

CADERNO DE DEBATES

4



Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde

Organização
Anakeila Barros Stauffer
Anamaria D'Andrea Corbo



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente

Paulo Gadelha

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Diretor

Paulo César de Castro Ribeiro

Vice-diretora de Ensino e Informação

Páulea Zaquini Monteiro Lima

Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Marcela Pronko

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

José Orbilio de Souza Abreu

Conselho de Política Editorial da EPSJV

Marcela Pronko (Coordenação Executiva)

Bianca Cortes

Carla Martins

Cláudio Gomes

Filipina Chinelli

Grasiele Nespoli

José dos Santos Souza

José Roberto Franco Reis

Márcia Valeria Morosini

Márcio Rolo

Maria Inês Bravo

Selma Majerowicz

Paulo Guanaes

Ramón Peña Castro

CADERNO DE DEBATES 4

Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde

Organização

Anakeila Barros Stauffer
Anamaria D'Andrea Corbo



Rio de Janeiro
2014

Copyright © 2014 das organizadoras
Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Esta publicação foi financiada com recursos do Ministério da Saúde, no âmbito do Plano Diretor para o Biênio 2011-2013 da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde.

Projeto gráfico e diagramação
Marcelo Paixão

Capa
Zé Luiz Fonseca

Catálogo na fonte
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Biblioteca Emília Bustamante

S798d Stauffer, Anakeila de Barros (Org.)
Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde /
Organização de Anakeila de Barros Stauffer e Anamaria D'Andrea Corbo. - Rio de
Janeiro: EPSJV, 2014.

92 p. : il. - (Caderno de debates; 4)

ISBN: 978-85-98768-73-1

1. Educação Profissional. 2. Formação de Técnicos. 3. Política Social. 4. Interação Social. 5. Mercosul. I. Corbo, Anamaria D'Andrea. II. Título.

CDD 370.113

Lista de siglas

ACAPS – Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ALCA – Área de Livre Comércio das Américas

AMS – Auxiliares de Medicina Simplificada

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARCUSUR – Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias para el MERCOSUR

CCM – Comisión de Comercio del MERCOSUR

CMC – Consejo Mercado Común

COFESA – Consejo Federal de Salud

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COPROSAL – Comisión de Productos para la Salud

COSEATS – Comisión de Servicios de Atención a la Salud

COVISAL – Comisión de Vigilancia en Salud

CRC – Comisión Regional Coordinadora

EB – Educación Básica

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ES – Educación Superior

ET – Educación Tecnológica

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GM – Gabinete do Ministro

GMC – Grupo Mercado Común

INET – Instituto Nacional de Educación Tecnológica

MEC – Ministério da Educação

MERCOSUR – Mercado Común del Sur

MEXA – Mecanismo Experimental de Acreditación

MPPS – Ministerio del Poder Popular para la Salud

MS – Ministério da Saúde

MSAL – Ministerio de la Salud de la Nación Argentina

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organización Mundial de Salud

ONG – Organização não governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PEI – Proyecto Educativo Institucional

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem

PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

REFEPS – Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud

RM – Resolución Ministerial

RMS – Reunión de Ministros de Salud

RRHH – Recursos Humanos

SCARH – Sistema de Controle e Análise dos Recursos Humanos

SGT 11 – Subgrupo de Trabalho nº 11

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SHARPS – Sistema de Habilitação e Registros de Profissionais da Saúde

SICPESSS – Sistema Integrado de Controle de Profissionais, Estabelecimentos de Saúde, Proteção Radiológica e Superintendência em Saúde

SIISA – Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina

SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud

SUS – Sistema Único de Saúde

UDELAR – Universidad de la República

UE – União Européia

UNASUR – Unión de Naciones Suramericanas

Sumário

Sobre os autores _____ 9

Introdução

**Os desafios da integração regional
para os trabalhadores técnicos em saúde __ II**

Anakeila de Barros Stauffer, Anamaria D'Andrea Corbo e Marcela Pronko

**As políticas de migração no contexto
da mobilidade de trabalhadores no Mercosul __ 19**

Hélion Póvoa

**Los desafíos y las perspectivas de la libre circulación de los
trabajadores tecnicos en salud en la interface del mercosur laboral __ 29**

