.fiocruz.br

Introducción

Según Pizarro (1993), desde los años 1970 la emigración de profesionales y técnicos hacia los países industrializados empezó a preocupar a los países en desarrollo. Desde entonces, ha dado origen a numerosos estudios y ha reintegrado debates en foros internacionales. La emigración de estos grupos, como destacó el autor, se distingue de los otros seguimientos de la fuerza de trabajo dado que significa la pérdida de recursos humanos valiosos, de alto costo de formación e indispensables, tanto para elevar el bienestar de la población como para avanzar en el campo de la salud, la investigación científica, la tecnología y la cultura.

Especialmente desde la década de 1990, la migración de enfermeros ha sido objeto de interés en estudios individuales y en las redes intrarregionales e internacionales, como, por ejemplo, la Red Observatorios de Recursos Humanos en Salud – Región Cono Sur y la Red Internacional de Migración de Enfermeras – Red Migren. La principal preocupación de ellas está relacionada con la pérdida de enfermeros en los países en desarrollo, unida al mismo tiempo a su escasez, tanto en los países exportadores como en los receptores. La migración de enfermeros se ha caracterizado por la demanda de estos profesionales no para el desarrollo tecnológico y científico, sino esencialmente para el suministro de la fuerza de trabajo en salud en los países desarrollados. Además, en la migración interna de estos profesionales en América Latina ha prevalecido la búsqueda de mejores condiciones de vida y trabajo en los países subcéntricos.

En lo que se refiere a las migraciones internacionales recientes en el Cono Sur, Patarra (2000) apuntó como prevalecientes dos patrones: la migración hacia los países industrializados o desarrollados denominada para la emigración de América Latina y el Caribe como migración extrarregional por Villa y Pizarro (2000), y la migración intrarregional denominada también adoptada por Villa y Pizarro (2000).

El primer patrón, según Patarra (2000), viene

creciendo a medida que los países latinoamericanos consolidan sus sistemas educativos y amplían los sectores medios de sus sociedades, generando así la aspiración a la movilidad social ascendente. Este último hecho, aliado a la incapacidad de absorción y retención de los recursos humanos calificados y a la percepción, por medio de las formas de comunicación, de los hábitos de consumo y de los estilos de vida en los países desarrollados, redundan en potencialidades migratorias. Villa y Pizarro (2000) consideraron que la migración extrarregional constituye un caso de migración sur-norte que trae repercusiones para los países de América Latina y el Caribe, entre ellas, la pérdida de recursos humanos calificados y el riesgo que los migrantes no se insertan en los países de destino. Implica también, de acuerdo con estos últimos autores, la formación de comunidades transnacionales de migrantes, redundando en mayor migración.

En el segundo patrón, o en la migración intrarregional, Villa y Pizarro (2000) destacaron como factores facilitadores la proximidad geográfica y cultural y, como característica, el destino preferencial hacia los países regionales con mayor desarrollo, generadores de empleo y de mayor grado de equidad social, y, principalmente, que las corrientes migratorias intrarregionales históricamente cambian su destino o, incluso, retornan a los países de origen, dependiendo de las contingencias económica y sociopolítica de estos países en la región latinoamericana y caribeña. De acuerdo con Patarra (2000), aunque la migración intrarregional no constituye un fenómeno nuevo en América Latina, recientemente, con los procesos de integración, globalización económica y la apertura de mercados, viene asumiendo formas más dinámicas y expresivas, envolviendo incluso movimientos migratorios entre las grandes metrópolis de los países del Mercado Común del Sur (Mercosur).

Teniendo a la vista como última etapa del Mercosur el libre tránsito de personas y, de esta forma, de profesionales como los enfermeros, tuvimos como objetivo identificar los conceptos

de migración inherentes a los enfermeros; los determinantes de la migración cualificada; la producción de conocimiento sobre migración de los enfermeros de América del Sur y del Mercosur; y analizar la migración de los enfermeros suramericanos y mercosurianos.

En el movimiento de los enfermeros se entendió como migrantes profesionales o migrantes cualificados, aquellos que se formaron en sus países de origen, y no entre los migrantes en cada país que se graduaron en los países de destino; y como migrantes altamente calificados, aquellos profesionales que además de atender al primer requisito relativo al origen de la formación, poseen los diferentes niveles de postgrado, aunque dependiendo sobre todo de su experiencia.

Métodos

Tanto para la identificación de los determinantes de la migración cualificada como para la selección, entre los conceptos de migración más adecuados a la migración de enfermeros, se utilizaron los de estudios analíticos de demógrafos y sociólogos. La producción de conocimiento sobre el tema fue levantada de la base Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs) y por medio de internet, teniendo como criterio de inclusión los estudios y encuestas sobre enfermeros migrantes en América del Sur y en los países Miembros del Mercosur.

Conceptos y determinantes de la migración cualificada

Portes (1997) considera en la emigración cualificada que la relación entre los diferentes niveles de determinación para la migración estaría dada por los factores estructurales que se imponen a procesos más específicos. En esta perspectiva estructural, el autor propuso la distinción de factores determinantes en tres niveles: primario o internacional, secundario o estructural interno y terciario o individual.

Los factores de nivel primario que ocurren en el ámbito internacional, serían las diferencias socioeconómicas entre los países centrales y los dependientes. Dentro de América Latina, esas diferencias se expresan en la existencia de algunos países que actúan como 'subcéntricos' y otros como 'subdependientes' en un marco de una inserción económica en el ámbito mundial. De este modo, la migración de mano de obra calificada estaría determinada por la presencia de ventajas tales como el mayor desarrollo socioeconómico y mejores condiciones de vida.

Los factores de nivel secundario que ocurren en el ámbito interno de cada país serían, básicamente, el desequilibrio entre la capacidad de producir profesionales calificados y la capacidad de absorberlos. No se trata sólo de un *superávit* de mano de obra calificada (producido por la dinámica del sistema educativo), sino, principalmente, de las limitaciones del sistema productivo para emplear esos recursos y, paradójicamente, de reiterados *déficit* en áreas de vital importancia (como los servicios médicos, la investigación científica y tecnológica) para el desarrollo económico y social de un país.

En los factores de nivel terciario, que ocurren en el ámbito individual, la decisión de emigrar dependería tanto de la edad, del estado civil y de las cargas familiares como de los estímulos ofrecidos al profesional, entre ellos el nivel de remuneración y el acceso al desarrollo profesional.

Portes (1997) destacó que ese conjunto de factores, de diferentes niveles, se entrelazan e intervienen en la decisión de emigrar en los trabajadores calificados, entre ellos, los profesionales de salud, en los que, particularmente, se insertan los enfermeros.

Además de estos factores apuntados por Portes, es pertinente destacar, como factor importante en la decisión de emigrar, los estímulos de las experiencias migratorias positivas de amigos, de profesionales conocidos de la misma formación y de familiares, los cuales crean redes de apoyo a los nuevos inmigrantes, usualmente organizadas en torno a la nacionalidad de origen. Redes que se hacen presentes

también entre los inmigrantes internacionales, calificados o no, de diversas nacionalidades, residentes y establecidos en países desarrollados o en desarrollo.

Pellegrino y Pizarro (2001) apuntan tres factores determinantes para la migración cualificada en los países desarrollados: el demográfico, el tecnológico y el cultural. El factor demográfico es pertinente al envejecimiento de sus poblaciones y la reducción de jóvenes, significativamente con ingresos insuficientes tanto en la formación como en el mercado de trabajo. Así, los países centrales generan expectativas para la emigración de los países en desarrollo – demográficamente más jóvenes – e implementan programas de captación de mano de obra calificada en diferentes sectores. El factor tecnológico se refiere al gran avance científico de los países centrales generadores de empleos en diferentes áreas. A su vez, el factor cultural está representado por el menor ingreso de los nativos jóvenes en carreras de ciencia y tecnología, dando oportunidad de esa forma a la oferta de ingreso de estudiantes extranjeros en esas áreas.

La migración por compensación demográfica ha sido denominada ‘migración de sustitución’. Para ella los países desarrollados utilizan diferentes escenarios en la estimación de migrantes necesarios, en los diferentes sectores y por período de tiempo (PELLEGRINO; PIZARRO, 2001). Las necesidades en los países desarrollados de recursos humanos cualificados, con preferencia para determinadas profesiones, han generado en cada país a lo largo del tiempo políticas migratorias que incorporan los derechos civiles, dependiendo de la demanda del tipo de cualificación profesional, transformando así esa absorción en ‘migración permanente’. Al mismo tiempo, estos países también vienen adoptando la ‘migración selectiva’, de carácter temporal y destinada a trabajadores calificados requeridos en los países de destino (PELLEGRINO; PIZARRO, 2001).

Actualmente para la migración selectiva se ha echado mano, además de las políticas y legislaciones migratorias en cada país, de la

contratación de agencias privadas de reclutamiento de recursos humanos en los países en desarrollo. Estas agencias, usualmente contratadas por instituciones de salud de los países desarrollados, asumen la intermediación en los costos del viaje, cursos y pruebas de suficiencia en la lengua extranjera, revalidación del título y vivienda. Los costos son resarcidos a las instituciones y a las agencias por el inmigrante a partir de su ingreso en el empleo de carácter temporal, con gran carga horaria de trabajo y remuneración insuficiente para hacer frente a la deuda y a las condiciones de vida en el país de destino.

Como denominó Ianni (1995), el trabajador cualificado puede ser considerado como ‘ciudadano del mundo’. Sin embargo, se entiende que no todos los cualificados pueden ser considerados así. En el sector salud, en principio, tanto los médicos como los enfermeros podrían ser denominados ‘ciudadanos del mundo’ teniendo en mente la transnacionalidad de la naturaleza del objeto y del producto de sus trabajos, cuyo foco es, de forma individual o colectiva, la asistencia a la salud, independientemente de la nacionalidad de la población a asistir. Sin embargo, como el concepto de ciudadanía presupone el ejercicio de los derechos y deberes civiles, políticos y sociales establecidos en las Constituciones de los países, solamente la transnacionalización del trabajo médico y de la enfermería no garantiza, a priori, ese *status*. Si la demanda de estos profesionales se caracteriza como temporal y generada por la insuficiencia de recursos humanos, hasta que se forme un contingente necesario en los países de destino, o incluso, que esos renueven la insuficiencia con otras levas de profesionales, más apropiado sería adoptar el término ‘trabajador del mundo’ para el médico y el enfermero, como ejemplarmente se constituye el médico cubano.

Se piensa también que la migración de médicos y enfermeros, en principio, no se configura como ‘*brain drain*’, considerando la característica principal de movilidad de estos en virtud del requerimiento de sus servicios profesionales. Se aplica, sin embargo, entre

aquellos profesionales con alta calificación y especialidad, generadores y o poseedores de conocimientos y de técnicas tanto en la asistencia a la salud como en la educación.

Para Pellegrino y Pizarro (2001), no obstante, en el mundo globalizado la universalidad es una cualidad intrínseca en el mundo académico y la investigación. A esa visión se agregan las peculiaridades del sector salud, en el cual la generación de conocimiento, técnicas, tratamientos y cuidados, en particular, provenientes de los médicos y de los enfermeros, tienen el carácter público y transnacional, aun siendo estos profesionales poseedores de la autoría del desarrollo de nuevas tecnologías. Diferente de la lógica de los secretos tecnológicos, la detención de patentes y de mercados de productos industriales, aunque están presentes en la industria farmacéutica. Es importante considerar, como reflejan Pellegrino y Pizarro (2001), que el crecimiento de los medios de comunicación ha potenciado los intercambios, la realización de proyectos a escala supranacional y la configuración de redes de investigadores, y que las tecnologías de comunicación propician el intercambio de conocimiento y la capacitación a distancia, principalmente en el área de la salud y la educación. En los países en desarrollo se considera que la tendencia, en el caso de los médicos y de los enfermeros altamente cualificados, es la coexistencia del '*brain drain*' con el '*brain exchange*', resultando en este último no en la migración de personas sino en la virtual 'migración de habilidades'.

Migración extrarregional e intrarregional de enfermeros de la América del Sur y de Mercosur

Señalamos los estudios que abordaron investigaciones de enfermeros migrantes, extrarregionales e intrarregionales, de América del Sur y de los países miembros del Mercosur.

Entre 1992 y 1994, Abramzón (1995), en un trabajo sobre la situación de los recursos humanos en salud en Argentina, entre ellos

los enfermeros, especificándola en cuanto a su participación cuantitativa en los planteles de salud y de enfermería, a su escasez nacional, su formación, su reglamentación y su habilitación, así como por las condiciones de trabajo y remuneración, señaló – sobre la base de la estimación de la Organización Panamericana de la Salud/Argentina (Opas-Argentina) – que cerca de 2.000 enfermeros atraídos por la oferta de mejores salarios en otros países, entre ellos Estados Unidos, España, Italia y Australia, habían abandonado el país. Caracterizando así la migración extrarregional de enfermeros argentinos, aun y cuando no se tenía información sobre la migración temporal.

En Uruguay en 1993, el levantamiento de datos del 1º Censo Nacional de Enfermería Profesional – además de la caracterización de la enfermería bajo diversos aspectos – detectó la existencia de 1.801 enfermeros en el país y la emigración de 202 (11,2% de los recursos humanos nacionales) trabajando en el exterior, principalmente en países europeos, correspondiendo, por lo tanto, a la migración extrarregional. El Censo también identificó que entre los enfermeros trabajando en el país, 135 profesionales ya habían emigrado temporalmente. Entre estos últimos, 63 trabajaron en Europa (42 en Suiza, 7 en España, 7 en Suecia, 4 en Italia y 3 en Francia); 42 en América del Sur (27 en Argentina, 6 en Venezuela, 2 en Bolivia, 2 en Brasil, 2 en Chile, 2 en Paraguay y 1 en Ecuador); 13 en América del Norte (11 en los Estados Unidos y 2 en Canadá); 2 en Australia; y otros 15 enfermeros a otros países. En cuanto al deseo de emigrar, 571 (31,7%) enfermeros uruguayos declararon esa predisposición, principalmente para la migración extrarregional en dirección a Europa, aproximadamente 417 profesionales (77,1% entre los 571), a Estados Unidos y Canadá 37 (6,8%), a Australia 5 (0,9%), a otros países no identificados 25 (4,6%), y apenas un 57 (10,6%) de los enfermeros predispuestos a la migración interregional, teniendo como preferencias a Brasil (28), Chile (14), Argentina (13), Colombia (1) y Paraguay (1) (INE; CEDU, 1993).

Malvárez (2005) analizó en América Latina

la formación de los enfermeros, la producción y difusión del conocimiento, las organizaciones de enfermería, las políticas de recursos humanos y el trabajo de los enfermeros (gestión, composición, condiciones de trabajo, salarios, regulación, escasez y escasez y migración). En referencia a la migración de enfermeros en América Latina, presentó un panorama para la mitad de la década del 2000, – correspondiente a la migración extrarregional –, apuntando que en Argentina existían empresas italianas que reclutaban enfermeros y ofertas atractivas de empleos en los Estados Unidos, Canadá y Australia. En Uruguay, los enfermeros ya habían comenzado a emigrar a España, Estados Unidos, Canadá e Italia (en ese último país por intermedio de empresas italianas). En Paraguay, ya se observaba la emigración de enfermeros hacia España, Italia y otros países de Europa. En Perú, ya había también señales de emigración de enfermeros a otros países (principalmente Italia) atraídos por empresas y contratos internacionales (MALVÁREZ; AGUDELO, 2005).

En la perspectiva de las investigaciones de la migración extrarregional, en un estudio cuantitativo para los años 2004 y 2005 Rígoli, Malvárez y Domínguez (2007) apuntaron un total de 34.122 enfermeros de América del Sur y de América Central inmigrantes en Estados Unidos y Canadá (representando 1, 3% del total de 2.613.511 enfermeros en esos dos países). De ese total de inmigrantes cerca del 28,0% eran bolivianos, 9,0% colombianos, 8,0% venezolanos, 5,0% uruguayos, 3,0% brasileños, 2,0 Argentinos y 1,5% chilenos (los otros 43,5% del total de estos inmigrantes procedían, en secuencia decreciente, de Guatemala, Nicaragua, Panamá, El Salvador, Honduras, México y Costa Rica).

El estudio realizado por la Orden de los Enfermeros de Portugal (OEP, 2007) analizó bajo variados aspectos a los enfermeros extranjeros en el país (caracterización de la nacionalidad, edad, estado civil, género, tiempo de permanencia, sector de actividad, motivos de

la migración, motivo del deseo de regreso al país de origen, factores de permanencia en Portugal y percepción de dificultades y discriminaciones). Tal estudio, realizado entre 2.135 enfermeros extranjeros, constató como segundo mayor contingente 197 brasileños migrantes (siendo los españoles los más presentes con 1.362 profesionales, además de la presencia de angoleños, franceses, guineanos, moldavos, alemanes, ingleses, ucranianos y santomenses). Entre los 197 brasileños, sólo 34 respondieron al cuestionario. El estudio destacó, específicamente sobre estos que los factores de decisión para su migración fueron el seguimiento y la reunificación familiar, tratándose, en este caso y sin duda, de migración extrarregional. Todavía, sin información alrededor del retorno o no, se puede inferir que, al menos para la mayoría, se trata de migración definitiva dadas las motivaciones familiares. Es importante, además, destacar las discriminaciones sufridas por los enfermeros inmigrantes: desconfianza y falta de cordialidad de los enfermeros locales, no aceptación de los enfermos en la atención y cuidados, desconfianza hacia la formación, las competencias y la transferencia de responsabilidad hacia los inmigrantes por parte de los enfermos y familiares en situaciones de insatisfacción con los servicios de salud. Llama la atención que estas situaciones fueron más frecuentes con los enfermeros españoles, profesionales con cercanía geográfica y cultural y pertenecientes al mismo bloque de integración, la Unión Europea.

En ese mismo período, en un estudio analítico sobre el escenario internacional de migración de enfermeros, Varella y Pierantoni (2007) señalaron el desequilibrio entre los países centrales y los periféricos. Además de presentar la considerable capacidad de formación de estos profesionales y la presencia de agencias reclutadoras de Italia y Estados Unidos en Brasil, describieron los resultados de estudios cuantitativos y cualitativos realizados en Australia. Los principales problemas residían en la escasez de enfermeros, así como en la necesidad de implementación de medidas

motivadoras para la reintegración de aquellos que se evadieron del mercado de trabajo. Resaltaron que ante la enorme necesidad de enfermeros, el reclutamiento y la fijación de estos en Australia son prioridades de Gobierno. Los países centrales, particularmente Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos, que el *déficit* de enfermeros viene siendo suplido cada vez más de profesionales de los países en desarrollo y bajo la utilización de estrategias de reclutamiento de recursos humanos.

Posteriormente, Rodríguez, Muñoz y Hoga (2014), analizando la migración intrarregional de acuerdo con las historias de vida de 15 enfermeras inmigrantes en dos hospitales de Chile (7 colombianas, 4 uruguayas, 3 ecuatorianas y 1 brasileña), señalaron como características sociodemográficas la edad joven (las colombianas con menos de 30 años, las uruguayas de 27 a 32 años, las ecuatorianas de 32 a 42 años y la brasileña con 44 años) y profesionales: apenas la brasileña poseía el doctorado y una ecuatoriana la especialización. A excepción de dos ecuatorianas, con 12 y 7 años de actuación profesional en Chile, todas las demás enfermeras trabajaban desde hacía menos de 5 años en los hospitales. Se destaca que la brasileña con doctorado trabajaba apenas hacía 1 año en el país. Entre las 15 inmigrantes, 8 estaban casadas, 6 solteras y 1 separada. Las autoras analizaron que los factores motivadores para la emigración fueron la escasez de empleos en los países de origen, la baja remuneración y las pocas posibilidades de desarrollo profesional. Como factores facilitadores de ella indicaron: la homologación de los diplomas como resultado de acuerdos bilaterales de reconocimiento entre los países de América del Sur, la falta de profesionales en Chile y la red formada por enfermeras trabajando ya en los hospitales, por amigos, parientes, novios o maridos. Con todo, como identificaron las autoras, las inmigrantes pasaron, entre otras, por dificultades de relación discutible y desigual con los colegas, desconfianza sobre la formación, rechazo, sensación de vulnerabilidad por la falta de apoyo, desamparo y soledad, sobrecarga y

estrés en el trabajo y discriminaciones en cuanto al color de la piel y a la diferencia de estatura.

Todavía en el año 2010, Silva *et al.* (2016), analizando los datos de los Censos Demográficos de Brasil, encontraron que del total de 355.383 enfermeros residentes en el país para ese año, en comparación con el año 2005, 36.479 (10,3%) declararon desplazamientos por migración intraestadal, 17.525 (4,8%) por migración interestatal y 871 (0,2%) por migración internacional. Es posible que este último grupo corresponda a la migración extrarregional o incluso a la migración intrarregional, ya que no se identificaron los países de destino de los 871 emigrantes temporales. Los autores observaron, sin embargo, en comparación con los otros dos grupos que estos migrantes internacionales eran en su mayoría casados, del grupo de edad más avanzada y los que menos estaban insertos en el mercado de trabajo en ese año. Así, dedujeron que el retorno al Brasil puede haber sido motivado por factores familiares. Destacándose, en ese estudio, su importancia en lo que respecta a la identificación, en el propio país, de los enfermeros emigrantes.

Por un camino inverso, pero de igual importancia, la identificación de los enfermeros migrantes de los países de América del Sur y de los países miembros del Mercosur fue proporcionada y publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2011 bajo la coordinación general de Silvina Malvárez, utilizando la estrategia de levantamiento de información en cada país de los inmigrantes de acuerdo con los países de origen, posibilitando así el conocimiento de los emigrantes de cada país participante del estudio de migración intrarregional. En algunos casos, se identificaron a los migrantes extrarregionales. De esta forma, en los países miembros del Mercosur, los enfermeros inmigrantes en Argentina fueron analizados por Heredia y Grinspun (2011); en Brasil por Vieira *et al.* (2011) y por Souza *et al.* (2011), aunque estos últimos hallan restringido el análisis a tres estados

de la Región Sur; en Uruguay por Schiari (2011); en Paraguay por Cabral y Velázquez (2011) y en Venezuela por Cárdenas (2011). Los otros países de América del Sur participantes del estudio fueron: Bolivia por Rivera (2011); Chile por González y Vidal (2011); Colombia por Laverde y Agudelo (2011); Ecuador por Morales y Brito (OPS, 2011)

y Perú por Rondón (2011).

Sin restringirse a los enfermeros, el panorama general de la migración del personal de enfermería basado en el análisis de los diez países participantes del estudio fue elaborado por Malvárez *et al.* (2011), pudiendo ser visualizada en cada país la inmigración y la emigración de este personal en la *tabla 1*.

Tabla 1. Enfermeros, técnicos y auxiliares inmigrantes y emigrantes en el Mercosur y en la América del Sur

Países	Inmigrantes	%	Emigrantes	%
Argentina	213	14,6	S/I	-
Brasil	513	35,1	S/I	-
Uruguay	23	1,6	45	0,3
Paraguay	35	2,4	400	2,6
Venezuela	330	22,6	S/I	-
Total Mercosur	1.114	76,3	445	2,9
Bolivia	S/I	-	S/I	-
Chile	317	21,7	11	0,1
Colombia	0	-	182	1,2
Ecuador	28	2,0	99	0,7
Perú	0	-	14.424	95,1
Total General	1.459	100,0	15.161	100,0

Fuente: Malvárez *et al.* (2011).

Se percibe en el estudio que en el personal de enfermería de los 15.161 emigrantes sólo 1.459 (9,6%) se dirigieron a los países de América del Sur, siendo, por lo tanto, la migración intrarregional bastante inferior a la migración extrarregional para todas las categorías de enfermería. En la migración intrarregional, se destacaron como países receptores: Brasil, Venezuela, Chile y Argentina. Como principales expulsos de los profesionales de enfermería: el Perú, seguido, con marcadas diferencias cuantitativas, de Paraguay, Colombia y Ecuador. Esta constatación de la migración igualmente de técnicos y auxiliares de enfermería además de los enfermeros, viene a reforzar

la presencia de la escasez y, al mismo tiempo, la pérdida de recursos humanos de enfermería en los países de América del Sur y demuestra, además, que algunos países (Brasil, Venezuela, Chile y Argentina) actuaron como subcéntricos en la región.

En cuanto la migración de enfermeros, en la investigación de la OPS se tiene:

- 1) En la Argentina, en 2006, Heredia y Grinspun (2011) encontraron a 19 enfermeros inmigrantes en el total del personal de enfermería (213). De las 19 enfermeras, 17 (89,5%) eran originarias de los países de América del Sur (principalmente de Perú,

Bolivia y Chile); el 57,9% de ellas tenían entre 32 y 41 años, residían en el país desde hacía más de 7 años, eran en su mayoría casadas; y los 3 principales motivos de migración fueron los familiares, los económicos y la búsqueda de desarrollo profesional.

2) En el Brasil, en 2005, según Vieira *et al.* (2011), del total de 513 inmigrantes de enfermería, 92 (18,0%) eran enfermeros inmigrantes (los otros 421 estaban integrados por 90 enfermeros que se graduaron en Brasil y 331 técnicos y auxiliares, con 252 formados en Brasil y 79 en el exterior). Los 92 enfermeros inmigrantes se dirigieron principalmente a dos regiones: 39 (42,4%) hacia el Norte (región históricamente más desprovista de recursos humanos de salud y de enfermería) y 30 (32,6%) para el Sudeste (región más desarrollada del país y concentradora de la oferta de formación, empleos y aprovisionamiento de profesionales). En cuanto al origen de los 92 enfermeros inmigrantes en Brasil, 41 (44,6) eran procedentes del Perú y apenas 8 (8,7%) del Mercosur, precisamente de Argentina y Uruguay 6 (6,5%), de Chile 5 (6,5%), de Colombia (5,4%) y 4 (4,3%) de Bolivia. Así, provenientes de América del Sur, se contabilizaban 64 (69,6%). Los demás inmigrantes (28), además de los 6 provenientes de Cuba, eran originarios de diferentes países y continentes (Europa, Canadá, EEUU, Rusia, China, Japón, Palestina, India, Malasia, Kenia y Guinea-Bissau).

(3) En el Uruguay, Schiari (2011) detectó hasta 2004 la presencia de 23 enfermeros inmigrantes, 14 originarios de Chile, 2 de Brasil, 2 de Cuba y 1 enfermero de Argentina, Paraguay, Colombia, Perú y México. Fue posible la entrevista con 8 inmigrantes, los cuales tenían su situación regularizada, manifestaron su deseo de permanecer indefinidamente en el país y declararon que los motivos para la migración fueron la estabilidad económica

de Uruguay y la posibilidad de desarrollo profesional. La mayoría tenía más de 42 años, casados con nativos, estaban insatisfechos con los salarios y la mitad trabajaba en instituciones públicas. Relataron que el trámite de reconocimiento del título tardó de seis a dieciocho meses, se sentían valorizados en el trabajo e insertos socialmente.

(4) En el Paraguay, en 2007, de los 35 inmigrantes del personal de enfermería, Cabral y Velázquez (2011) distinguieron a 20 enfermeros cuyos países de origen eran: 9 de Argentina, 3 de Brasil, 3 de Chile, 1 de Colombia, 3 de los EE.UU y 1 de Canadá. Las razones de la emigración principalmente fueron la económica, seguida de la profesional y familiar. Mayoritariamente casados, domiciliados desde hacía más de 7 años en el país y trabajaban en hospitales privados. En relación al salario, 10 enfermeros recibían entre 300 a 400 dólares mensuales, 4 tenían remuneraciones entre 600 a 800 dólares y otros 4 un máximo de mil dólares mensuales. Los autores, a través de la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud (MSPBS), obtuvieron los datos de emigración de la enfermería entre el año 2006 y en el primer semestre de 2007, registrando 54 enfermeros que se habían dirigido a Italia y 89 auxiliares principalmente a España (80), Argentina (4) EE.UU. (3), Sudáfrica (1) y Noruega (1).

(5) En Venezuela, según Cárdenas (2011) en 2010 del total de 330 enfermeros inmigrantes 307 eran cubanas que trabajaban por convenios de cooperación temporalmente en las misiones de Barrio Adentro. La autora señala 23 inmigrantes que lo hacían en el estado Zulia y cuyos países de origen eran Colombia (20), Perú (1), Chile (1) y Cuba (1). Entre las 23 inmigrantes, 14 accedieron a participar en la investigación. Así, de ellas el 97,0% ejercía sus actividades sin revalidación del título, el 71,4% estaban casadas, el 64,2% sin hijos y el 50,0% con

edades entre 22 y 41 años. Las razones señaladas como motivos para la salida de sus países de origen correspondían principalmente a las profesionales, a las condiciones de trabajo y a las familiares.

(6) En Bolivia, en 2007, Rivera (2011), a través de de aplicación por muestreo de cuestionarios a de 600 enfermeros y a de 600 auxiliares, (además de 97 entrevistas en las instituciones formadoras de salud en el Colegio de Enfermeras), estimó que el 18,0% de los enfermeros habían migrado hacia el interior del país y que el 8,0% migró hacia el exterior; debiéndose esta última emigración, principalmente para la especialización, a un convenio entre el Colegio de Enfermeras e Italia. El autor detectó también, en el estudio muestral que el 77,0% de los enfermeros y el 75,0% de los auxiliares de enfermería informaron el deseo de emigrar hacia el exterior, concluyendo, por lo tanto, que el país se convirtió en expulsor de profesionales calificados, constituyendo una gran pérdida para la asistencia a la salud en el interior, donde prevalecía el poco desarrollo económico y la pobreza.

(7) En Chile, entre 2002 y 2006, González y Vidal (2011), utilizando fuentes secundarias, obtuvieron el resultado de acuerdo con el cual del total de 317 inmigrantes de enfermería, 110 eran enfermeros y que 11 profesionales habían emigrado a Estados Unidos y Canadá. Entre los 110 inmigrantes en el país, 30 eran originarios de Ecuador (27,3%), 24 de Perú (21,8%), 20 de Colombia (18,2%), 13 de Cuba (11,8%), 10 de Uruguay (9,1%), 6 de Brasil (5,5%), 3 de Argentina (2,7%), 2 de Venezuela (1,8%) y 2 de Bolivia (1,8%). De 110 inmigrantes, siendo localizados, 24 que participaron en el estudio cualitativo: 16 de Perú, 5 de Ecuador, 2 de Brasil y 1 da Nicaragua. Entre los encuestados, todos tenían sus títulos reconocidos y revalidados facilitados por los convenios,

69,6% eran menores de 41 años, 62,5% casados, 83,3% residían por más de 5 años de permanencia en el país y 75,0% manifestaron la intención de permanecer en Chile. Las razones de la salida de los países de origen, con las mayores frecuencias, eran las familiares, las políticas, la inseguridad, las económicas, las condiciones culturales y las del desarrollo profesional.

(8) En Colombia para 2010 Laverde y Agudelo (2011), aunque hicieron esfuerzos en diferentes instituciones, no encontraron datos de enfermeros inmigrantes en el país. Sin embargo, a través de la Asociación Nacional de Enfermeras, encontraron que 182 enfermeras habían emigrado en los últimos cuatro años, principalmente a los EE.UU (151), Canadá (24), Australia (2), España (2), Inglaterra (1), Italia (1) y Dinamarca (1). Los autores lograron realizar análisis cualitativos con 23 enfermeros viviendo en el exterior. De estos el 21,7% tenía entre 22 y 31 años, el 26,1% entre 32 y 41 años, el 34,8% de 42 a 51 años, el 73,9% estaba casado, el 52,2% con 1 a 2 hijos, el 82,6% vivía con sus familias, el 39,1% residía desde hace más de 7 años en el país de destino, el 82,6% estaba en situación legalizada, el 56,5 tenían su título reconocido. Y la principal motivación para la emigración fue la familiar (emigración con la familia y también de reunificación familiar).

(9) En Ecuador, Morales e Brito (2011) registraron una existencia de 28 enfermeros inmigrantes en el país y 99 emigrantes (principalmente para Italia, EUA, Canadá y Chile). Entre os 28 inmigrantes, 20 aceptaron participar en el estudio cualitativo, y sus características fueron: todas eran del sexo femenino, tenían más de 42 años, 75,0% estaban residiendo hacía más de 7 años, 75,0% eran originarias da Colombia y 25,0% de USA (en misión de hermandad religiosa). Entre las colombianas, 50,0% tenían su título reconocido, 65,0% estaban

casadas y 50,0% tenían de 1 a 2 hijos. Las razones mencionadas para la migración, excepto para las religiosas, eran los factores familiares y el desarrollo profesional.

(10) En Perú, Rondón (2011) realizando esfuerzos para el análisis de los emigrantes, anota que desde 1994 hasta 2007 habían salido del país 14.424 enfermeros. Pérdida considerable de estos profesionales, ya que en 2007 existían un total de 48.368 enfermeros. La autora apunta como características de los emigrantes para el 2007 que el 64,0% tenía entre 22 y 41 años, el 72,0% era soltero, el 96,0% recomendaría la emigración a los enfermeros, el 88,0% había reconocido sus títulos en los países de destino y el factor económico era el principal motivo para la emigración. Recibían en su mayoría, aproximadamente el 88,0%, más de mil dólares mensuales (una remuneración bastante superior en relación al salario en Perú) y enviaban cerca de 100 a 200 dólares al mes a los familiares. Y los principales países de destino los de Europa y los Estados Unidos.

Fort *et al.* (2013), con los resultados del Censo 'Enfermería en el Uruguay' de 2013, caracterizaron la enfermería bajo diversos aspectos y detectaron 9 enfermeros licenciados trabajando en otros países, representando el 0,1% del total de 3.946 de esos profesionales en el país, contraponiéndolo al mayor resultado, de 202 inmigrantes en el 1er Censo Nacional de Enfermería Profesional.

La investigación de (MACHADO *ET AL.* 2016), de acuerdo con el Perfil de la Enfermería en Brasil (centrado en las características socioeconómicas de formación, de acceso a la información técnico-científica, de mercado de trabajo, de satisfacción en el trabajo y de relación política y participación de los enfermeros en el país), evidenció que 5.252 profesionales (1,7%) del total de 316.238 enfermeros (registrados en los Consejos Regionales), habían trabajado temporalmente en el exterior y que 58.180

(18,4%) declararon el deseo de trabajar en el exterior. También reveló la existencia de 1.575 inmigrantes profesionales, representado el 0,5% de los enfermeros en el país. Entre estos últimos, los 368 informantes de sus países de origen eran originarios principalmente de Bolivia (219) y de Perú (76), seguidos de los de Paraguay (25), España (24), Argentina (12) y Estados Unidos (12). De esta forma, la principal característica era la de migración intrarregional. El análisis sobre los inmigrantes en Brasil, abordando los estados brasileños de destino, estado civil, franja etaria, tipo de empleo y salario, constituye desde ahora un proyecto del Núcleo de Estudios e Investigaciones de Recursos Humanos en Salud y de la Estación Observatorio de Recursos Humanos de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca/Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Análisis de la migración de los enfermeros suramericanos y mercosurianos

A lo largo de las últimas décadas, es decir de 1992 a 2015, se percibe de forma constante una importante característica en la migración de enfermeros sudamericanos y mercosurianos: la preferencia por la emigración extrarregional (aún sin información de Venezuela y Chile), fenómeno bastante superior a la migración intrarregional. Unida al deseo individual de emigrar – acorde con los factores terciarios de Portes (1997) –, esta predisposición refuerza la elección como países preferentes de destino principalmente Estados Unidos, Italia, Canadá, España, y Portugal, en los que la escasez de recursos humanos desde hace décadas viene siendo apuntada por las Redes de Recursos Humanos en Salud. Los Estados Unidos, Italia, Canadá y Australia han invertido en la estrategia de reclutamiento de enfermeros en América del Sur a través de agencias tercerizadas y como política de gobierno. Este movimiento de migración selectiva se caracteriza también como emigración temporal,

teniendo en cuenta que los contratos tienen una duración media de tres años en los países de destino (EE.UU, Italia) y, además, las experiencias descritas en los relatos de retorno a los países de origen. A excepción, tal vez, por constituir una emigración definitiva, de los emigrantes brasileños en Portugal, motivados por la reunificación familiar.