Beatriz Fajian

**Los desafíos y las perspectivas de la libre circulación de los
trabajadores técnicos en salud en la interface del mercosur salud __ 33**

Isabel Duré

**Avanços no processo de negociação relativo à formação,
certificação e regulação profissional dos tabalhadores
técnicos em saúde no âmbito do Mercosul**

La situación de Argentina __45

Isabel Duré

A situação do Brasil __57

Miraci Mendes Astun

La situación de Uruguai __63

Aníbal Suarez

La situación de Venezuela __69

Domingo Khan

Anexos____ 75

Programação do II Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul

II Documento de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul

II Documento de Manguinhos sobre la formación de trabajadores técnicos en salud del Mercosur

Anais do II Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos emSaúde no Mercosul (CD)

Sobre os autores

Aníbal Suarez

Diretor do Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais da saúde do Ministério de Saúde Pública do Uruguai. Representante do Uruguai Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde Mercosul.

Anakeila de Barros Stauffer

Pedagoga. Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professora pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz.

Anamaria D´Andrea Corbo

Odontóloga. Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade de Buenos Aires/Argentina. Professora pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz.

Beatriz Fajian

Presidenta da Federação de Funcionários da Saúde Pública do Uruguai. Integrante do Conselho Diretivo da Confederação de Trabalhadores e Empregados do Estado. Coordenadora da Secretaria de Gênero e Equidade do Secretariado Executivo do PIT-CNT.

Domingos Khan

Diretor Geral de Pesquisa e Educação do Ministério do Poder Popular para a Saúde da República Bolivariana da Venezuela. Representante da Venezuela na Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde Mercosul.

Helion Póvoa

Geógrafo, mestre em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutor em Geografia pela Universidade de São Paulo. Professor do Instituto de Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPUR-UFRJ).

Isabel Duré

Médica. Administradora pública. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Buenos Aires. Diretora Nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional do Ministério de Saúde da Nação Argentina. Representante da Argentina na Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde Mercosul.

Marcela Pronko

Pedagoga. Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense. Vice Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz.

Miraci Astun

Gestora Pública. Coordenadora Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde do Brasil. Representante do Brasil na Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde Mercosul.

Introdução

Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde

*Anakeila de Barros Stauffer
Anamaria D'Andrea Corbo
Marcela Pronko*

As mudanças políticas na região Sul-americana nos últimos anos, assim como a crescente pressão de diversas e variadas organizações sociais, colocam em pauta uma atenção prioritária sobre os “efeitos sociais da integração” no âmbito do Mercosul.

Para se efetivar uma integração com caráter eminentemente social, há que se envidar esforços para lograr um conhecimento mútuo profundo entre os países membros do bloco, sobretudo naqueles aspectos que resultam essenciais para a implementação da integração social almejada. Faz-se mister, portanto, a ampliação e o aprimoramento de mecanismos necessários para a produção, a sistematização, a circulação e a apropriação crítica de conhecimentos de base nacional e regional que subsidiem uma melhoria das condições de vida das populações desses países, baseada na garantia de direitos fundamentais como a saúde, a educação e o trabalho.

Uma das questões urgentes no campo do trabalho diz respeito à livre circulação de trabalhadores. Enquanto meta do processo de integração, a livre circulação constitui um horizonte que deveria pautar-se nos princípios da universalização e construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes de nossos países. Entretanto, para evitar os efeitos duplamente perversos das migrações – tanto para aqueles que procuram “melhores oportunidades de vida”, quanto para os países que perdem seus quadros qualificados –, as condições para sua concretização precisam

ser construídas na perspectiva de alcançar uma cidadania regional plena que proteja os direitos fundamentais de todos os “mercosulinos” e caminhe para a materialização de um conjunto de direitos máximos comuns. Essa perspectiva deveria balizar a definição de políticas setoriais específicas no âmbito do processo de integração, entre as quais, as relativas à formação de trabalhadores técnicos em saúde para a região.