Todo este marco refuerza el supuesto de que los enfermeros se tipifican como ‘trabajadores del mundo’. Sin embargo, utilizados como mano de obra temporal en el escenario de escasez de recursos humanos en los países desarrollados y, posiblemente, bajo condiciones de trabajo y salario inferiores a las de los locales, al igual que el ejemplo del estudio de enfermeros extranjeros en Portugal (OEP, 2007) que analizó las facilidades, las dificultades de trabajo y las discriminaciones sufridas por los inmigrantes. La brecha se hace evidente en las investigaciones sobre las vivencias, aunque temporales, de los emigrantes sudamericanos en los países desarrollados; e, incluso, de los estudios cuantitativos, al menos, en los países preferenciales de destino de los enfermeros sudamericanos y mercosurianos.

En la migración intrarregional, los estudios retratan, también de forma constante, que en el movimiento migratorio, temporal o definitivo, ha sido preponderante la dirección hacia los países subcéntricos en América del Sur. Así, eligiendo Brasil, Argentina y Chile, confirman entre los factores determinantes de Portes (1997) los de nivel primario, y que la migración calificada dentro de América Latina se expresa en la existencia de países subdependientes y los subcéntricos. Estos últimos con la presencia de ventajas, como el mayor desarrollo económico y social que los países de origen. Corroborando que la mayoría de los inmigrantes intrarregionales eran originarios de Bolivia, Perú, Colombia, Paraguay y Ecuador, y el factor económico como el principal motivo señalado para la migración intrarregional.

Los estudios también evidenciaron que en el movimiento migratorio intrarregional hubo la preponderancia cuantitativa, cerca de tres

veces mayor, de la migración de enfermeros originarios de los países no participantes del Mercosur. Así, la movilidad de los enfermeros mercosurianos, dentro del bloque de integración y en relación a los de los demás países de América del Sur, resultó incipiente; siendo este resultado coherente con la tesis de Vieira (1998), la cual defendió, teniendo en cuenta el contexto social, económico y del mercado de trabajo en salud de los países miembros del Mercosur y considerando el análisis de la dinámica de los factores que concurrían a la movilidad cualificada – sugeridos por Portes (1997) –, que en realidad se anulaban. Por lo tanto, no permitiendo que esta dinámica indicase una tendencia a una migración significativa de los enfermeros, en cualquier dirección, entre los países del Mercosur. Reforzando esa tesis, los estudios demostraron la preferencia para la migración extrarregional entre los enfermeros sudamericanos y mercosurianos, venciendo incluso, la barrera de la lengua extranjera.

En el Mercosur, junto a la poca propensión revelada en los estudios de migración dentro del bloque, en la actualidad permanecen los desafíos aún a ser enfrentados para el libre tránsito profesional: la normalización del entendimiento de lo sería enfermero; las diferencias de su formación, acentuadas a partir de 2009 con la prolongación a cinco años de la duración de los estudios en Brasil; la necesidad de equiparación de la formación y el debido reconocimiento y revalidación de los diplomas. Se observa así que en el Mercosur son los factores de producción los que tienen libre tránsito y que para el capital humano aún no se ha asegurado su libre movilidad.

Según los estudios, como principales países expulsores de enfermeros, tanto para la migración extrarregional como para la intrarregional, se destacaron Bolivia, Perú, Uruguay, Paraguay, Colombia y Ecuador. Es posible que se incluya a Venezuela ante las condiciones políticas y la grave crisis económica del país, incluso con desabastecimiento de mercancías y alimentos, que ya viene resultando en un gran movimiento migratorio de su población. Es importante

destacar que en esos países la salida de enfermeros representa, sí, una pérdida de esos recursos humanos, frente a la escasez interna de ese profesional, aunque a lo largo de los años 2000 la capacidad formadora haya aumentado. Sin embargo, por otro lado, la incapacidad de absorción o la infrautilización de los enfermeros en los países redundan en su expulsión. Reflejando el factor secundario de Portes (1997) y las reflexiones de Patarra (2000) en cuanto al crecimiento de las migraciones internacionales en el ámbito de América Latina, cuyos países van consolidando sus sistemas educativos y, al mismo tiempo, son incapaces de absorber y retener los recursos humanos calificados.

En particular, en Brasil en los últimos años, como bien retrata la investigación Perfil de la Enfermería en Brasil (MACHADO ET AL., 2016), ante la gran capacidad formadora de enfermeros, el país no ha logrado absorberlos, existiendo, inclusive, desempleo de enfermeros. Aun así, sólo el 1,7% del total de enfermeros registrados en los Consejos Regionales había trabajado temporalmente en el exterior y el 18,4%, declararon el deseo de trabajar en el exterior. El empleo del 'apenas' es estrictamente adecuado para el caso de Brasil, dada su incomparable tamaño de formación en relación a los países de América del Sur y del Mercosur. La dimensión brasileña en la capacidad de formación, según Vieira y Moises (2017), resultará en la formación anual de más de 30 mil enfermeros al año, pudiendo ser comparable con el total de enfermeros en cada país del Mercosur. Las autoras apuntan que de 1995 a 2015 se formaron 464.408 nuevos enfermeros, provenientes en su mayoría de cursos privados (aproximadamente 374.942). En 2015, del total de 887 cursos existentes en el país, 726 cursos eran de instituciones privadas de enseñanza (VIEIRA; MOYSÉS, 2017).

En el año 2010, fueron detectados 871 enfermeros que habían emigrado temporalmente (SILVA ET AL., 2016), así como 197 brasileiros viviendo em Portugal (OEP, 2007). Además, que 5.252 profesionales habían trabajado temporalmente en el exterior (MACHADO ET AL., 2016). Partiendo de la existencia de agencias reclutadoras de recursos

humanos de EUA y de Italia en el país y de la evidencia del desempleo (MACHADO ET AL., 2016), se puede suponer que la poca información sobre la emigración de enfermeros constituye una considerable laguna de conocimiento sobre la migración extrarregional de los profesionales brasileños.

Consideraciones finales

Es importante destacar las principales características que surgen de las investigaciones. La preferencia de migración extrarregional de los enfermeros sudamericanos y mercosurianos hacia los países desarrollados, principalmente relacionada con el reclutamiento de mano de obra ante la escasez de recursos humanos en los países de destino, especificando este movimiento como migración selectiva y, al mismo tiempo, como migración temporal, teniendo en cuenta los reclutamientos temporales y los relatos de retorno. La brecha se hizo evidente en investigaciones sobre las experiencias de esos profesionales, los cuales transpusieron la barrera de la lengua extranjera, vivenciaron otras culturas y trabajaron en diversos ambientes de atención a la salud.

En la migración intrarregional, se mostró más significativo el movimiento de enfermeros originarios de los países subdependientes de la región, con dirección preferencial para los subcéntricos, motivados principalmente, por los factores familiares y económicos, en la búsqueda de la reunificación de la familia y de mejores condiciones de vida y de trabajo. Este movimiento profesional puede ser considerado, al menos en su mayoría, como migración definitiva. A excepción de Brasil, en todos los demás países suramericanos esa movilidad representó pérdida de recursos humanos, teniendo en vista internamente en la región la escasez de enfermeros.

Por otra parte, entre los países integrantes del Mercosur la movilidad de enfermeros aún permanece incipiente en comparación con

la migración extrarregional e intrarregional. Considerando en la actualidad las crisis económicas por las que pasan los países subcéntricos dentro del Mercosur, la tendencia en la preferencia de destino para la migración extrarregional podrá redundar en mayor migración, pero por motivaciones económica y social; transformando la migración temporal en migración definitiva hacia los países desarrollados, aún con insuficientes aprovisionamientos de esos recursos humanos.

Particularmente, el movimiento de enfermeros brasileños merece atención para las

investigaciones, considerando las lagunas de conocimiento cuantitativos y cualitativos principalmente de la migración extrarregional. Teniendo en mente que la escasez de enfermeros no constituye un problema en Brasil – aunque haya mala distribución entre las regiones brasileñas –, si es posible que la magnitud de la capacidad formadora, unida a la incapacidad de absorción, puede redundar en la migración extrarregional, principalmente para los jóvenes enfermeros brasileños desempleados. ■

Referencias

- ABRAMZÓN, M. C. Argentina: Situação dos Recursos Humanos em Saúde. En: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. (Org.). *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul/OPS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 47-74.
- CABRAL, C.; VELÁZQUEZ, E. R. Paraguai. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, OPS, Washington, DC, n. 60, p. 161-172, ago. 2011.
- CÁRDENAS, B. Venezuela. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 197-207, ago. 2011.
- FORT, Z. et al. *Enfermería en el Uruguay*. Montevideo: OPS, 2015.
- GONZÁLEZ, L. A. M.; VIDAL, A. R. Chile. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 105-120, ago. 2011.
- HEREDIA, A. M.; GRINSPUN, D. Argentina. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 37-58, ago. 2011.
- IANNI, O. A *Sociedade Global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERAS (INE); COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY (CEDU). *1º Censo Nacional de Enfermería Profesional*. EP Generación, Montevideo, n. 89, nov./dez. 1993.
- LAVERDE, M. C. Q.; AGUDELO, M. C. G. Colombia. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 121-148, ago. 2011.
- MACHADO, M. H. et al. *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen, 2016.
- MALVÁREZ, S. M.; AGUDELO, M. C. C. Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, Washington, DC, n. 39, 2005.

- MALVÁREZ, S. M. *et al.* La migración de enfermeras en América Latina. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 9-32, ago. 2011.
- MORALES, C. F.; BRITO, J. Ecuador. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 149-159, ago. 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL (OEP). *Enfermeiros Estrangeiros em Portugal*. Lisboa: OEP, 2007.
- PATARRA, N. Migrações internacionais e integração econômica no Cone sul: notas para discussão. In: SIMPOSIO SOBRE MIGRACIÓN INTERNACIONAL EM LAS AMÉRICAS, 2000, San José de Costa Rica. *Anais eletrônicos...* San José de Costa Rica, 2000. Disponível em: <www.cepal.org/pupublicaciones/xml/7/10907/LCL1632P.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2017.
- PELLEGRINO, A.; PIZARRO, J. M. Una aproximación al diseño de políticas sobre la migración internacional calificada en América Latina. *Cepal*, Santiago de Chile, p. 23-60, dez. 2001.
- PIZARRO, J. M. Migración intrarregional de mano de obra calificada. *Rev. de la Cepal*, Santiago de Chile, n. 50, p. 127-145, 1993.
- PORTES, A. Los determinantes de la emigración profesional. *Revista Paraguaya de Sociología*, Asunción, año 14, n. 39-40, p. 351-369, 1997.
- RÍGOLI, F.; MALVÁREZ, S.; DOMINGUEZ, K. Migración de Enfermeras de América Latina a Estados Unidos y Canadá. En: ENCUESTO REGIONAL MIGRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD, 2007, Montevideo. *Anais ...* Montevideo: Opas, 2007.
- RIVERA, H. Bolívia. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 59-81, ago. 2011.
- RODRIGUEZ, G.; MUÑOZ, L. A.; HOGA, L. A. K. Vivências culturais de enfermeiras imigrantes em dois hospitais do Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2980.2401>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- RONDÓN, S.V. Peru. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 173-186, ago. 2011.
- SCHIARI, T. I. C. Uruguai. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 187-196, ago. 2011.
- SILVA, K. L. *et al.* Enfermeiros migrantes no Brasil: características demográficas, fluxos migratórios e relação com o processo de formação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24 n. 2, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0390.2686>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- SOUZA, M. L. *et al.* Brasil. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 83-92, ago. 2011.
- VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. A migração de enfermeiros: um problema de saúde pública. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infânt.*, Recife, v. 7, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000200011>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- VIEIRA, A. L. S. *Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da (I) mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde*. 1998. 227 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- VIEIRA, A. L. S.; GARCIA, C. L. M.; SILVA, C. A. Brasil. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, Washington, DC, n. 60, p. 93-104, ago. 2011.
- VIEIRA, A. L. S.; MOYSÉS, N. M. N. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 401-414, abr./jun. 2017.
- VILLA, M.; PIZARRO, J. M. *Tendencias e patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe*. (E) In: SIMPOSIO SOBRE MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN LAS AMÉRICAS, 2000, San José de Costa Rica. *Anais eletrônicos...* San José de Costa Rica, 2000. Disponível em: <www.cepal.org/pupublicaciones/xml/7/10907/LCL1632P.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2017.

Demanda de políticas regulatorias para el ejercicio profesional de la odontología en el ámbito del Mercosur*

Demand for regulatory policies for the professional practice of dentistry within Mercosur

Andréa Lanzillotti Cardoso¹, Maria Helena Machado²

* Este estudio fue desarrollado originalmente, bajo la tutoría de la Dra. Maria Helena Machado, en la investigación de la tesis de doctorado de Andrea Lanzillotti Cardoso titulada 'A odontologia no Brasil e a demanda de políticas regulatórias para o exercício profissional no âmbito do Mercosul'.

¹ Cirujana-dentista. Doctora en salud pública. Profesora adjunta de la Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Profesora de la Faculdade de Odontologia das Faculdades São José – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Investigadora colaboradora del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. andrealanzi.ppc@gmail.com

² Socióloga. Doctora en sociología. Investigadora titular de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordinadora del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. machado@ensp.fiocruz.br

RESUMEN El artículo tiene como objetivo, con miras a la libre circulación de servicios y personas en el Mercosur, analizar los marcos regulatorios de la profesión de la odontología en Brasil. A partir de la revisión de la literatura y de la observación participante, se concluye que existe entre los Estados Partes una asimetría en los procesos de regulación del ejercicio profesional de los odontólogos, corriéndose el riesgo de que esta liberalización genere efectos adversos al mercado de trabajo odontológico brasileño, en cuanto la ausencia de políticas regulatorias para el libre tránsito de esta categoría. Para colaborar en este proceso, fue constituido el Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud, que tiene entre sus contribuciones la construcción de la Matriz Mínima del Registro de Profesionales de la Salud del Mercosur. Las consideraciones finales plantean sugerencias para la demarcación de los obstáculos a la integración, considerando que la profundización de ellas es deseable a los ojos de los gobiernos y que se hace urgente la armonización de las legislaciones y la elección de marcos regulatorios dirigidos a la cuestión.

PALABRAS-CLAVE Odontología. Mercosur. Controles formales de la sociedad.

ABSTRACT The article aims to analyze regulatory frameworks of the dentistry profession in Brazil, with a view to the free movement of services and people in Mercosur. From literature review and participant observation, we conclude that there is an asymmetry between the processes of regulation of the professional practice of dentists among the States Parties, with the risk of that liberalization generating adverse effects on the Brazilian dental job market, in the absence of regulatory policies for free movement of this category. Furthermore, working to collaborate with that process, the Mercosur Permanent Forum for Health Work was constituted, which has among its contributions the construction of the Minimum Matrix of Registration of Health Professionals of Mercosur. To the final considerations, we make suggestions for the removal of barriers to integration, considering it's deepening is desirable for government eyes and that the harmonization of legislation and the choice of regulatory frameworks directed to the issue are imperious.

KEYWORDS Dentistry. Mercosur. Social control, formal.

Introducción

En las últimas décadas una nueva dinámica en la economía mundial ha sido provocada por el proceso de globalización, que en varios aspectos ha llevado a la interdependencia de las naciones, dando nuevos significados a los límites territoriales de ellas. Asistimos al declive del Estado-nación y a la emergencia de organizaciones supranacionales, centros de poder. Ianni (2002) afirma que esa nueva 'economía-mundo' no se refiere solo a los aspectos económicos sino que repercute también en otras áreas como la social, la política, la cultural. Se refuerza, entonces, la necesidad de integración regional, que presenta como principales objetivos el fortalecimiento económico, la ampliación de los mercados y, consecuentemente, la mejora del performance de los países en el escenario internacional. En este contexto, la salud viene ganando terreno para relacionarse igualmente con políticas intersectoriales como son las de las áreas de la industria, los servicios y la agricultura, atrayendo intereses de orden económico, científico y tecnológico.

El Mercado Común del Sur (Mercosur) es, en América Latina, la propuesta actual de integración de los países del Cono Sur, que tiene como Estados Partes a Brasil, a Argentina, a Uruguay, a Paraguay y a Venezuela. Entre los objetivos finales de este bloque está la libre circulación de bienes, personas, servicios y capitales. En lo referido a la libre circulación de servicios entre los Estados Partes, se aprobó el Protocolo de Montevideo sobre el Comercio de Servicios del Mercosur con el fin de eliminar las restricciones al libre tránsito de servicios entre los países.

En el campo de la salud, fueron alcanzados progresos en cuestiones primordiales para la comercialización de los productos sanitarios, así como temas importantes en la agenda para las políticas de la salud se introdujeron. Sin embargo, cuestiones esenciales para el resultado de la integración en ese bloque todavía se interponen, así en el empadronamiento de la asistencia y de los servicios ofrecidos a la

población, la armonización de los currículos entre los profesionales de la salud, el libre tránsito de estos y la incorporación de tecnologías.

En lo que respecta al libre tránsito de profesionales liberales, una armonización en la regulación del ejercicio profesional también es requerida, considerando la hipótesis de que hay una asimetría entre los procesos regulatorios que rigen el ejercicio de la odontología en Brasil y en los otros Estados Partes. La liberalización de estos servicios

[...] puede llevar a desajustes en el mercado de trabajo odontológico brasileño, en el caso de la ausencia de políticas regulatorias para el libre tránsito de esta categoría. (CARDOSO, 2013, P. 20).

Este texto forma parte de un estudio más amplio que buscó elementos que contribuyeran a deslindar algunos de los nudos críticos que envuelven el problema de la liberalización del comercio de servicios de odontología en el ámbito del Mercosur. El objetivo general del referido estudio fue el de analizar los marcos regulatorios de la profesión de la odontología en Brasil y en los otros Estados Partes, mirando los resultados que la integración regional en el Mercosur acarreará al mercado de trabajo de esa profesión en Brasil. Se tuvo como objetivos específicos: a) Analizar la regulación profesional de la odontología en los Estados Partes; b) Analizar el proceso de implementación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud del Mercosur, ya aprobada en el Mercosur; c) Describir la actuación de los recientes foros y proposiciones de regulación del ejercicio profesional de los odontólogos en el Mercosur.

Material y métodos

Para atender a los dos primeros objetivos específicos, se utilizó la revisión bibliográfica pertinente al tema y al proceso de integración regional, por medio del análisis de documentos, decretos, leyes, además de la bibliografías

(artículos, tesis, libros) y sitios existentes de interés. Para atender al tercer objetivo específico, se analizaron los documentos públicos del Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud, así como empleamos la Observación Participante como estrategia de investigación, una vez que hubo la oportunidad de participar en las reuniones del referido Foro entre los años de 2010 y 2012. Durante ellas, en la condición de oyentes, nos valimos de un diario de campo, utilizando la observación descriptiva, o sea, realizada de forma totalmente libre, aunque estuvimos sensibilizadas por la teoría volcada al objeto de estudio. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio

Arouca/Fundación Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) bajo el parecer n° 146/2011.