As políticas públicas dos países membros do Mercosul para a formação destes trabalhadores são confrontadas com as demandas e os entraves, não só de cada contexto nacional específico, como do próprio processo de integração supranacional. Isto ocorre pelo fato de que condensa elementos-chaves relacionados à regulação das relações de trabalho e às políticas de educação, que por sua vez estão diretamente vinculadas com os princípios e as características das políticas nacionais e regionais de saúde. Os diferentes ritmos de avanço e as distintas ênfases das negociações rumo à definição de diretrizes políticas comuns em cada uma dessas áreas – trabalho, educação e saúde – colocam exigências e desafios novos para se pensar estratégias regionais sobre o tema.

Como ponto de partida para a discussão e o conhecimento sobre os trabalhadores técnicos em saúde na região, conforme indicado em outras publicações sobre o tema¹, constata-se que não há uma definição unívoca na região do significado das expressões “trabalhadores técnicos em saúde” e “profissionais técnicos em saúde”. Esta “indefinição” se relaciona não apenas com alguma especificidade que estas denominações apresentam, mas se deve, primordialmente, ao fato de que o caráter de “técnico” e de “profissional”, está ligado tanto ao desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Mesmo representando a porção mais significativa do pessoal envolvido nos serviços de saúde, verifica-se, entre os países membros do Mercosul, enorme diversidade no que diz respeito à formação, à certificação, à regulação e à regulamentação do exercício profissional desses trabalhadores. Da mesma forma, percebe-se um desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde estão alocados esses trabalhadores, afirmando a invisibilidade da categoria.

Almejando contribuir para a discussão acima delineada, entre março de 2007 e maio de 2009, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)/Fundação Oswaldo Cruz coordenou a pesquisa “A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde”, financiada com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)², da pró-

¹ PRONKO, Marcela Alejandra e CORBO, Anamaria D’Andrea (Orgs.). A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009; e PRONKO, Marcela Alejandra et al. A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

² Agência do Ministério da Ciência, Tecnologia e Informação do Brasil.

pria EPSJV e do TC-41³. Seu objetivo foi conhecer e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de educação profissional em saúde no Brasil, aproximando-se das características dessa formação nos demais países do Mercosul (membros plenos), face aos desafios nacionais e internacionais de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, visando a subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde e de cooperação internacional entre os países do referido bloco sub-regional. As informações colhidas e as análises realizadas permitiram a realização do Primeiro Seminário Internacional “Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no MERCOSUL” (24 a 26/11/2008) na EPSJV, do qual participaram, entre outros, dirigentes nacionais responsáveis pelas políticas relativas à educação técnica em saúde e representantes dos países membros do Mercosul no Sub-Grupo de Trabalho 11 – Saúde (SGT 11). Como um dos resultados do evento, foi elaborado e aprovado o “Documento de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul⁴”, constituindo-se como um relevante registro das principais questões abordadas e dos encaminhamentos necessários para o tratamento do tema em âmbito regional.

Dando prosseguimento aos encaminhamentos propostos no Seminário e expressos nesse documento, a EPSJV desenvolve, atualmente, o projeto de pesquisa intitulado “A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional”, com o objetivo de aprofundar a análise sobre a oferta quantitativa e qualitativa de formação de trabalhadores técnicos em saúde na Argentina, Paraguai e Uruguai, de forma convergente com os dados e as análises já produzidas para o Brasil, garantindo a comparabilidade dos estudos nacionais e respeitando as especificidades de cada país. Pretende-se, assim, correlacionar os resultados obtidos na perspectiva de elaboração de um diagnóstico regional da formação dos trabalhadores técnicos em saúde na região, visando contribuir com ações de cooperação internacional entre os países do referido bloco.

Trata-se de uma pesquisa multicêntrica, de caráter interinstitucional, desenvolvida por equipes locais de pesquisadores, coordenadas por instituições estratégicas na Argentina (Instituto de Investigación en Salud Pública – Universidad de Buenos Aires e Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de la Nación Argentina), Paraguai (Instituto Nacional de Salud)⁵ e Uruguai (Escuela

³ 41º Termo Técnico de Cooperação entre a Organização Panamericana de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil.

⁴ O referido documento está disponível no livro, fruto do primeiro seminário (PRONKO, Marcela Alejandra e CORBO, Anamaria D’Andrea (Orgs.). *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL* Rio de Janeiro: EPSJV, 2009) que pode ser acessado pelo endereço eletrônico <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=142>.

⁵ Devido às sanções impostas ao Paraguai pelo Mercosul, a equipe de pesquisa paraguaia não participou das atividades finais da pesquisa e do Seminário.

Universitária de Tecnología Médica – Universidad de la República), que realizaram o levantamento e a análise de informações de base nacional sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde nos respectivos países, sob coordenação geral da equipe da EPSJV. A referida pesquisa obteve financiamento do Plano Diretor do Observatório dos Técnicos em Saúde (OPAS /OMS) sediado na EPSJV; do TC 41; da Fiocruz; e de cada um dos governos nacionais envolvidos.

No âmbito do trabalho foi desenvolvido, entre os dias 29 e 30 de novembro de 2012, o Segundo Seminário Internacional “Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no MERCOSUL”, a fim de propiciar uma instância de reflexão e debate sobre as características, avanços, obstáculos e possibilidades da Educação Técnica em Saúde nos países membros do bloco e no processo de integração regional em curso. Neste sentido, o referido seminário teve por objetivo se constituir em espaço específico de reflexão sobre a formação de técnicos em saúde no Mercosul e as implicações das propostas de livre circulação de trabalhadores, tomando como eixo de articulação as políticas nacionais e regionais de trabalho, educação e saúde.

Segundo Seminário Internacional “Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no MERCOSUL”

O II Seminário Internacional⁶, que teve como línguas oficiais o português e o espanhol, contou com a participação de dirigentes nacionais responsáveis pelas políticas relativas à educação técnica em saúde, representantes dos países-membros do Mercosul no SGT 11 (Subgrupo de Trabalho 11 - Saúde) e outras instâncias de negociação relacionadas; profissionais, pesquisadores e estudantes dos países do Mercosul interessados em temas relacionados à educação técnica em saúde no âmbito dos países-membros e do processo de integração regional em curso.

Ao longo dos três dias de evento, houve seis momentos de trabalho que implicaram atividades diferenciadas:

1. Atividades de abertura: mesa de autoridades e conferência inaugural.
2. Apresentação geral da pesquisa multicêntrica.
3. Painel de apresentação e debate sobre ‘Os desafios e as perspectivas da livre circulação dos trabalhadores técnicos em saúde na interface do Mercosul Laboral, Mercosul Educacional e Mercosul Saúde’.
4. Painel de apresentação e debate sobre ‘Avanços no processo de negociação relativo à formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do MERCOSUL’.
5. Mesas temáticas organizadas a partir dos eixos ‘Formação e certificação dos

⁶ Estão disponibilizadas no arquivo de eventos do sítio da EPSJV (<http://www.epsjv.fiocruz.br>), em caráter permanente, todas as apresentações utilizadas pelos expositores, assim como os vídeos completos da transmissão ao vivo e a versão final do II Documento de Manguinhos nas duas línguas oficiais.

trabalhadores técnicos’; ‘Regulação Profissional dos Trabalhadores Técnicos’ e ‘Modelos Formativos’, com a apresentação de comunicações livres.

6. Plenária de debate para a elaboração do documento final do evento.

As atividades de abertura incluíram uma mesa inicial que reuniu autoridades institucionais do Ministério da Saúde do Brasil, da OPAS Brasil, da Fiocruz, da EPSJV e a coordenação da pesquisa.

A conferência inaugural esteve a cargo do professor Pós-Doutor Helion Povoia sobre o tema “As políticas de migração no contexto da mobilidade de trabalhadores no Mercosul”, com o fim de discutir as políticas migratórias no mundo – mais especificamente, na América do Sul, no caso do Mercosul, com algum destaque ao caso do Brasil –, destacando a migração como processo social politicamente referenciado e regulado.

Ainda no primeiro dia do Seminário, realizou-se uma apresentação geral da pesquisa multicêntrica ‘A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional’, sob a responsabilidade das equipes de cada país no intuito de situar a realização do Seminário no quadro das atividades desenvolvidas e problemáticas abordadas até o momento⁷.