Resultados

Regulación profesional de la odontología en los Estados Partes del Mercosur

La revisión bibliográfica nos permitió la construcción del *cuadro 1*, que evidencia las convergencias y diversidades en la regulación de la profesión de odontología en el ámbito de los Estados Partes del Mercosur.

Cuadro 1. Cuadro resumen de la regulación de la profesión de la odontología en el Mercosur

Informaciones/ Estados Partes	Brasil	Argentina	Paraguay	Uruguay	Venezuela
Formacion					
Número de Centros Formadores	(55) públicos (148) privados (203) total	(8) públicos (8) privados (16) total	(2) públicos (12) privados (14) total	(1) público (1) privado (2) total	(5) públicos (3) privados (8) total
Duración mínima del curso	4 años	5 años	5 años	5 años	5 años
Carga horaria mínima del curso	4.000	4.200	6.016	5.090	
Ejercicio profesional					
Proporción de profesionales por 10.000 habitantes	9,5	9,3	3,8	12,4	5,7
Existencia de legislación que regule la profesión	Si, Ley n° 5.081 de 1966	Si, Ley n° 17132	Si, Ley n° 836 de 1980	Si, Ley n° 9.202 de 1934	Si, Ley del Ejercicio de la Odontología
Titulación otorgada a los egresados	Cirujano-dentista	Odontólogo	Odontólogo	Doctor en Odontología	Odontólogo
Órgano supervisor de la profesión	Consejo Federal de Odontología y Consejos Regionales de Odontología	Ministerios de Salud y Colegios Profesionales	Ministerio de la Salud	Ministerio de la Salud	Colegio Federal de Odontología y Colegios Regionales de Odontología
Mecanismo de habilitación de la profesión	Inscripción en los Consejos Regionales	Inscripción en los Ministerios de la Salud o en los Colegios Profesionales	Inscripción en el Ministerio de la Salud, vía Universidad Nacional de Asunción	Inscripción en el Ministerio de la Salud	Inscripción en el Ministerio de la Salud y en los Colegios Regionales
Mercado de trabajo	Aumento substancial de puestos de trabajo en el sector público	Primordialmente en el sector privado. Sector público incipiente	Primordialmente en el sector privado. Sector público incipiente	Primordialmente en el sector privado. Sector público incipiente	Aumento substancial de puestos de trabajo en el sector público
Posee asociaciones	Si	Si	Si	Si	Si
Posee sindicato	Si	No	No	No	No

Fuente: Cardoso (2013).

Percibimos por medio del *cuadro 1* que mientras existe un equilibrio en lo que respecta a las dependencias administrativas en Argentina, Uruguay y Venezuela; en Brasil y Paraguay, el sector privado despunta como el principal formador de odontólogos. No obstante y haber una sustantiva disparidad en el número de instituciones formadoras en Brasil, cuando comparamos, de forma general, con los otros Estados Partes el mercado de trabajo brasileño ha absorbido ese contingente de profesionales; debido en parte al aumento de los puestos de trabajo en el sector público, como consecuencia de las políticas públicas de salud vigentes en el país (CARDOSO, 2007). La duración mínima del curso en Brasil (4 mil horas) es menor que en los otros países, que a pesar de presentar la misma duración (5 años) tienen cargas horarias diversas, variando de 4.200 en Argentina a 6.016 horas en Paraguay.

Al analizar el *cuadro 1* en lo que nos dice respecto a la proporción de odontólogos por 10 mil habitantes, cuando lo hacemos solamente para Brasil (9.5), Argentina (9.3) y Uruguay (12.4), la distribución se muestra homogénea. No obstante, hay una discrepancia acentuada en las proporciones presentadas por esos países y las presentadas por Venezuela (5.7) y Paraguay (3.8). Vale resaltar que en este país, tal ocurrencia puede ser posible en razón de un subregistro en el número de odontólogos, si consideramos los resultados de las autoevaluaciones del propio Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

Es importante resaltar que, aunque la profesión está regulada en todos los países, solamente Brasil y Venezuela tienen una ley específica para el ejercicio profesional de odontología. La titulación otorgada difiere

poco entre países; sin embargo, fue consensuado en el ámbito del Mercosur que el profesional de odontología tenga como denominación 'odontólogo'. En todos los países existe la obligación de inscribirse en el órgano regulador de la profesión para la habilitación del ejercicio profesional. La regulación del ejercicio profesional se realiza de manera centralizada por los respectivos Ministerios de Salud en Paraguay y Uruguay. En Brasil, la regulación está a cargo del Consejo Federal de Odontología y sus regionales. Los profesionales venezolanos tienen el ejercicio profesional regulado por los Colegios Profesionales Regionales bajo supervisión del Ministerio de Salud. En Argentina, en gran parte de las provincias, la regulación ya es conferida por el Ministerio de Salud a los colegios profesionales, y en las provincias en que no existe el colegio profesional representativo, la regulación es realizada por el propio Ministerio de Salud.

Todos los países poseen asociaciones profesionales de carácter gremial y técnico-científico, que, a nuestro ver, es fundamental para la actualización y/o profundización de los saberes específicos de la profesión. Sin embargo, Brasil es el único país que tiene sindicatos específicos de la categoría. Esto denota cuán organizada está la odontología en el país, una vez que el sindicato actúa en el sentido de valorización de la profesión, teniendo la función de representar legalmente la categoría profesional ante otras instancias de la sociedad y defenderla en sus intereses laborales, políticos y sociales.

Las sanciones éticas practicadas en los Estados Partes presentan cierta similitud en las aplicaciones establecidas, como puede observarse en el *cuadro 2*.

Cuadro 2. Sanciones preliminares en los Estados Partes

País	Código de Ética	Sanción	Institución Responsable
Argentina	Propio de cada Provincia	Advertencia verbal; Intimidación; Multa; Suspensión temporaria; Suspensión definitiva.	Ministerio de la Salud o Colegio Provincial
Brasil	Único en el País	Advertencia confidencial, en aviso reservado; Censura confidencial, en aviso reservado; Censura pública, en publicación oficial; Suspensión del ejercicio profesional hasta 30 días; Revocación del ejercicio profesional. Además de las penas disciplinarias previstas, también podrá aplicarse una pena pecuniaria que fijará el Consejo Regional de Odontología. En caso de reincidencia, la pena contemplará se aplicara el doble de la multa.	Consejos Regionales de Odontología
Paraguay	Único en el País	Sin información	Ministerio de la Salud
Uruguay	En etapa de aprobación	Advertencia; Observación; Multa; Suspensión.	Comisión Honoraria de Salud Pública
Venezuela	Único en el País	Advertencia confidencial; Advertencia pública ante el Colegio profesional; Multa; Arresto por conversión de multa; Suspensión del ejercicio profesional.	Colegios Regionales de Odontología

Fuente: Cardoso (2013).

Con la profesión más organizada, las sanciones éticas aplicadas en Brasil y Venezuela ofrecen un abanico mayor de sanciones, con el fin de proteger la corporación de malos profesionales y mantener el buen concepto de la profesión ante la sociedad. En Argentina, cada Colegio Profesional posee su código de ética, así como el Ministerio de Salud posee el suyo, en el caso de las provincias reguladas por ese órgano. En cuanto a Paraguay, la ausencia de informaciones trae a la luz el temor de la histórica insuficiente regulación en el país. En Uruguay, el código de ética está en vías de aprobación por el Ministerio de Salud.

Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud del Mercosur

En el Mercosur, los asuntos son tratados por

subgrupos de trabajo. El Subgrupo de Trabajo nº 11 (SGT 11) es el que trata de la salud. En él, es la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional la que ha emprendido esfuerzos para avanzar en el proceso de integración en el área. Para ello construyó una agenda de trabajo orientada a la formulación de políticas de gestión, regulación y de educación en la salud, entendiendo la necesidad de compatibilizar los cursos de formación profesional, estandarizar la legislación del ejercicio profesional, conformar una base de datos común e implementar la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur (BRASIL, 2010). Esta tiene la intención de habilitar a los profesionales del sector salud en el ejercicio de sus actividades laborales en otros Estados Partes del Mercosur, menos en aquel en que se formó; y los profesionales que trabajan en municipios o jurisdicciones fronterizas.

La implementación de esta Matriz también hace oportuna la planificación de las informaciones sobre esos profesionales, ya constatado que los Estados Partes no disponen de informaciones mínimas semejantes. Estos datos, una vez reunidos sobre una base única, pueden favorecer la integración entre los Estados Partes y contribuir a la planificación de políticas de gestión y regulación del ejercicio profesional dentro de cada país; considerando que al implementar la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur (MERCOSUL, 2004), los países se comprometerán a intercambiar informaciones con los órganos responsables de la base de datos de los profesionales de salud, permitiendo que se tenga mayor control y fiscalización de los profesionales que están en tránsito y trabajando en el bloque. La Matriz contiene datos personales del profesional, título e institución formadora, así como número del registro profesional, formación de postgrado, revalidación del diploma y registro de título en otro país del Mercosur. Adicionalmente, constarán datos reservados tales como sanciones a las que el profesional está sometido, aunque no fue determinada una validez temporal.

El proceso de implementación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur ha ocurrido de manera diversificada en los Estados Partes. Argentina está implementando el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (Sisa), que es un proyecto de tecnología de la información del Ministerio de Salud Nacional y de las Provincias de aquel país para la gestión de los datos de sus establecimientos profesionales, programas o servicios para la comunidad.

Paraguay está en fase de implementación del Sistema Integrado de Control de Profesiones, Establecimientos de Salud, Protección Radiológica y Superintendencia de Salud (SICPESSS), que tendrá un campo para registrar las solicitudes para revalidación de títulos hechas por los profesionales

que deseen trabajar en otro Estado Parte. SICPESSS/MSPBS es una base de datos centralizada y alimentada por la Dirección General de Información Estratégica en Salud (Digies/MSPBS), órgano del MSPBS.

En Uruguay, a su vez, el registro de profesionales y títulos se realiza únicamente de forma electrónica desde el año 2006, lo que facilitó la internalización de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur desde 2007 en ese país. En 2011 fue creado el Sistema de Habilitación y Registros de Profesionales de la Salud (Sharps) que concentró toda la información.

En lo que se refiere a Venezuela, sus representantes estuvieron ausentes a la XXXIX Reunión Ordinaria del SGT 11, ocurrida en septiembre de 2012, en el momento en que sería, en su condición de Estado Parte Pleno del Mercosur, la primera oportunidad de discusión sobre el tema.

En Brasil, existe un impasse jurídico entre los consejos profesionales y el Ministerio de Salud. Esto porque, en el país, la regulación del ejercicio profesional está a cargo de los Consejos Profesionales, que además de autarquías del Gobierno Federal con plenos poderes para resguardar todas la información profesional, están dispersas dentro de cada Consejo Profesional Regional. Por otro lado, está dispuesto en la Resolución GMC nº 27/04 (MERCOSUL, 2004) que es el Ministerio de Salud el que hará la tramitación de los datos de los profesionales de salud que quieran habilitarse para el trabajo en otro Estado Parte. Así, en el entendimiento de que la adecuación de los sistemas de información es una cuestión compleja, el Ministerio de Salud presentó en el segundo semestre de 2011 la propuesta de utilización de la Plataforma Arouca como base para hacer viable la implementación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur.

La Plataforma Arouca, ideada inicialmente para ser un banco de datos que reuniera las historias educativa y profesional de los profesionales de salud actuantes en

el SUS, en la visión del Ministerio de Salud se tiene evidenciada como una herramienta eficaz para la implantación de esa Matriz, una vez que pretende permitir el intercambio de informaciones entre éste y los Consejos Profesionales, desencadenando un impacto mínimo sobre el área de tecnología de la información de los propios Consejos Profesionales. Se muestra, de este modo, sencilla, segura y confiable, en la que la validez de las informaciones se apoyará en certificaciones digitales de representantes de los Consejos Profesionales.

Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud

En Brasil, con el propósito de una profundización en la discusión de la liberalización de los servicios de salud y ampliación en el proceso de negociación de políticas de gestión del trabajo y de la educación en salud, se creó en 2004 el Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud. El está vinculado al Departamento de Gestión y de la Regulación del Trabajo en Salud – Degerts/Ministerio de Salud y tiene como principales objetivos:

- a. debatir los ítems de la pauta de trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, conformando una postura común de Brasil;
- b. presentar proposiciones que ayuden en la formulación de políticas para la gestión del trabajo y de la educación en salud, objetivando mayor y mejor asistencia a la salud de la población, principalmente en las regiones fronterizas del Mercosur;
- c. sugerir temas que puedan componer la agenda de trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (BRASIL, 2010).

Se trata de una instancia abierta y de carácter

consultivo que reúne a trabajadores y gestores en el ámbito de la salud, con las más diversas perspectivas e intereses sobre las cuestiones relacionadas con el ejercicio profesional en el área de la salud, que conforman recomendaciones para apoyar a la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional en las reuniones ordinarias del SGT 11.

En total, son invitados a componer este Foro: el Ministerio de Salud, representado por la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud, Secretaría de Atención a la Salud, Secretaría de Vigilancia a la Salud, Secretaría de Gestión Participativa, SGT 11, Agencia Nacional Vigilancia Sanitaria, Fundación Oswaldo Cruz y Fundación Nacional de Salud; el Ministerio de Educación; el Ministerio de Trabajo y Empleo; la Organización Panamericana de la Salud; el Consejo Nacional de Secretarios de Salud; el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud; y además los integrantes del Foro Nacional de los Consejos Federales del Área de Salud (Consejos Federales de Biología, Biomedicina, Educación Física, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia y Terapia ocupacional, Fonoaudiología, Medicina, Medicina Veterinaria, Nutrición, Odontología, Psicología, Servicio Social y Técnicos de Radiología); las entidades científicas, sindicales y de estudiantes de procedencia nacional del área de salud (BRASIL, 2010).

A pesar de haber formulado y hasta desarrollado el Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud sus reuniones durante un período con las representaciones arriba citadas, en las últimas reuniones se nota la presencia efectiva, además de su coordinación, representada por la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud del Ministerio de Salud, apenas de representantes de la mayoría de los Consejos Profesionales de Salud, entidades sindicales y de estudiantes de procedencia nacional del área de salud. Esto anuncia que dicho Foro pueda ya no ser relevante en las agendas

de las instituciones a menudo ausentes. Paradójicamente, las discusiones ocurridas en las reuniones vienen despertando interés entre los representantes de los consejos profesionales y entidades sindicales, a medida que los plazos para el libre tránsito de profesionales se avecinan. La construcción colectiva de sugerencias al SGT 11 para posibles armonizaciones, a fin de que ese tránsito no cause efectos deletéreos al mercado de trabajo de las profesiones en salud, es de interés para todos.

Es importante resaltar que

[...] están entre las principales realizaciones del Foro, en el ámbito de Brasil, el levantamiento de datos sobre instituciones formadoras de las catorce profesiones de salud reguladas en Ley; las especialidades médicas y las áreas de actuación; especialidades por profesión en Brasil y representaciones regionales de las entidades profesionales. En el ámbito del Mercosur, los datos recolectados tratan de los códigos de ética de las profesiones de salud; de las especialidades médicas comunes en el Mercosur (forma de titulación, tiempo de formación, título obtenido, etc.), de las profesiones de salud y de las especialidades de las profesiones comunes en el Mercosur; del contenido programático de las 29 especialidades médicas compatibilizadas; de la modalidad de regulación del ejercicio y de la formación profesional (graduación y postgrado); de las organizaciones oficiales y no oficiales de las profesiones de salud, etc. (MACHADO; AGUIAR FILHO, 2008, P. 299).

Otra contribución relevante fue la organización del Manual para orientación del llenado de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur.

Durante el año 2010 y primer semestre de 2011, en función del cambio de gestores, el Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud no se reunió. El retorno de las actividades ocurrió en el segundo semestre de 2011 con el objetivo primordial

de viabilizar la implantación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur, a pesar ante los demás Estados Partes de la morosidad de su implementación en Brasil. Para ello, la Plataforma Arouca fue presentada y bien recibida por los integrantes del Foro. Por otro lado, ellos dirigieron críticas al contenido de las reuniones, específicamente sobre los objetivos de éste, el hecho de que los temas sean discutidos de manera general para todas las profesiones, cuestiones importantes estén siendo postergadas y la propia mayor preocupación por parte del Ministerio, como la prueba de competencia para la revalidación de diplomas.

Es evidente que Brasil es el único Estado Parte en propiciar ese diálogo social con las entidades representativas de los profesionales de la salud; sean las entidades sindicales, sean las asociaciones y los consejos profesionales.

Discusión

En el caso de la odontología, se identifican acentuadas disparidades entre los Estados Partes. Así, mientras que Brasil tiene 203 instituciones, el otro Estado Parte que posee más establecimientos formadores es Argentina, con sólo 16. Debemos considerar que, grosso modo, el mercado de trabajo brasileño ha absorbido ese contingente de profesionales, pero si la tendencia a la expansión masiva de los cursos de odontología continúa, podremos asistir a una dificultad del mantenimiento en la calidad de la enseñanza y consecuencias en el mercado de trabajo, en vista del número exacerbado de egresados. Con respecto a la dependencia administrativa, es el Paraguay el que presenta semejanza a Brasil, cuya formación está primordialmente a cargo del sector privado.

Se ha demostrado que mientras en Argentina, Paraguay y Uruguay el mercado de trabajo en el sector público es incipiente, Brasil y Venezuela tienen en ese mismo

sector a su gran empleador; caracterizando como un mercado abierto y en expansión, considerada la extensión territorial de Brasil, así como las políticas públicas de salud que en los últimos años ha sido responsable de la inserción de muchos odontólogos. Sin embargo, problemas coyunturales pueden llevar a los odontólogos de todos los Estados Partes a un movimiento de salarización indirecto, pero no nos es permitido facilitar una discusión debido a la falta de publicaciones. Esta se constituye en una limitación del estudio, cuando es escasa la existencia de estudios relativos a la regulación profesional en los demás Estados Partes.