O painel de apresentação e debate sobre ‘Os desafios e as perspectivas da livre circulação dos trabalhadores técnicos em saúde na interface do Mercosul Laboral, Mercosul Educacional e Mercosul Saúde’ teve por fito apresentar os limites, desafios e possibilidades para a livre circulação dos trabalhadores como horizonte do processo de integração regional, levando em consideração os impactos e obstáculos nas áreas de Trabalho, Educação e Saúde a partir das discussões ocorridas nas respectivas instâncias do Mercosul. Neste sentido, buscou-se apontar a influência das assimetrias entre os países membros neste processo.

O segundo painel teve como temática os ‘Avanços no processo de negociação relativo à formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do MERCOSUL’, objetivando apresentar os limites, desafios e possibilidades da harmonização da formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde a partir das discussões realizadas, até o momento, no âmbito da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do SGT 11, levando em consideração a realidade de organização do sistema de saúde de cada país.

Três eixos temáticos conformaram a base de organização das propostas enviadas para a apresentação de comunicações livres, a saber: formação e certificação de trabalhadores técnicos – especificidades dos sistemas nacionais de formação e certificação; regulação profissional dos trabalhadores técnicos – diferentes perfis profissionais e processos de regulação do exercício profissional; e modelos formativos – modelos formativos vigentes e propostas alternativas surgidas nos diversos contextos nacionais e regionais.

⁷ Será lançada pela EPSJV uma publicação específica sobre os resultados da pesquisa.

Do total de propostas de comunicação recebidas, foram selecionadas nove por parte do Comitê Científico⁸ do evento, apresentadas durante o Seminário. Ressaltamos, porém que o eixo ‘Regulação profissional dos trabalhadores técnicos’ não teve trabalho aprovado.

Com o objetivo de sistematizar as contribuições da pesquisa e as do próprio seminário, e seguindo-se a mesma metodologia do seminário anterior, elaborou-se um documento final, a ser debatido e finalizado através de sessão plenária no último período do evento. Uma primeira versão do mesmo foi elaborada pela equipe da pesquisa e discutida com as distintas equipes nacionais da pesquisa multicêntrica.

De modo a garantir uma ampla discussão do documento, foram distribuídas versões impressas em espanhol e em português para todos os participantes do evento, junto dos materiais entregues no momento do credenciamento. No primeiro dia, solicitou-se aos participantes a leitura atenta e a elaboração de destaques a serem debatidos em sessão específica. Durante a plenária final o documento foi discutido, completado e aprimorado. Foi realizada a relatoria do debate, coordenado pela equipe da pesquisa, com o intuito de registrar as principais discussões e questões levantadas a serem incorporadas como propostas de destaques ao texto. Organizou-se uma versão final em ambas as línguas, incluída nesta publicação sob o nome “Segundo Documento de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul”.

O documento constitui um registro das principais questões abordadas durante o Seminário Internacional sobre Formação de Trabalhadores Técnicos no Brasil e no Mercosul, sem assumir um caráter prescritivo para os representantes nacionais participantes do evento nem para as políticas desenvolvidas pelos países. Assim, ele procura oferecer um balanço dos últimos quatro anos no que se refere a uma problemática de incipiente tratamento no âmbito do processo de integração regional em curso. Nesse sentido, inicia-se com um balanço e diagnóstico sobre a integração regional, reflete sobre a problemática dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do processo de integração e, por fim, apresenta uma série de propostas de encaminhamentos.

O conteúdo deste livro

O livro organiza as contribuições colhidas ao logo dos três dias de Seminário, se estruturando em três partes. A primeira parte apresenta a conferência inaugural, proferida pelo professor Pós-Doutor Helion Povoá sobre o tema “As políticas de migração no contexto da mobilidade de trabalhadores no Mercosul”.

⁸ O Comitê Científico foi composto pelas seguintes pesquisadoras: Dra. Marcela Pronko (Coordenadora da Pesquisa “A educação técnica em saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde” e Vice-Diretora de Pesquisa da EPSJV), Dra. Anakeila de Barros Stauffer (Pesquisadora EPSJV, assessora da Vice-Direção de Pesquisa da EPSJV e membro da equipe de pesquisa), Dra. Carla Macedo Martins (Pesquisadora EPSJV e Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV) e Dra. Gracia Maria de Miranda Gondim (Pesquisadora EPSJV e Coordenadora de Cooperação Internacional da EPSJV).