Sobre el modo de regulación, mientras que en Paraguay y Uruguay se estableció una regulación administrativa directa por el Estado; en Brasil y en Venezuela, el Estado concedió a la profesión el derecho de autorregularse. La Argentina presenta estos dos modos de regulación: la regulación primordialmente a cargo de los Colegios Profesionales de las provincias y residualmente con el propio Ministerio de Salud. También debemos registrar que Brasil es el único que tiene sindicatos específicos de la categoría entre los países. En síntesis, el proceso regulatorio del ejercicio profesional de la odontología en los Estados Partes se muestra muy dispar. En mucho difiere la legislación brasileña de la argentina, uruguaya o venezolana. No obstante, el Paraguay, a menudo, ni siquiera tiene regulación.

Lopes Junior (2010), al realizar un estudio comparado entre varios códigos de ética de países iberoamericanos, incluyendo Brasil, Argentina y Uruguay, resalta la inexactitud y generalidad textual causada por expresiones como: moral, obligación moral, conciencia moral, entre otros. Hecho que corrobora la conformación de normas inexequibles dada la superficialidad de las expresiones. El Código de Ética brasileño se superpone a los demás por la cantidad de temas apreciados, la forma en que se abordan y la propia construcción del texto. Por el hecho de que Brasil haya aprobado recientemente un nuevo código de ética, que entró en vigor en 2013, es lícito aclarar que, en

general, el nuevo código sólo añade nuevas infracciones éticas y nuevos valores de multas pecuniarias, lo que permite considerar el estudio del autor arriba mencionado como actual.

La implantación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur es considerada hasta el momento el mayor avance en el proceso de integración, permitiendo la planificación de las informaciones entre los países y mayor control y fiscalización de los profesionales que desean transitar en el bloque. Asimismo, facilitando la actualización de datos, así como la integración de informaciones dispersas en las instituciones regulatorias. Sin embargo, las críticas, en general, permean no sólo por su contenido, incipiente en la visión de los participantes del Foro Mercosur, sino por la indefinición de su validez temporal y por la morosidad con que esta implantación está sucediendo.

En Brasil, a pesar del Ministerio de Salud, que es el designado para tramitar esos datos, haber presentado la Plataforma Arouca como la mejor y más confiable herramienta para la provisión de esos datos por los Consejos Profesionales, ningún acuerdo fue firmado hasta el momento.

Los aspectos positivos del Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud giran en torno a su producción, principalmente orientada al levantamiento de datos sobre las profesiones de salud, así como la organización del Manual para orientación del llenado de la Matriz Mínima. Además de ser un espacio democrático que congrega a los principales actores de las profesiones de salud, puede contribuir a desatar en el Ministerio de la Salud y otras agencias vinculadas al mismo los nudos críticos dirigidos al tema, así como apuntar fragilidades del proceso.

A diferencia de Brasil, con ocasión de las reuniones del SGT 11, so pena de que estas contribuciones se convirtieran en 'palabras muertas', los demás países del Mercosur no constituyeron un espacio equivalente. Se deben considerar las críticas que se plantean en torno al contenido de las reuniones, una vez que en

la visión de los participantes no se especifican los objetivos del Foro, los temas son tratados de manera lenta, las demandas concernientes a cada profesión han sido abordadas sin la profundización debida, y tal vez la mayor crítica gira en torno a la impresión de que las cuestiones clave estén siendo postergadas. En este contexto, a nuestro entender, está la cuestión del currículum, cuya no armonización podrá conformar un importante obstáculo al proceso de integración.

Se considera uno de los puntos más importantes, asunto del que poco se ha aventurado, el hecho de que en vez de discutir sobre una uniformidad en la formación de estos profesionales, lo que se aproximaría a la naturaleza de la integración regional, las cuestiones que empiezan a ser problematizadas por el Ministerio de Salud giran en torno al contenido de la prueba de competencia para la revalidación de los diplomas. En que pese al hecho de que implementada la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur aún se hará obligatoria la revalidación del diploma en el país destino para la circulación del profesional entre los países. La prueba de competencia es un abrigo de mercado para la odontología en Brasil cuando consideramos que importantes disparidades en la regulación de la profesión de odontología entre Brasil y los demás Estados Partes están presentes en casi todos los aspectos.

Consideraciones finales

Es posible afirmar, con base en lo que analizamos, que hay una asimetría entre los procesos regulatorios que rigen el ejercicio profesional de los odontólogos en Brasil y los de los demás Estados Partes. Esto, mediante la conformación de un Mercado Común, puede ocasionar efectos negativos en el mercado de trabajo odontológico brasileño, si no se constituyen políticas regulatorias para el libre tránsito de esa categoría. Además, los debates en el ámbito de la odontología se han restringido a la cúpula

de los consejos, sindicatos y asociaciones, y eso puede ser pernicioso para la categoría.

A pesar de que la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur se traduzca en un gran avance para la integración, la morosidad con que esa implementación está sucediendo en Brasil y la no profundización de cuestiones primordiales pueden conformarse en obstáculos al libre tránsito de profesionales.

Aunque el Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud ha sido ideado para apoyar la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional en las reuniones del SGT 11 y aunque es una iniciativa vanguardista del Ministerio de Salud brasileño, existen aspectos tanto positivos como negativos atribuidos a él.

Una vez identificada la necesidad de avanzar en la elección de marcos regulatorios necesarios para la libre circulación de los odontólogos, sugerimos algunas acciones, como:

1. la adopción de un código de ética que pueda ser integral y simultáneamente capaz de respetar las diferencias culturales propias de cada Estado Parte;
2. la constitución de un espacio de discusión similar al Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud en los demás Estados Partes, que provea oportunidades a la participación de profesionales de salud en el debate;
3. la redefinición de un plazo para la implementación de la Matriz Mínima de registro de Profesionales de Salud del Mercosur, así como la revisión de su contenido y el establecimiento de una validez temporal para ella;
4. la compatibilidad del currículum de formación. Para ello, sugerimos que el tema extrapole la discusión interna realizada por el Sector Educativo del Mercosur y pueda la coordinación del Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud visualizar que éste tiene efecto directo en el ejercicio profesional y que por lo tanto necesita ser discutido en conjunto. Una propuesta

agrupada necesita ser pensada y trabajada, so pena de existir un divorcio entre lo que demandan los tomadores de decisión de la gestión del trabajo ante los de la educación;

5. la adopción de políticas de incentivo a la inserción de extranjeros prioritariamente en ciudades interiores y fronterizas, en todos los Estados Partes, como forma de disminuir un posible impacto negativo en el mercado de trabajo.

Finalmente, es interesante y necesaria la realización de nuevos estudios sobre los procesos regulatorios y de mercado de trabajo de las profesiones de salud, contemplando el proceso de integración en marcha. De la misma manera, entendemos que la cuestión de la formación es un tema primordial en la integración que, debido a su relevancia y profundidad, requiere un estudio aparte. ■

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Fórum Permanente do Mercosul para o trabalho em Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CARDOSO, A. L. *Mercado de trabalho dos odontólogos e expectativas dos graduandos*. 2007. 185 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007, 160 p.

———. *A odontologia no Brasil e a demanda de políticas regulatórias para o exercício profissional no âmbito do Mercosul*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013, 188 p.

IANNI, O. *Teorias da Globalização*. Rio de Janeiro: Civilização, 2002. Disponible en: <<http://pt.scribd.com/doc/23574498/IANNI-Otavio-Teorias-da-Globalizacao>>. Acceso en: 4 ago. 2012.

LOPES JÚNIOR, C. *Comparação entre códigos de ética ou deontológicos da odontologia de países ibero-americanos e o código de ética odontológica brasileira*. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru. Disponible en: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25141/tde-28052009-154205/pt-br.php>>. Acceso en: 18 jul. 2016.

MACHADO, M. H.; AGUIAR FILHO, W. Mercosul: Avanços e Perspectivas do Exercício Profissional no Setor Saúde. In: PIERANTONI, C. R. *et al. Trabalho e educação em saúde no Mercosul*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008, p. 203-26.

MERCOSUL/GMC. *Resolução N° 27/04*. Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul. 2004. Disponible en: <http://www.mercosul.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_027-004-Matriz%20min%20prof%20saude-Port_At%203-04.PDF>. Acceso en: 16 abr. 2011.

El proceso de integración de los fisioterapeutas y de los terapeutas ocupacionales en el Mercosur

The process of integration of physical therapists and occupational therapists in Mercosur

Luciana Gaelzer Wertheimer¹, Maria Teresa Dresch da Silveira²

¹ Terapeuta ocupacional. Especialista en coordinación de grupo, trastorno del desarrollo y arteterapia. Vice-presidente de la Confederação Latino-Americana de Terapeutas Ocupacionais (2013-2015). Presidente de la Confederação Latino-Americana de Terapeutas Ocupacionais (2015-2017). Delegada de la Associação Brasileira de Terapia Ocupacional en la Confederação Latino-Americana de Terapia Ocupacional (2011-2019). Miembro de la Comissão do Mercosul del Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) – Brasil. lucianagwertheimer@gmail.com

² Fisioterapeuta y abogada. Especialista en medicina deportiva y salud escolar, metodología de la enseñanza superior y derecho público. Ex-presidente del Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito) – Brasil. Miembro de la Comissão do Mercosul del Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) – Brasil. teredresch@yahoo.com.br

RESUMEN El presente artículo tiene como objetivo exponer el proceso de inclusión de las profesiones de fisioterapia y terapia ocupacional en el Mercado Común del Sur (Mercosur) en lo que se refiere al ejercicio profesional hasta los días de hoy en la libre frontera entre los países de América del Sur pertenecientes al Mercosur: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Se describirá, de forma separada, por tener sus procesos constituidos de manera diferenciada en cuanto a la representatividad y efectividad de la inclusión de las profesiones, a partir de las trayectorias de la fisioterapia y de la terapia ocupacional.

PALABRAS-CLAVE Fisioterapia. Terapia ocupacional. Mercosur.

ABSTRACT *This article aims to expose the process of inclusion of the Occupational Therapy and Physical Therapy professions in the Southern Common Market (Mercosur) with regard to professional practice, on the free borders between the South American countries belonging to Mercosur: Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay to this day. It will be described separately, from the trajectories of the occupational therapy and physical therapy, because their processes were constituted in a differentiated way, as to the representativeness and effectiveness of the inclusion of the professions.*

KEYWORDS *Physical therapy specialty. Occupational therapy. Mercosur.*

Introducción

La participación de las profesiones del área de la salud en las discusiones que tratan de la circulación de profesionales en el Mercado Común del Sur (Mercosur) ya viene de larga data. En 1997 el gobierno federal, por intermedio del Ministerio de Relaciones Exteriores, inició contacto con los consejos federales de las profesiones reguladas en el sentido de fomentar las discusiones sobre el libre tránsito profesional en los países del bloque Mercosur. El gobierno definió la pauta y la agenda de negociaciones relativas a la inserción de los profesionales liberales en los mercados de los Estados Partes del Mercosur.

El Protocolo de Montevideo sobre el Comercio de Servicios del Mercosur, firmado en 1997 y aguardando hasta hoy la ratificación por Paraguay, reafirma el compromiso de libre circulación de servicios en el mercado ampliado sobre las bases de reciprocidad de derechos y obligaciones, consagra la definición de normas y principios para el comercio de servicios entre los Estados del Mercosur, además de materializar la expansión del comercio y reconocer la importancia de la liberación del comercio de servicios.

A su vez, el Protocolo sobre el Comercio de Servicios acuerda en el punto 2 del artículo VII de la Parte II, (según el cual cada Estado Parte se compromete a estimular a las entidades competentes en sus respectivos territorios), entre otras, las de naturaleza gubernamental, asociaciones y colegios profesionales, en cooperación con entidades competentes de otros Estados Partes, a desarrollar normas y criterios mutuamente aceptables para el ejercicio de las actividades y profesiones pertinentes a la esfera de los servicios, mediante la concesión de licencias, matriculaciones y certificados a los prestadores de servicios y a proponer recomendaciones al Grupo Mercado Común sobre reconocimiento mutuo.

En el caso de los fisioterapeutas y de los terapeutas ocupacionales, el Consejo Federal

de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional (Coffito) reunió a los Consejos Regionales de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional (Crefitos) para establecer estrategias de acciones e iniciar la búsqueda con sus pares en los países del Mercosur persiguiendo fortalecer la dimensión social de la integración. Tarea nada fácil para esas profesiones que con poco contacto hasta entonces entre hermanos latinoamericanos.

Una de las estrategias fue la de reunir a las diversas entidades ligadas a la fisioterapia ya la terapia ocupacional para un gran debate. En ese evento estuvieron presentes representantes de sindicatos, asociaciones de especialistas, asociaciones profesionales municipales, asociaciones de docentes y representantes del Sistema Coffito y Crefitos. Las discusiones se sucedieron en septiembre de 1997 en la ciudad de Río de Janeiro, RJ.

En virtud de que el tema era completamente nuevo para la mayoría de los asistentes al evento, los debates acerca de la futura forma del libre tránsito profesional y de los asuntos pertinentes a esta cuestión fueron débiles.

Para el encausamiento de las cuestiones referentes a ese asunto, se propuso que la discusión fuera ampliada a los fisioterapeutas y a los terapeutas ocupacionales de Uruguay, Argentina y Paraguay. Después de un gran esfuerzo de algunos profesionales brasileños en la búsqueda de contactos con los profesionales de los otros países del bloque, tuvo lugar la segunda reunión en diciembre de ese mismo año en la ciudad de Porto Alegre, RS, con representantes de entidades profesionales y académicas de Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay.

De nuevo, en razón de la falta de conocimiento de las entidades acerca del tema de la integración, la reunión sirvió para que cada país trajese al conocimiento del grupo su realidad vivenciada en la práctica profesional y académica de las dos profesiones.

Al término de esa reunión en Porto Alegre, se acordó que las próximas reuniones se darían alternadamente en los otros países

del Mercosur, siendo elegido Uruguay para albergar el próximo encuentro.

Siendo así, una nueva reunión tuvo lugar en el mes de abril de 1998 en Colonia Suiza en Uruguay. Estuvieron presentes 50 fisioterapeutas, representando diversas asociaciones, facultades, Crefitos, colegios profesionales de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay y 5 terapeutas ocupacionales provenientes de Brasil y Argentina.

A partir de esa reunión, la fisioterapia y la terapia ocupacional siguieron de forma independiente su trayectoria en las discusiones sobre el tema Mercosur, una vez que la profesión de terapia ocupacional existía solamente en dos de los cuatro países pertenecientes al bloque.

El proceso de integración de los fisioterapeutas

Procurando un conocimiento mejor acerca del ejercicio de la fisioterapia, los participantes en la reunión de Colonia Suiza fueron divididos en tres grupos de interés de la profesión, una vez que había un completo desconocimiento de la práctica asistencial de los países vecinos. Las áreas trabajadas fueron: políticas públicas de salud, ejercicio profesional y formación académica.

De esta forma, para lograr soluciones a algunos problemas detectados en las áreas trabajadas, se aprobó la siguiente pauta de trabajo:

1. Estudiar las condiciones para la implantación de un currículum mínimo en el Curso de Fisioterapia de las diferentes facultades de los cuatro países;
2. Establecer una equivalencia razonable de los proyectos pedagógicos de los diversos cursos existentes en fisioterapia en los países miembros;
3. Definir los principios básicos de la legislación del ejercicio profesional;

4. Buscar apoyo para impulsar la aprobación de la ley del ejercicio profesional en los países del Mercosur que aún no la tengan, tal es el caso de Paraguay, y un mejoramiento en la ley del ejercicio profesional de los fisioterapeutas uruguayos;

5. Trabajar en la armonización de la legislación vigente para facilitar el libre tránsito profesional; y

6. Argentina deberá debatir internamente para facilitar la libre circulación, las siete nomenclaturas que se aplican a la profesión de fisioterapia en ese país.

En ese mismo año de 1998, el Coffito, a invitación del Ministerio de Salud, es llamado a participar en reuniones específicas para tratar el tema del ejercicio profesional en salud. Es importante señalar que el Coffito en ese mismo período comenzó también a frecuentar reuniones en otros Ministerios: Educación, Trabajo, Relaciones Exteriores e Industria y Comercio.

En el Ministerio de Salud, bajo el mando de la Coordinadora Nacional del Subgrupo de Trabajo 11 – SGT-11 (Salud), Dra. Eny Guerra, el Coffito recibió las primeras orientaciones de la pauta de interés del Gobierno en esas discusiones, sirviendo de norte en las futuras reuniones con los colegas fisioterapeutas integrantes de los países miembros del Mercosur.

La reunión siguiente ocurrió en octubre de 1998 en la ciudad paraguaya de San Bernardino con la participación de los representantes de los cuatro países y de Chile como país asociado al bloque. Habiendo la necesidad de hacer reuniones especializadas, como había solicitado el SGT-11 (Salud) en Brasil, la comitiva brasileña presente en la reunión propuso al grupo la creación de la Comisión de Integración de los Fisioterapeutas y Kinesiólogos del Mercosur (Cifikim). Se estableció, a partir de su creación, la necesidad de contar con un reglamento disciplinario

interno de la Cifikim. La comisión del ejercicio profesional discutió las directrices para el establecimiento de un código de ética común.

La quinta reunión tuvo lugar en el mes de abril de 1999 en la ciudad de Paraná de la provincia de Entre Ríos, Argentina, con la participación de los integrantes de las entidades representativas nacionales de Brasil, Uruguay, Argentina y Chile. Los colegas paraguayos no pudieron comparecer debido a cuestiones de la política nacional de Paraguay, que enfrentaba serios problemas internos. Y como está previsto en el Tratado de Asunción y en el Protocolo de Brasilia sobre las Soluciones de Controversias (MERCOSUR, 2009), en los cuales las decisiones deberán ser acordadas por los países miembros del Mercosur, al no estar presente Paraguay no hubo deliberaciones.

En el mismo año se celebró en el mes de diciembre en la ciudad de Porto Alegre del Estado de Rio Grande do Sul en Brasil la sexta reunión, con la participación de los representantes de los cuatro países del bloque y de Chile como país asociado.

El Comité Ejecutivo aprobó los reglamentos de funcionamiento interno de las reuniones plenarias y del propio Comité Ejecutivo. También el proyecto de vigencia de los pronunciamientos de Cifikim ante los gobiernos de los países, y el Protocolo de Acuerdos marco de los principios éticos de los fisioterapeutas y kinesiólogos del Mercosur.

Se decidió realizar un estudio sobre los títulos emitidos por los Cursos de Fisioterapia de la Región.

Se elaboró un cuestionario sobre el ejercicio profesional sugerido por el SGT-11 (Salud) de Brasil, para apuntalar las discusiones a nivel gubernamental.

La próxima reunión se dio en junio de 2000 en Montevideo, Uruguay. Estuvieron presentes los representantes de los cuatro países del bloque y representantes de Bolivia y Chile, como países asociados. Se elaboró el Código de Ética Unificado para los fisioterapeutas y kinesiólogos, pendiente hasta

la fecha de la aprobación oficial por las entidades nacionales. Continuaron los debates acerca de las Directrices Curriculares comunes del Mercosur.

El octavo encuentro tuvo lugar en el mes de agosto en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, con la participación de los representantes de los cuatro países que componen la Cifikim. La reunión fue marcada por grandes desentendimientos provocados por los representantes de Brasil que cuestionaron la participación de Uruguay y Paraguay en las reuniones de Cifikim, por entender que la ley profesional de países no estuviese en mismo nivel de las leyes de Brasil y Argentina.

En septiembre del mismo año el Coffito, por medio de la Resolución n° 213, reconoce el título académico de kinesiólogo como equivalente al título académico de fisioterapeuta, ya preparándose para la circulación de esos profesionales en el ámbito del Mercosur.

Desgraciadamente, cuando el proceso comenzó a presentar sus mayores avances y a apuntar a resoluciones más concluyentes, el Coffito, órgano de interlocución brasileño, en Cifikim, interrumpió su participación en las discusiones, lo que, junto con factores relacionados con la propia política nacional para asuntos ligados al Mercosur, contribuyó al vaciamiento de los encuentros entre fisioterapeutas y kinesiólogos.

Durante el período en que no se produjeron reuniones de Cifikim, Coffito participó activamente en diversos eventos y reuniones sobre temas vinculados al Mercosur, promovidos por el Ministerio de Salud.

En 2004 fue creado, por el Ministerio de Salud, el Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud en Brasil. Desde la creación de ese Foro, institucionalizado por intermedio de la Ordenanza GM n° 929 de mayo de 2006, Coffito viene participando activamente, siendo un espacio importante para los fisioterapeutas en términos de una interlocución con los representantes gubernamentales, permitiendo la comprensión del proceso de integración, el intercambio

de informaciones en la búsqueda de la negociación y el desarrollo de estrategias (TAMAKI, 2011). El Foro Permanente está bajo la responsabilidad institucional del Departamento de Gestión y de la Regulación del Trabajo en Salud del Ministerio de Salud, integrado por asociaciones, consejos profesionales, sindicatos y otras organizaciones profesionales de la salud del área y trabajando como un órgano consultivo del sector, SGT-11 (Salud).

Después de pasados cuatro años del último encuentro, pautado para las políticas nacionales de fomento al proceso integrativo del Mercosur, el Coffito, conducido por una nueva gestión, al revisar su posición propone la reanudación de las discusiones de ese importante proceso, buscando un foro y un asiento para que el fisioterapeuta brasileño no quedase excluido de la construcción de una identificación y del fortalecimiento de la fisioterapia latinoamericana.

De esta forma y con ese propósito, se realizó una reunión los días 6 y 7 de noviembre de 2004 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, para la reanudación de los debates. Los fisioterapeutas y kinesiólogos de las entidades profesionales pertenecientes a Cifikim estuvieron presentes, excepto los colegas del Paraguay por falta de contacto con éstos.

La delegación Argentina puso a descubierto la difícil situación de las asociaciones profesionales de las provincias y de los cursos de kinesiología, en virtud de la gran crisis política y económica enfrentada en su país en los últimos años.

La delegación de Uruguay informó de las articulaciones realizadas a lo largo de esos cuatro años con los diferentes ministros de salud pública y con el Parlamento, en la dirección de obtener el reconocimiento oficial como interlocutores válidos, a nivel nacional, en el proceso de armonización del libre tránsito en el área de fisioterapia. Indico que en su país ya existe una organización similar a la de Brasil, también integrada por asociaciones profesionales ligadas a la salud y que están trabajando de modo que la Asociación de los

Fisioterapeutas de Uruguay actúe como el Órgano Consultivo del SGT-11 Uruguay.

Esta reunión sirvió, en realidad, para deshacer el mal entendido de la última reunión, ocurrida en Buenos Aires en el año 2000.

Al año siguiente, en 2005, se realizó en la ciudad de Montevideo, Uruguay, la décima reunión de Cifikim con la participación de las entidades, excepto la de Paraguay que continuaba sin representación en su país.

Fueron rescatadas todas las documentaciones generadas hasta ese momento por Cifikim, con el fin de dar continuidad a los trabajos de armonización y avanzar en otros aspectos que, constantemente, eran percibidos por el Subgrupo de Trabajo 11 de los países miembros, por ejemplo, un Código de Ética Común y el Glosario de Términos del Mercosur.

Después de esa reunión hubo una pausa de tres años en los encuentros de Cifikim. En este intervalo, la fisioterapia termina por quedar fuera de la Resolución GMC nº 66/2006, que definió las profesiones de grado universitario comunes y dio prioridad en los Estados Partes a la exigibilidad del llenado de la Matriz Mínima. Una pérdida que fue muy sentida, una vez que ya había un largo trabajo, de varios años, en la dirección de armonizar diversos puntos distintos de una profesión presente en todos los países del bloque. Simplemente el SGT-11 olvidó la fisioterapia.

La necesidad de rescatar, una vez más, todo el trabajo iniciado en 1997, teniendo en mente un futuro tránsito de los fisioterapeutas por el Mercosur, impulsó una nueva reunión en la ciudad de Montevideo, Uruguay, en octubre de 2008.

Y se discutieron y analizaron las dificultades del grupo en dar continuidad a las reuniones especializadas, cada vez más espaciadas y sin resolución.

La falta de interlocución con Paraguay también fue abordada, ya que para que algo sea aprobado en el ámbito del Mercosur es necesario el consenso de los cuatro países. Sin la presencia de los colegas paraguayos no se podía avanzar nada.

La delegación brasileña presentó la Resolución n° 27/2004 y la Resolución n° 66/2006, aprobadas por el Grupo Mercado Común (GMC) del Mercosur y referentes a la salud, referidas a la aprobación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud del Mercosur y a la exigibilidad del llenado de esa Matriz. Lamentó la pérdida de espacio de la profesión de Fisioterapia en la Resolución GMC n° 66/2006, en la que se definieron las profesiones comunes de grado y las prioridades en los Estados Partes para la exigibilidad del llenado de la Matriz Mínima.

Se acordó una pauta de temas a ser desarrollados a lo largo de un año:

1. Publicación, en español y portugués, del estudio preparado por Cifikim sobre el sistema de salud y la inserción de los profesionales fisioterapeutas en cada Estado Parte;
2. Creación de Glosario de Términos Comunes del Mercosur;
3. Restablecimiento del contacto con los colegas paraguayos;
4. Iniciar el contacto con los colegas venezolanos con la finalidad de presentar a Cifikim;
5. Revisión de la Resolución Cifikim que trata de los principios éticos de los fisioterapeutas y kinesiólogos del Mercosur;
6. Actuar junto al SGT-11 de cada país del bloque con el propósito de incluir la fisioterapia como profesión común de grado universitario común y prioridad en los Estados Partes en la exigibilidad del llenado de la Matriz Mínima.

Para dar cumplimiento al tema establecido en relación al contacto con los colegas paraguayos y con el propósito de traerlos a la próxima reunión de Cifikim, los

representantes brasileños de Cifikim buscaron incansablemente por medio de algunos colegas paranaenses localizar a los miembros de la Asociación de los Kinesiólogos y Fisioterapeutas del Paraguay (AKFP). Quedando a descubierto que la Asociación Paraguaya estaba completamente desmovilizada y sin fondos presupuestarios para participar en reuniones, por lo que estaba aislada de toda América Latina.

A finales de marzo de 2009 tuvo lugar en Porto Alegre una reunión de Cifikim con la presencia de los representantes de Argentina, Brasil y Uruguay. Paraguay entregó justificación por la ausencia.

Se mostraron los temas ya definidos en la última reunión. La presentación por parte de Uruguay y Brasil del estudio del estudio sobre el sistema de salud y la inserción de los profesionales fisioterapeutas. Argentina no tuvo tiempo hábil para concluir su estudio, quedando acordado que lo presentaría en la próxima reunión.

Se comenzó en esa reunión la construcción de un Glosario de Términos Comunes para el Mercosur con la finalidad de auxiliar en el proceso de integración de las profesiones.

Se inició el informe de las especialidades existentes en la profesión de los fisioterapeutas del Mercosur, buscando la equiparación en los cuatro países y quizá con Venezuela.

Los representantes de Brasil en Cifikim relataron el trabajo que estaban realizando en la Coordinación del Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud en Brasil, en el sentido de solicitar apoyo a la inclusión de la profesión de fisioterapia en el rol de las profesiones prioritarias para exigibilidad del llenado de la Matriz Mínima (Resolución GMC n° 66/2006).

Cifikim, alternativamente en cada Estado Parte ha mantenido de 2009 y una vez al año reuniones ordinarias.

En 2011, el Coffito, a través de su comisión del Mercosur, cuya organización quedó a cargo de uno de sus miembros, el Dr. Jorge

Tamaki, lanza un libro titulado 'La fisioterapia y la Kinesiología en el Mercosur: en el camino de la integración'. Esta obra procura contar la trayectoria de la fisioterapia en el Mercosur, para que quede registrado el trabajo desarrollado a lo largo de 14 años de Cifikim.

A partir de la entrada en 2012 de Venezuela en el bloque Mercosur se pidió a los fisioterapeutas venezolanos su participación en las reuniones de Cifikim.

Desgraciadamente, por motivos ajenos a la voluntad del grupo, los colegas venezolanos nunca pudieron participar. Varios fueron los intentos de hacerlos participar a través de Skype, pero, extrañamente, la red se caía después de la primera media hora de reunión.

Con el gran apoyo recibido por la coordinación del Foro Permanente Mercosur, a través de la Resolución GMC n° 07/2012, la fisioterapia queda incluida entre las ocho profesiones de salud prioritarias para su armonización e incorporación a la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del Mercosur.

Los fisioterapeutas del Mercosur siguen trabajando por intermedio de Cifikim a favor de la armonización de sus legislaciones para evitar que los ajustes a ser acordados entre la categoría sean llevados a cabo de arriba abajo por los representantes de los gobiernos de los cuatro Estados, poniendo en riesgo avances importantes ya realizados a lo largo de esos casi 20 años de existencia de Cifikim en relación con el ejercicio de la profesión.

Terapia ocupacional y el proceso de inclusión de la profesión en el Mercosur

En relación al tema de la representatividad de la profesión de la terapia ocupacional, en el gobierno brasileño y sobre las cuestiones referentes al ejercicio profesional en lo que atañe al Mercosur, este se formula solamente

a partir del inicio del año 2012, durante la XXVII Reunión Ordinaria del Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en la Salud de la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en la Salud (Segrets) del Departamento de Gestión y de Regulación del Trabajo en Salud (Degerts) del Ministerio de Salud de Brasil, y se da por la representación de la Asociación Brasileña de Terapeutas Ocupacionales (Abrato), a través de su delegada en la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales.

Algunas de las profesiones del área de la salud ya estaban bastante avanzadas con relación al tiempo de trabajo en el órgano representativo Brasileño (Degerts, del Ministerio de Salud), así: enfermero, odontólogo, médico, farmacéutico, bioquímico, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo y fisioterapeuta, todas profesiones, como se expuso anteriormente, de nivel universitario comunes a los Estados Partes del Mercosur: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. También formarían parte de ese grupo profesiones de la salud de nivel técnico: auxiliar de enfermería y técnico en radiología.

La profesión de terapia ocupacional hasta ese momento no había sido contemplada aún como una de las profesiones de salud pertenecientes al Mercosur, pues de 2002 a 2009 en Uruguay no hubo apertura de vacantes en el curso de graduación en terapia ocupacional, causando con ello una laguna en el número de profesionales y, consecuentemente, un sinónimo de la no existencia de la profesión en el país. Sólo en el año 2009 es que se dará en Uruguay el proceso de reapertura de vacantes en el curso de graduación en terapia ocupacional. Será en el año 2013 cuando ocurrirá la graduación de la segunda promoción de terapeutas ocupacionales, aumentando desde entonces el número de nuevos profesionales, iniciándose con ello el proceso de inclusión de la profesión de terapia ocupacional como otra profesión de la salud en el Mercosur.

Sin embargo, y con la idea de auxiliar en el

proceso de inclusión, se estableció un grupo, propuesto por Abrato a las asociaciones de terapeutas ocupacionales de los otros países miembros del Mercosur: Argentina, Uruguay y Paraguay (Venezuela aún en suspensión), con el objetivo de construir un grupo de trabajo independiente que consiguiese dar cuenta del adelanto en la recolección de las informaciones necesarias que ya habían sido trabajadas durante los años anteriores por las demás profesiones. Entre las acciones realizadas, se destacan: informar en formato oficio al Foro la nomenclatura utilizada en los países del Mercosur referente a la profesión de terapia ocupacional, y solicitar la inclusión de ésta a la lista de las profesiones de salud de nivel superior del Mercosur, una manera de hacer efectiva y presionar en el Foro Permanente del Mercosur para el Trabajo en Salud del Degerts y en el 11º Subgrupo de Trabajo del Mercosur, perteneciente a la estructura orgánica intergubernamental (SGT-11), el reconocimiento de la profesión como parte del grupo de las profesiones de salud del Mercosur.

Es importante subrayar que entre el año 2012 y principios de 2013 en todas las

reuniones del Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud de los Degerts, de la Segerts, del Ministerio de Salud de Brasil y en las del Subgrupo de Trabajo nº 11 de Salud de la Comisión de Servicio de Atención en Salud de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del Mercosur, se realizaron esfuerzos entre los países referidos a aspectos importantes y relevantes necesarios para hacer efectiva de forma definitiva la inclusión de la terapia ocupacional en el Mercosur.

Fue entonces, en el año 2013, que ocurrió el ingreso de la profesión de terapia ocupacional a la lista de las profesiones de salud reconocida, como siendo común a todo el Mercosur; cuando Uruguay incorpora a los registros profesionales el registro de la profesión de terapia ocupacional y se hace el cuadro comparativo del nombre de la profesión entre los países (*cuadro 1*), correspondiendo al Sistema de Acreditación Regional de Cursos de Graduación del Mercosur (Sistema Arcu-Sur) la evaluación para la validación del diploma de terapia ocupacional para quien quiera ejercer la profesión en uno de los países miembros diferente a su país de formación.

Cuadro 1. Diferentes nomenclaturas de la terapia ocupacional

País	Título Otorgado
Argentina	Terapista ocupacional
Brasil	<i>Terapeuta ocupacional</i>
Paraguay	Licenciado/a en terapia ocupacional
Uruguay	Licenciado/a en terapia ocupacional

Fuente: Elaboração própria.

- Venezuela, aún siendo país miembro, y aún hoy, se encuentra suspendido, y desde el inicio de ese proceso no estuvo presente en la construcción de la incorporación de la terapia ocupacional.

En cada país miembro del Mercosur, la profesión de terapia ocupacional está

regulada bajo diferentes formas: en Argentina bajo el Decreto Ley nº 3.309/1963; en Brasil bajo Decreto Ley nº 938/1969; en Paraguay no hay una ley específica para la regulación de la profesión, sino un reconocimiento como profesión con registro en el Ministerio de Salud dentro de las profesiones de la salud; en el caso de Uruguay,

según la Asociación Uruguaya de Terapeutas Ocupacionales, no hay una ley específica de regulación de la profesión, sí un Decreto Ley n° 460/2001 del momento en que fue creado el Departamento de Habilitación y Control de las profesiones de Salud, en el cual la terapia ocupacional y otras áreas de la salud, no médicas, están incluidas como técnicas especializadas universitarias del Ministerio de Salud Pública de la República del Uruguay (Decreto Ley n° 346 de 16 de marzo de 1972) (CADILE, 2015).

A partir del momento en que se hace efectiva la inclusión de la terapia ocupacional como otra profesión de la salud al ser integrada en el Mercosur, se hizo necesario otro tipo de representación del gobierno brasileño en el Foro Permanente Mercosur para Trabajo en Salud, y fue cuando en el año de 2015 el Crefito fue representado, junto con el profesional representante de la Fisioterapia, por medio de una profesional representante de la terapia ocupacional, para hacer posible el desarrollo del trabajo en los diversos aspectos llevados por los coordinadores del Foro acerca del ejercicio Profesional, la formación, la titularidad profesional y ayudar, en lo específico de la profesión, en las demandas y acuerdos en los países pertenecientes al Mercosur.

Actualmente, se encuentra en marcha por el gobierno brasileño la orden en forma de resolución que incluye la profesión de terapia ocupacional, vale decir, la Resolución n° 07/2012 del Grupo del Mercosur en la que

está la lista de las profesiones de salud que son reconocidas por todos los Estados Partes del Mercosur.

Conclusiones

De esta forma, las categorías profesionales de fisioterapeutas y de terapeutas ocupacionales, en lo que tiene que ver con los asuntos referentes al Mercosur, vienen trabajando en el sentido de promover la armonización de sus legislaciones, la calidad de servicio prestado, la construcción de referenciales teóricos y técnicos peculiares a los pueblos del sur del continente de América Latina; reafirmando el compromiso en la prestación de servicios de calidad en la libre circulación de personas y trabajadores en el bloque Mercosur sobre las bases de la reciprocidad de derechos y obligaciones; y consagrando la definición de normas y principios éticos para el desarrollo de su práctica asistencial en los Estados Partes.

Para que pueda haber la libre circulación de trabajadores entre países, es necesario observar las posibles consecuencias ante las demandas sociales que puedan ocurrir. Mientras más semejantes las condiciones de trabajo y calidad en la prestación del ejercicio profesional en los Estados Partes de un bloque económico, mayor eficacia para el desarrollo del trabajo en salud en el mejoramiento de la calidad de vida de esas poblaciones. ■

Referencias

CADILE, M. D. C. (Org.). *La construcción de la Matriz Mínima de Datos de profesionales de la salud del Mercosur, desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil y Uruguay*. Buenos Aires: Ministerio de la Salud de la Nación, 2015.

MERCOSUR. *Protocolo de Brasília*. Disponible en: <<http://www.mercosur.org.uy/>>. Acceso en: 5 jun. 2009.