A segunda parte, intitulada ‘Os desafios e as perspectivas da livre circulação dos trabalhadores técnicos em saúde na interface do Mercosul Laboral, Mercosul Educacional e Mercosul Saúde’ apresenta as exposições realizadas no painel homônimo que contou com a participação de representantes da Argentina e do Uruguai.

A terceira parte da publicação é resultante do painel “Avanços no processo de negociação relativo à formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do MERCOSUL”, onde apresentamos as exposições realizadas pelos representantes nacionais dos países membros plenos do bloco – Argentina, Brasil, Uruguai e Venezuela.

O livro inclui também um CD-Rom com as comunicações livres apresentadas a partir dos eixos temáticos anteriormente indicados, sendo necessário destacar que a versão final dos trabalhos aqui publicizados são de inteira responsabilidade de seus autores e autoras.

Ainda como anexos, apresentamos a programação final do “Segundo Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no MERCOSUL” e o texto completo em ambos idiomas oficiais, do “Segundo Documento de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul”.

As contribuições aqui reunidas foram apresentadas e são publicadas no seu idioma original, ora em português, ora em espanhol. Essa é uma opção deliberada, baseada na convicção de que o processo de conhecimento mútuo se reforça pela exposição continuada às duas línguas.

Por fim, gostaríamos de destacar o apoio recebido por todos os trabalhadores da EPSJV que, direta ou indiretamente, colaboraram com a realização do Seminário, assim como agradecer a todos aqueles que, desde diferentes espaços e funções, contribuíram para o desenvolvimento do mesmo.

As políticas de migração no contexto da mobilidade de trabalhadores no Mercosul

Hélion Póvoa

Gostaria de agradecer o convite para participar do II Seminário Internacional sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul. Registro minha satisfação por estar aqui na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Meu foco será o da migração em geral e das políticas migratórias no mundo – mais especificamente, na América do Sul, no caso do Mercosul, destacando o caso brasileiro.

Observo, antes de mais nada, a importância do entendimento da migração como processo social politicamente referenciado, regulado pelo estado e, não obstante isso, portador de dinâmicas próprias que fogem a esse controle estrito. O deslocamento, a mobilidade em geral e, em particular, a migração dos profissionais de saúde tem especificidades ligadas à questão da representação profissional.

O bloco de nações que constitui o Mercosul e seus estados associados possui uma complexidade relacionada à conjuntura política, influenciando diretamente as políticas de migração dos diversos países.

Na minha exposição, divido o tema em três partes e uma conclusão. A primeira refere-se às categorias de migração e mobilidade internacional, relacionadas a determinados processos sociais a que dizem respeito. A segunda trata das políticas migratórias no mundo, com ênfase na América do Sul. Finalmente, é abordado o Mercosul, suas dificuldades de implementação e desafios em termos de política migratória, a partir do que se encaminha a conclusão.

Migração internacional e mobilidade internacional: diferenciando os termos

Quando falamos em migração internacional, estamos nos referindo aos processos de deslocamento por razões econômicas em busca de trabalho e de melhores condições de vida. Ela pode ser considerada como permanente ou temporária, diferenciação que não deixa de ser relativa, já que um movimento tido como permanente no momento atual, pode se tornar temporária devido a uma necessidade de retorno, de re-imigração.

A mobilidade internacional é um termo mais genérico porque inclui outros deslocamentos que não se devem, pelo menos inicialmente, à busca por trabalho – embora a atividade laboral faça parte da sobrevivência das pessoas e esteja sempre na ordem do dia. Quando falamos em mobilidade, podemos estar nos referindo ao deslocamento de exilados políticos, de refugiados que, se deslocando, também se inserem no mundo do trabalho. Contudo, estes casos existe um regime internacional, com uma convenção (Convenção de Genebra, 1951) e acordos firmados entre os países.