MERCOSUL. *Saiba mais sobre o Mercosul*. Disponible en: <www.mercosul.gov.br/saiba-mais-sobre-o-mercosul>. Acceso en: 5 jun. 2017.

TAMAKI, J. (Org.). *A Fisioterapia e a Kinesiologia no MERCOSUL: no caminho da integração*. Brasília, DF: Coffito, 2011.

SILVA, M. T. D. S. *A livre circulação dos trabalhadores do MERCOSUL: o caso da Fisioterapia*. 2009. 45 f. Trabalho de Conclusão (Especialização em Direito Público) – Instituto de Desenvolvimento Social, Porto Alegre, 2009.

Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Medicina*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Medicine Council

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima¹

Introducción

Las opiniones presentadas a continuación son reflexiones individualizadas del presidente del Consejo Federal de Medicina (CFM) de Brasil, desarrolladas a partir de cuestiones orientadoras propuestas por los editores de este número temático de la revista. La intención fue la de conocer la opinión de los liderazgos sobre el libre tránsito en el Mercado Común del Sur (Mercosur), el papel de los Consejos Profesionales en lo que se refiere al proceso regulatorio entre profesiones Intraestados Partes, así como los principales desafíos a ser enfrentados.

Es importante resaltar que los ‘consejos de clase profesional’ en Brasil son consejos formados por profesionales de cada profesión, con directorios elegidos por sus asociados representando sus intereses profesionales. Su principal atribución es la de registrar, fiscalizar y disciplinar el ejercicio de las profesiones reguladas. Ellas son consideradas ‘autarquías especiales’ o ‘corporativas’. La fiscalización de cada profesión es delegada por la Unión por medio de la ley específica de acuerdo con cada una.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger y Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Médico. Presidente del Conselho Federal de Medicina (CFM) – Brasil
presidencia@cfm.org.br

Medicina

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

¿CÓMO VE EL CONSEJO LA INTEGRACIÓN DE LOS PAÍSES QUE HACEN PARTE DEL MERCOSUR EN LO QUE RESPECTA A LA ASISTENCIA Y AL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD?

El CFM ha acompañado atentamente todos los aspectos relacionados con el tema a través de su Comisión de Integración del Médico de Frontera y por sus representantes en el grupo gubernamental que cuida del Mercosur. Se trata de un tema preocupante, pues hay informes según los cuales el ejercicio de la medicina por profesionales extranjeros, oriundos de países limítrofes, en los estados de la región ha ocurrido sin que ellos tengan sus diplomas revalidados. En consecuencia, no existe el adecuado conocimiento del nivel técnico y científico de estos profesionales.

Con ello, la población local queda sometida a un estado de inseguridad y sujeta a eventuales faltas éticas cometidas por personas que no pueden ser juzgadas por los consejos de medicina ya que, a todos los efectos, no son médicos en Brasil por no ser registrados en los Consejos Regionales de Medicina (CRMs). Complementariamente, también hay otros problemas prácticos derivados de esta situación. Por ejemplo, los récipes emitidos por estos individuos no cuentan con el número de CRM y, por lo tanto, no pueden ser aceptados en farmacias. Lo mismo vale para pedidos de exámenes y para el sistema de referencia y contrarreferencia adoptado en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) y en la red suplementaria.

Evidentemente, la presencia de esas personas en las condiciones dichas ocurre también por otro problema en el ámbito de las políticas públicas: la falta de una acción efectiva por parte del Estado que haga

el trabajo en las regiones atractivo para el médico formado en Brasil. Por eso, el CFM ha defendido la adopción a nivel nacional de una carrera de Estado para el médico en el SUS. Si se implementa, puede funcionar como un elemento de atracción y fijación del médico en esos lugares y, de forma complementaria, asegurar a la población acceso a una infraestructura de atención que le permita utilizar servicios de calidad.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES DESAFÍOS QUE BRASIL TENDRÁ QUE SUPERAR PARA QUE EL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD SE TORNE, EFECTIVAMENTE, EN UNA REALIDAD EN EL MERCOSUR? ¿SU CONSEJO HA HECHO ESFUERZOS EN EL SENTIDO DE FACILITAR LA MOVILIDAD PROFESIONAL DE SU CATEGORÍA EN BRASIL?

Como hemos dicho anteriormente, el CFM ha acompañado este debate a través de sus representantes y grupos específicos. De forma más específica, el gran problema es la falta de información sobre el proceso de formación y de calificación de estos profesionales formados en medicina en el exterior y que no pasaron por un proceso de revalidación de los diplomas.

¿QUÉ PUNTOS O CUESTIONES CONSIDERA MUY IMPORTANTES Y QUÉ REQUIERAN DE RESOLUCIÓN PARA EL LIBRE TRÁNSITO EN EL MERCOSUR?

El CFM entiende que la fijación del médico extranjero en Brasil o incluso su libre tránsito en regiones de frontera, como en el caso del Mercosur, sólo puede ocurrir mediante la aprobación del candidato en las pruebas de revalidación de títulos realizadas, actualmente, por el Ministerio de Educación. En el entendimiento del CFM y de los CRM, estas pruebas hacen posible a las autoridades brasileñas conocer el grado de conocimiento, las

actitudes y las habilidades de los interesados en ejercer la medicina en Brasil, permitiendo que solamente aquellos con mejor preparación puedan actuar en el país. Además de ello, al hacer esta exigencia, ese individuo podrá ser registrado en un CRM y estará obligado a seguir aspectos éticos y técnicos de actuación en medicina, pudiendo ser fiscalizado y castigado en caso de eventuales equívocos.

En síntesis, la revalidación de los diplomas extranjeros de medicina traerá más seguridad para los pacientes y para los responsables de la gestión de los servicios (que contarán con profesionales validados), además de garantizar el buen nivel del ejercicio profesional en el país. El CFM acompaña atentamente la tramitación del Proyecto de Ley nº 4.067 / 2015 que transforma en ley el Examen Nacional de Revalidación de

Diplomas Médicos Expedidos por Universidades Extranjeras (Revalida) y que ya fue aprobado por unanimidad en la Comisión de Seguridad Social y Familia (CSSF) de la Cámara de Diputados. La propuesta siguió para el análisis de la Comisión de Educación y posteriormente para la Comisión de Constitución y Justicia y de Ciudadanía (CCJ). El entendimiento de los parlamentarios se ha mantenido en sintonía con la visión de los consejos de medicina. Para la mayoría de ellos, con la participación de las universidades federales, el examen dará más seguridad a la sociedad y garantizará el acceso al formado fuera del país y a los profesionales extranjeros a un mecanismo legal, reconocido, honesto e igualitario. Así, la expectativa del CFM es que el Revalida se convierta en una política de Estado y no sólo de Gobierno. ■

Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Enfermería*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Nursing

Manoel Carlos Neri da Silva¹

Introducción

Las opiniones presentadas a continuación son reflexiones individualizadas del presidente del Consejo Federal de Enfermería (Cofen) de Brasil, desarrolladas a partir de cuestiones orientadoras propuestas por los editores de este número temático de la revista. La intención fue la de conocer la opinión de los liderazgos sobre el libre tránsito en el Mercado Común del Sur (Mercosur), el papel de los Consejos Profesionales en lo que se refiere al proceso regulatorio entre profesiones Intraestados Partes, así como los principales desafíos a ser enfrentados.

Es importante resaltar que los ‘consejos de clase profesional’ en Brasil son consejos formados por profesionales de cada profesión, con directorios elegidos por sus asociados representando sus intereses profesionales. Su principal atribución es la de registrar, fiscalizar y disciplinar el ejercicio de las profesiones reguladas. Ellas son consideradas ‘autarquías especiales’ o ‘corporativas’. La fiscalización de cada profesión es delegada por la Unión por medio de la ley específica de acuerdo con cada una.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger y Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Enfermero. Presidente del Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasil.
presidencia@cofen.org.br

Enfermería

Manoel Carlos Neri da Silva

¿CÓMO VE EL CONSEJO LA INTEGRACIÓN DE LOS PAÍSES QUE HACEN PARTE DEL MERCOSUR EN LO QUE RESPECTA A LA ASISTENCIA Y AL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD?

El Cofen considera que este es un punto bastante positivo en el proceso de integración regional, involucrando a los países que forman parte del Mercosur. Sin embargo, estima que se trata de un tema complejo ya que, al discutir el libre tránsito de los profesionales de salud en el Mercosur, también se tiene que pensar en otras cuestiones, como, por ejemplo, lo que es un profesional de la salud en el Mercosur. En la enfermería tenemos por caso que existen entendimientos diferentes entre los Estados Partes sobre la composición del equipo de enfermería, siendo que podemos encontrar no sólo al 'licenciado en enfermería', que corresponde al enfermero en nuestro país, sino también a un profesional de nivel superior que es llamado enfermero, pero que tiene un tiempo de formación inferior al del licenciado y que, jerárquicamente, es subordinado a él, lo que no tenemos en Brasil.

También en relación a los currículos y al tiempo de formación de los profesionales de enfermería, existen asimetrías importantes entre los cuatro países que integran el Mercosur. La Enfermería posee un organismo en el Mercosur, el Consejo Regional de Enfermería del Mercosur (Crem), que reúne a los representantes de Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay para debatir temas de interés para el proceso de integración regional. Crem, incluso, elaboró una propuesta con miras a la compatibilización de los currículos del enfermero en el Mercosur. Sin embargo, desafortunadamente, nuestras propuestas no fueron analizadas por los órganos decisorios

del Mercosur; abarcando, además, este debate no sólo el nivel superior sino también el nivel medio y técnico, en los que la situación es mucho más compleja. Como podemos ver a partir de los ejemplos, muchas cosas aún tienen que ser debatidas y consensuadas para poner a andar al Mercosur.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES DESAFÍOS QUE BRASIL TENDRÁ QUE SUPERAR PARA QUE EL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD SE TORNE, EFECTIVAMENTE, EN UNA REALIDAD EN EL MERCOSUR? ¿SU CONSEJO HA HECHO ESFUERZOS EN EL SENTIDO DE FACILITAR LA MOVILIDAD PROFESIONAL DE SU CATEGORÍA EN BRASIL?

Creo que el principal desafío a superar es que Brasil y los demás países que componen el Mercosur convengan en una disposición para la decisión política en torno a hacer efectivo el mismo. Por ahora, un serio problema que ocurre es que las decisiones tomadas por las instancias del Mercosur tardan en entrar en vigor – y algunas, a pesar de haberle puesto hasta plazo para ello, aún no han entrado en vigor – empezando por el establecimiento del Mercado Común. Efectivamente, si observamos lo que está colocado en el Tratado de Asunción, firmado en 1991, vemos que éste preveía en su art. 1 que el mercado común debería estar instituido el 31 de diciembre de 1994. Si esta cláusula no se cumplió dentro del tratado que instituyó el bloque, ¿qué se puede esperar de los demás instrumentos legales, incluso de los que establecieron plazos para la apertura de las fronteras al libre tránsito de profesionales y servicios, considerando también, pensamos, en los de la salud?

En cuanto al papel del Consejo en la cuestión de movilidad de profesionales venidos de los países que componen el Mercosur, no tenemos nada que oponer en relación a la venida de ellos, como de cualquier profesional

de enfermería oriundo de cualquier país que quiera trabajar en Brasil. Sin embargo, deben cumplir las exigencias de la legislación brasileña y de las normas de registro en los Consejos de Enfermería para poder ejercer la profesión en el país. En ese sentido, el profesional debe observar los requisitos de inscripción contenidos en la Resolución Cofen n° 536/2017.

¿QUÉ PUNTOS O CUESTIONES CONSIDERA MUY IMPORTANTES Y QUÉ REQUIERAN DE RESOLUCIÓN PARA EL LIBRE TRÁNSITO EN EL MERCOSUR?

Creo que esta pregunta ya está respondida en parte en las valoraciones hechas anteriormente. Son puntos que necesitan ser analizados, y si no caminamos hacia un entendimiento y una superación de ellos, acarrearán problemas para la concreción del libre tránsito de profesionales de la salud en la región. Sin embargo, agrego que además de ellas, se hace necesaria una participación efectiva de las corporaciones de los

profesionales de salud en las instancias del Mercosur que tratan sobre el ejercicio profesional en salud para ayudar en el debate sobre compatibilización curricular y organización de las profesiones en los países del Mercosur, considerando, por ejemplo, que son temas que constituyen campo de experiencia y dominio de dichas corporaciones.

Recuerdo que Brasil avanzó en esta cuestión, creando en el ámbito del Ministerio de Salud en 2004, un Foro en el que representantes de las profesiones de salud tienen asiento para debatir esas temáticas en el contexto del Mercosur. Solamente, ahora, eso está siendo considerado en la esfera de la Subcomisión de Ejercicio Profesional do SGT n° 11. Así, esperamos avanzar en ese proceso y que al final podamos integrar no sólo los países del Cono Sur, sino, quién sabe, de América del Sur – a fin de cuentas la Unión de las Naciones Suramericanas (Unasur) también se está constituyendo – dentro del espíritu de cooperación e integración que todos anhelamos. ■

Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Odontología*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Dentistry

Juliano do Vale¹

Introducción

Las opiniones presentadas a continuación son reflexiones individualizadas del presidente del Consejo Federal de Odontología (CFO) de Brasil, desarrolladas a partir de cuestiones orientadoras propuestas por los editores de este número temático de la revista. La intención fue la de conocer la opinión de los liderazgos sobre el libre tránsito en el Mercado Común del Sur (Mercosur), el papel de los Consejos Profesionales en lo que se refiere al proceso regulatorio entre profesiones Intraestados Partes, así como los principales desafíos a ser enfrentados.

Es importante resaltar que los ‘consejos de clase profesional’ en Brasil son consejos formados por profesionales de cada profesión, con directorios elegidos por sus asociados representando sus intereses profesionales. Su principal atribución es la de registrar, fiscalizar y disciplinar el ejercicio de las profesiones reguladas. Ellas son consideradas ‘autarquías especiales’ o ‘corporativas’. La fiscalización de cada profesión es delegada por la Unión por medio de la ley específica de acuerdo con cada una.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger y Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Odontólogo. Presidente del Conselho Federal de Odontologia (CFO) – Brasil. presidencia@cof.org.br

Odontología

Juliano do Vale

¿CÓMO VE EL CONSEJO LA INTEGRACIÓN DE LOS PAÍSES QUE HACEN PARTE DEL MERCOSUR EN LO QUE RESPECTA A LA ASISTENCIA Y AL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD?

Miramos con buenos ojos la integración entre los países del Mercosur. El libre tránsito de profesionales promoverá el crecimiento de la calificación profesional y de los servicios prestados, así como podrá superar algunas deficiencias de actividades y asistencias especializadas de los Estados Partes; siendo un factor indispensable para el desarrollo económico interno. Algunos países pueden convertirse en exportadores de mano de obra calificada o de formadores de profesionales capacitados, supliendo las necesidades e insuficiencias de otros. Esta es la posición de la Comisión de Mercosur del Consejo Federal de Odontología cuyo último presidente fue el cirujano-dentista Zacaria Yahya Mohamad Omar.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES DESAFÍOS QUE BRASIL TENDRÁ QUE SUPERAR PARA QUE EL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD SE TORNE, EFECTIVAMENTE, EN UNA REALIDAD EN EL MERCOSUR? ¿SU CONSEJO HA HECHO ESFUERZOS EN EL SENTIDO DE FACILITAR LA MOVILIDAD PROFESIONAL DE SU CATEGORÍA EN BRASIL?

Evidentemente los procedimientos y acciones para poner en práctica la libertad de circulación de personas y, secundariamente,

la libertad de establecerse en el ámbito del Mercosur no son una tarea fácil, en virtud del conflicto de normas y de la ausencia de una legislación armónica entre los Estados Miembros, remitiéndonos a la reflexión de que no es posible discutir el libre ejercicio de la profesión dentro del bloque sin una compatibilización de las legislaciones internas. Siendo así, el CFO se ha dedicado incansablemente a la discusión y al apoyo de la construcción e implementación de la Matriz Mínima en el Ministerio de Salud con el propósito de ejercer el seguimiento del flujo de los profesionales de salud entre los países, a través de un efectivo intercambio de información entre los Ministerios de Salud de los Estados Partes sobre los profesionales, procurando la estandarización de sus legislaciones y normativas.

¿QUÉ PUNTOS O CUESTIONES CONSIDERA MUY IMPORTANTES Y QUÉ REQUIERAN DE RESOLUCIÓN PARA EL LIBRE TRÁNSITO EN EL MERCOSUR?

Además de la unificación de las legislaciones y normativas entre los Estados Partes, creemos que será importante avanzar en diferentes materias, así en la armonización de los sistemas de seguridad social y de salud, en la estandarización de la formación y la calificación profesional y en la necesidad de un efectivo registro supranacional en el que consten, a partir del intercambio de información entre los Ministerios de Salud de los Estados Partes, las sanciones ético-disciplinarias, garantizando con ello el adecuado flujo de referencias sobre eventuales penalidades éticas aplicadas a los profesionales, resguardando la salud de la población y asegurando que los profesionales puedan circular con seguridad y dinamismo en el ámbito del Mercosur. ■

Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Farmacia*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Pharmacy

Walter da Silva Jorge João¹

Introducción

Las opiniones presentadas a continuación son reflexiones individualizadas del presidente del Consejo Federal de Farmacia (CFF) de Brasil, desarrolladas a partir de cuestiones orientadoras propuestas por los editores de este número temático de la revista. La intención fue la de conocer la opinión de los liderazgos sobre el libre tránsito en el Mercado Común del Sur (Mercosur), el papel de los Consejos Profesionales en lo que se refiere al proceso regulatorio entre profesiones Intraestados Partes, así como los principales desafíos a ser enfrentados.

Es importante resaltar que los ‘consejos de clase profesional’ en Brasil son consejos formados por profesionales de cada profesión, con directorios elegidos por sus asociados representando sus intereses profesionales. Su principal atribución es la de registrar, fiscalizar y disciplinar el ejercicio de las profesiones reguladas. Ellas son consideradas ‘autarquías especiales’ o ‘corporativas’. La fiscalización de cada profesión es delegada por la Unión por medio de la ley específica de acuerdo con cada una.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger y Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Farmacéutico. Presidente del Conselho Federal de Farmácia (CFF) – Brasil. presidencia@coff.org.br

Farmacia

Walter da Silva Jorge João

¿CÓMO VE EL CONSEJO LA INTEGRACIÓN DE LOS PAÍSES QUE HACEN PARTE DEL MERCOSUR EN LO QUE RESPECTA A LA ASISTENCIA Y AL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD?

La integración de los países que componen el Mercosur, creado por el Tratado de Asunción el 26 de marzo de 1991, es una fuerte aspiración del CFF y de toda la categoría farmacéutica. Brasil tiene 73 municipios fronterizos con los países del bloque, y una integración de los profesionales del área de la salud facilitaría la atención de las comunidades y la vida de los profesionales que actúan en esas regiones.

Para apoyar esta integración, el CFF ha participado desde su inicio en 2004 del Foro Permanente Mercosur para el Trabajo en Salud, cuyo objetivo es propiciar la colaboración de gestores y trabajadores en la Coordinación de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional de la Comisión de Prestación de Servicios de Salud del Subgrupo de Trabajo nº 11 (SGT 11) y del Grupo Mercado Común del Mercosur. Así, el CFF se siente a gusto para comentar las conquistas consagradas en el Protocolo de Montevideo (15 de diciembre de 1997), en el cual establece que los Estados Partes no podrán adoptar un trato ‘menos favorable’ que el que otorga a sus propios servicios o prestadores de servicios similares. La igualdad de trato establecida en el Protocolo sobre la prestación de servicios garantiza a esas personas derechos y obligaciones específicos que se refieren al acceso a las actividades económicas ya su ejercicio laboral en condiciones de reciprocidad.

Otro aspecto que ha sido relevante en las negociaciones es el mantenimiento de las conquistas profesionales y laborales en los

países de origen. Los negociadores brasileños han defendido esta posición, pues lo contrario significaría un retroceso social. Este tema, aunque causa mucha discusión, es una garantía de que los profesionales migrantes tengan asegurado los derechos adquiridos en los países de origen. Vale decir, que el profesional migrante no renunciará a ninguna prerrogativa profesional o laboral existente en su propio país. Aunque es un tema difícil de armonizar, no deja de permitir una seguridad importante para los profesionales que desean migrar.

Ante las condiciones arriba descritas, el CFF considera positiva la integración de los profesionales de la salud que componen el Mercosur y espera verla concretada en breve.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES DESAFÍOS QUE BRASIL TENDRÁ QUE SUPERAR PARA QUE EL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD SE TORNE, EFECTIVAMENTE, EN UNA REALIDAD EN EL MERCOSUR? ¿SU CONSEJO HA HECHO ESFUERZOS EN EL SENTIDO DE FACILITAR LA MOVILIDAD PROFESIONAL DE SU CATEGORÍA EN BRASIL?

La integración y la armonización de las profesiones sanitarias son un desafío aparte. El Consejo Nacional de Salud de Brasil considera que son 14 las profesiones de esa área. No todas ellas tienen similares en los demás países, y cuando eso no ocurre, estas poseen currículum, competencias y denominaciones diferentes. Así, la armonización requerirá mucha discusión y creatividad de los negociadores.

El caso de la Farmacia es ejemplar. En 2002 se produjo una profunda reforma curricular en la que se extinguieron las habilitaciones Farmacéutico Bioquímica y Farmacéutico Industrial. El curso pasó a tener un currículum único, integrando todas las competencias y llevando la formación del farmacéutico a un profesional capacitado

para actuar en todas las áreas de su campo. Esta disparidad, unida a las diferentes competencias de los portadores, creará un problema en los lugares de migración pues difícilmente quienes se desplacen conocerán la nueva realidad de la legislación educativa brasileña.

Otro caso a ser debatido es el de la Bioquímica. Reconocida como profesión en los demás países, en Brasil está integrada a la formación del farmacéutico quien puede ejercerla en su plenitud. ¿Cómo superar ese impasse?

Las contribuciones del CFF se dan en su participación en el Foro Permanente Mercosur, aclarando aspectos específicos de la profesión y participando activamente en las discusiones en busca de una solución para cada caso.

¿QUÉ PUNTOS O CUESTIONES CONSIDERA MUY IMPORTANTES Y QUÉ REQUIERAN DE RESOLUCIÓN PARA EL LIBRE TRÁNSITO EN EL MERCOSUR?

En definitiva, el CFF considera que la armonización previa de todas las 14 profesiones del área de la salud será un trabajo intenso y siempre inconcluso, teniendo en mente el número de factores conflictivos. En vista de ello, considera ideal que el Mercosur fije una legislación más genérica, abierta, que

permita la movilidad, sin descender a los detalles específicos de cada profesión. Así, a medida que se resolviera cada caso, se formaría una jurisprudencia que se seguiría en casos similares.

Un importante paso ya se ha dado para la integración: la Matriz Mínima. Su implantación facilitará mucho el tránsito y el control de los profesionales en el área en que desean actuar en otros países del bloque. Será una forma de controlar la movilidad, exigiéndose la comprobación efectiva de la formación de cada interesado.

La concreción de las metas del Mercosur es un verdadero sueño: la construcción de una zona de libre comercio sin aranceles; una política exterior unificada (unión aduanera) y un mercado común con libre circulación de bienes, capital, trabajo y conocimiento. Algunos de estos objetivos ya se han alcanzado y funcionan plenamente. Nos resta, con espíritu de grandeza e idealismo de los negociadores, superar las dificultades que está atravesando la tan deseada movilidad, que es el principal objetivo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional que compone el SGT-11. Sólo a partir de esa implantación es que tendremos una mejora significativa en las atenciones de las comunidades y la garantía para el libre ejercicio de los profesionales del área de la salud. ■

Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de los Consejos Profesionales – Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of the Professional Councils – Federal Council of Physical Therapy and Occupational Therapy

Roberto Mattar Cepeda¹

Introducción

Las opiniones presentadas a continuación son reflexiones individualizadas del presidente del Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Brasil, desarrolladas a partir de cuestiones orientadoras propuestas por los editores de este número temático de la revista. La intención fue la de conocer la opinión de los liderazgos sobre el libre tránsito en el Mercado Común del Sur (Mercosur), el papel de los Consejos Profesionales en lo que se refiere al proceso regulatorio entre profesiones Intraestados Partes, así como los principales desafíos a ser enfrentados.

Es importante resaltar que los ‘consejos de clase profesional’ en Brasil son consejos formados por profesionales de cada profesión, con directorios elegidos por sus asociados representando sus intereses profesionales. Su principal atribución es la de registrar, fiscalizar y disciplinar el ejercicio de las profesiones reguladas. Ellas son consideradas ‘autarquías especiales’ o ‘corporativas’. La fiscalización de cada profesión es delegada por la Unión por medio de la ley específica de acuerdo con cada una.

* Entrevista realizada por: Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Mônica Wermelinger y Wilson Aguiar Filho. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Fisioterapeuta. Presidente del Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) – Brasil.
presidencia@coffito.org.br

Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Roberto Mattar Cepeda

¿CÓMO VE EL CONSEJO LA INTEGRACIÓN DE LOS PAÍSES QUE HACEN PARTE DEL MERCOSUR EN LO QUE RESPECTA A LA ASISTENCIA Y AL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD?

Cada país que compone el Mercosur tiene su particularidad en términos de asistencia. Estamos siguiendo este proceso con mucha atención por lo menos hace 20 años. La fisioterapia y la terapia ocupacional se vienen desarrollando en ese contexto en los cuatro países, alcanzando su espacio en los equipos de salud. Para que haya la libre circulación de profesionales, se debe cuidar de las consecuencias sociales. Cuanto más semejante a las condiciones de trabajo en los Estados Partes de un bloque económico, mejor se torna ese libre tránsito.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES DESAFÍOS QUE BRASIL TENDRÁ QUE SUPERAR PARA QUE EL LIBRE TRÁNSITO DE PROFESIONALES DE SALUD SE TORNE, EFECTIVAMENTE, EN UNA REALIDAD EN EL MERCOSUR? ¿SU CONSEJO HA HECHO ESFUERZOS EN EL SENTIDO DE FACILITAR LA MOVILIDAD PROFESIONAL DE SU CATEGORÍA EN BRASIL?

Uno de los principales desafíos que nuestro país tendrá que superar para que de hecho el libre tránsito de profesionales se convierta en una realidad es la mejora en términos de organización y estructuración de nuestros servicios de salud. Es fundamental que esa organización ocurra antes de la liberación de la circulación de profesionales de los otros países del bloque. El Coffito ha hecho desde 1997 diversos movimientos para facilitar una futura movilidad profesional. Varios eventos se realizaron entre los profesionales fisioterapeutas y terapeutas

ocupacionales del Mercosur. El Coffito fue el responsable de la creación de la Comisión de Integración de los Fisioterapeutas y Kinesiólogos para el Mercosur-Cifikim en 1998. Esa comisión se viene reuniendo anualmente pauta por los temas sugeridos por el 'Foro Permanente del Mercosur del Ministerio de Salud'. En el año 2000, el Coffito bajo la Resolución 213 que dispone sobre el reconocimiento del Título Académico de Kinesiólogo como el equivalente al Título Académico de Fisioterapeuta. En 2011 la comisión de los fisioterapeutas del Mercosur del Coffito organizó un libro en el que están registrados los diversos temas ya discutidos hasta aquella fecha por Cifikim. En cuanto a la terapia ocupacional, lo mismo ha ocurrido en términos de apoyo a la creación de la Comisión de Integración de los Terapeutas Ocupacionales para el Mercosur surgida en el año 2015, también por iniciativa del Coffito. Actualmente estamos trabajando para la inclusión de la terapia ocupacional en el rol de las profesiones prioritarias para la armonización del proceso de integración.

¿QUÉ PUNTOS O CUESTIONES CONSIDERA MUY IMPORTANTES Y QUÉ REQUIERAN DE RESOLUCIÓN PARA EL LIBRE TRÁNSITO EN EL MERCOSUR?

A nuestro modo de ver, la cuestión fundamental es establecer una equivalencia curricular razonable: la formación del profesional Fisioterapeuta y del Terapeuta Ocupacional necesita estar en el mismo nivel en todos los países del bloque Mercosur. Siendo que estas dos profesiones tratan con la salud de la población, no es posible pensar que pueda haber discrepancia entre la formación del fisioterapeuta/kinesiólogo de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, así como no puede haber con la de la terapia ocupacional en esos mismos países. Las especialidades profesionales reconocidas y alineadas entre los países miembros y un código de ética que contemple la diversidad normativa y cultural de esos países también son puntos a ser considerados. ■

Mercosur y el libre tránsito de profesionales: la opinión de Felix Rigoli*

Mercosur and free transit of professionals: the opinion of Felix Rigoli

Felix Rigoli¹

Introducción

Las opiniones presentadas a continuación son reflexiones individualizadas del especialista en sistemas de salud del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags) de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) – Brasil – desarrolladas a partir de cuestiones orientadoras propuestas por los editores de este número temático de la revista. La intención fue la de conocer la opinión sobre el libre tránsito en el Mercado Común del Sur (Mercosur), en lo que se refiere al proceso regulatorio entre profesiones Intraestados Partes, así como los principales desafíos a ser enfrentados.

* Entrevista realizada por Eliane dos Santos de Oliveira. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Médico. Especialista sénior en sistema de salud en el Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags) da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) – Brasil. felix.rigoli@gmail.com

Opinión sobre la integración regional

Felix Rigoli

El Mercosur se constituye en un bloque de integración regional, lo que significa decir que es la unión de economías nacionales en una región económica mayor, o al menos que supone que entre las economías nacionales de esa región hay un proceso en curso de abolición de las discriminaciones, barreras, impedimentos o fronteras.

Los bloques de integración existentes en el mundo pueden ser clasificados en una tipología, empezando con el que se constituye en un área o zona de tarifas preferenciales, progresando hacia uno que se materializa en un área de libre comercio, una unión aduanera, un mercado común, llegando a varias combinaciones posibles de unión económica y/o la unión monetaria, hasta finalmente, el que culmina en una unión política. Es importante resaltar que esos niveles apuntados aquí son autónomos, no constituyéndose necesariamente en etapas de un proceso.

EN SU OPINIÓN, ¿CÓMO HA SIDO EL PROCESO DE INTEGRACIÓN TRANSITADO HASTA AQUÍ POR EL MERCOSUR? Y EN LO QUE RESPECTA ESPECIALMENTE AL SECTOR SALUD (ASISTENCIA, PRODUCCIÓN DE MEDICAMENTOS, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO, FORMACIÓN DE PERSONAL, MERCADO DE TRABAJO, GESTIÓN, ETC.), ¿CUÁLES SON LAS DIFICULTADES QUE MÁS SE DESTACAN?

El proceso de integración estaba pautado por las negociaciones económicas, la llamada Pauta Negociadora, muy estricta y casi enteramente vinculada a productos que podrían integrar listas de libre circulación. Paradójicamente los gobiernos progresistas de los últimos diez años cerraron mucho las fronteras desde el punto de vista económico y al mismo tiempo se crearon instancias más amplias y no económicas como

Unasur. A partir de esos procesos, el Mercosur 'económico' paró por falta de un verdadero interés, sobre todo de parte de Argentina y Brasil que tenían esquemas relativamente proteccionistas. También es verdad que las partes fáciles de la integración ya habían ocurrido (sector automotriz o farmacéutico por ejemplo) y el resto sería más complejo. En medio de este proceso, Brasil asumió un papel de liderazgo y Argentina no logró salir rápidamente de su crisis y reestructuración productiva, creándose un escenario desbalanceado. Brasil optó por poner sus apuestas en la Unasur y en la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP) que podían asegurar más votos en la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Los conflictos de la salida de Paraguay y entrada de Venezuela dejaron también traumas en las relaciones políticas de los socios.

¿CÓMO VE USTED LA INFLUENCIA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS ESTADOS PARTES SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE IMPLANTACIÓN DEL MERCOSUR Y, ESPECIFICAMENTE, EN SU ÁREA DE EXPERTICIA?

En el área de la salud, Brasil amplió sus apuestas hacia América Latina y África, por lo que el espacio Mercosur fue, si no olvido, al menos sumergido en el conjunto de las posibles arenas de trabajo internacional. Las actividades en salud se llevaron a cabo por las 'relaciones internacionales en salud' (con socios múltiples, desde Canadá y Reino Unido hasta la India o China) o por proyectos micro, vale decir, bilaterales de salud, ya sea con países africanos o en las fronteras. Por otra parte, los socios en Mercosur, debido a la falta de interés brasileño en llevar una pauta específica para la salud Mercosur, prefirieron participar en esas alianzas ya sea como socios más pequeños, ya sea aprovechando las interfaces creadas por Brasil con los países del primer mundo. En los últimos tiempos (2014-2016), el interés de Brasil se concentró en el proyecto Más Médicos; y, después del *impeachment*, el papel

internacional brasileño en el área de sistemas de salud y recursos humanos prácticamente desapareció.

¿USTED CREE QUÉ EL NÚMERO REDUCIDO DE ESTADOS PARTES DEL MERCOSUR FACILITA O DIFICULTA EL PROCESO DE INTEGRACIÓN?, ¿POR QUÉ?

Como expresamos anteriormente, el Mercosur tenía una relevancia mayor en el espacio de una cierta paridad del interés y la importancia entre Argentina y Brasil. Varias multinacionales del sector automotriz, químico o del agronegocio fueron impulsoras de ese proceso (Autolatina, Techint, Bunge), pero posteriormente la entrada masiva de las compras de China modificó el escenario. Ya no tenía sentido ampliar un mercado regional, siendo que el gran comprador estaba fuera de la región. No es solo un problema de ser pocos países, sino de constituir países básicamente iguales en su producción y dependencia del mercado asiático (proteínas, minerales). Por lo tanto, era un sin sentido económico la unión aduanera.

EN SU OPINIÓN, EN EL SECTOR SALUD, ¿CUÁLES SON LAS MEJORES PERSPECTIVAS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN BLOQUE DE INTEGRACIÓN?, ¿QUÉ FALTA PARA QUE EL MERCOSUR PUEDA REALIZARLAS?

Una vez constatados los límites del mercado chino y las amenazas que presenta para procesos sostenibles de desarrollo, sumados al hecho de un mundo desarrollado que se ha vuelto súbitamente ultraproteccionista, América Latina, Unasur y el Mercosur tendrían que caer en cuenta que no deben esperar y que, incluso con niveles más bajos de producción, puede ser importante asociarse con iguales, aprovechando el estar en una región con historias comunes, lenguas que pueden comunicarse y un relativo alejamiento de los peores conflictos que hoy son la amenaza de otras regiones del mundo. Mirando este proceso de integración como una

oportunidad para el 'buen vivir' de los pueblos, se abren otras avenidas del proceso, pero eso exige gobiernos que piensen el desarrollo con criterios más amplios que los intereses de los grandes grupos económicos y financieros.

¿CÓMO EL FENÓMENO DE LA GLOBALIZACIÓN INFLUENCIA EL SECTOR SALUD EN BRASIL?, ¿USTED CREE QUE CAMBIOS INTERNOS EN EL PAÍS PUEDEN DISMINUIR EL IMPACTO DE LA GLOBALIZACIÓN?, ¿USTED PIENSA QUÉ EL DESARROLLO Y LA PROFUNDIZACIÓN DEL MERCOSUR PUEDEN TENER ESTE EFECTO?

En este momento es difícil hablar de la globalización y de sus impactos siendo que es un tema recurrente de movimientos nacionalistas xenófobos en todo el mundo. Prefiero pensar en una integración con objetivos del buen vivir y de sostenibilidad y que la misma pueda filtrar lo que existe en el mundo entero a favor de esos objetivos.

¿EN SU ÁREA DE EXCELENCIA HUBO POR PARTE DE BRASIL O DE OTRO ESTADO PARTE, LA ADOPCIÓN DE ALGUNA MEDIDA PROTECCIONISTA QUE DIFICULTARA LO PRECONIZADO EN EL TRATADO DE ASUNCIÓN?

Lo que más dificulta la integración es el desinterés por las políticas de integración social de parte de los gobiernos. No obstante, se comprobó que el sector más dinámico ha sido el de la integración económica Mercosur y Unasur llevada por las multinacionales brasileñas y apoyadas por el gobierno que agregaron una cuota importante de corrupción y desprestigio a las acciones suramericanas y a los gobiernos progresistas en la región. Esto va a tener consecuencias nefastas para las transformaciones sociales a mediano plazo. En mi opinión, debe existir una autocrítica importante a los hechos constatados y una firme convicción de que no deben repetirse. ■