Uma outra modalidade, a mobilidade estudantil, não se confunde exatamente com o entendimento mais usual da migração internacional, sendo tido por alguns como um caso de migração temporária, mas contando com uma regulamentação especial, inclusive com vistos específicos. Evidentemente, isto não impede que a mobilidade estudantil possa originar um processo migratório. Frequentemente, o deslocamento dos estudantes é uma busca de oportunidades de ingresso e permanência regular em uma sociedade. Isso demonstra que projetos migratórios são abertos e sujeitos a redefinições.

De um modo geral, podemos dizer que, no nível mais macroestrutural, as pessoas migram em função do desemprego, da falta de perspectivas profissionais, de guerras, de situações de violência, de preconceito, ou de crises ambientais. Por outro lado, a migração também pode ocorrer em função de projetos pessoais ou de pequenas coletividades, com razões que diferem das apontadas acima. Esse tipo de migração pode ser explicado pela oportunidade de emprego ou de aperfeiçoamento profissional, por acesso a serviços – como a saúde ou a educação – e por objetivos de realização pessoal, envolvendo casamento, família etc.

Cabe ressaltar que os processos migratórios ocorrem de forma contínua no tempo, com inserção em redes sociais de apoio à migração. Trata-se então do entendimento de que ninguém migra sozinho, e mesmo quem o faz em um primeiro momento, integra quase sempre um processo no qual outros já migraram antes dele, servindo assim como referência ao seu próprio movimento.

Nesse sentido, migra-se no interior de uma teia de relações sociais estendida entre os lugares de origem e de destino, relações sociais entre indivíduos, entre comunidades culturais, religiosas, ou profissionais. Dessa maneira, os fluxos migratórios não se direcionam aleatoriamente no espaço, sendo ao contrário fortemente condicionados

pelos lugares de origem, de destino, por nichos do mercado de trabalho, ou por questões culturais. Por exemplo, a migração de sul-americanos para a Espanha direciona-se para determinadas regiões e setores do mercado de trabalho, como os serviços domésticos e a agricultura. Da mesma forma, podemos citar o caso dos brasileiros que migram para os Estados Unidos, para certas cidades, para certos setores do mercado de trabalho. Há um exemplo clássico de profissionais de uma certa nacionalidade (fora do Mercosul), os filipinos, que migram no mundo inteiro para nichos de mercado bem direcionados, sobretudo, para a área da saúde.

Podemos assim salientar que a migração não se dá num vazio de referências, orientando-se em função de laços que preexistem à migração, laços de parentesco, de amizade, de conterraneidade etc. Essas redes podem ser redes de apoio e de solidariedade, mas podem ser também redes formadas por corporações profissionais que promovem os deslocamentos para aqueles que fazem parte dela¹.

Políticas migratórias e o direito à migração

Os estados-nação não são indiferentes à migração e à mobilidade. Pelo contrário, desenvolvem políticas migratórias que podem ser de emigração, ou seja, de promoção e apoio à saída dos seus cidadãos. Como exemplo, podemos citar o caso de alguns países sul-americanos, como o Equador e o Peru, que apoiam os seus nacionais que estão no exterior facilitando a remessa de recursos, e através da representação diplomática. O próprio Brasil chegou a ensaiar nos últimos anos uma política mais decidida de apoio aos brasileiros no exterior.

Já as políticas de imigração são aquelas que se referem ao ingresso, à permanência, à integração, à inserção no mercado de trabalho, ao acesso aos serviços públicos, em suma, aos direitos dos imigrantes. Existe uma postulação, na atualidade, da migração em si como direito, justificando o *“ninguém é ilegal, nenhum ser humano é ilegal”*. Muitas organizações não governamentais (ONGs) e associações de imigrantes defendem a universalidade do direito a migrar, a atravessar as fronteiras. Na verdade, se consultarmos a Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), a emigração aparece como um direito: o direito de deixar um país e a ele retornar é estabelecido como um dos direitos humanos básicos.

Porém, quando se emigra, se atravessa uma fronteira, automaticamente, se está imigrando para outro país, e os estados detêm a prerrogativa de definir as condições nas quais o ingresso de imigrantes acontece. Existem convenções internacionais que regulam esses direitos e, em alguns casos, os estados que aderem a uma convenção – por exemplo, a Convenção Internacional dos Refugiados –, se obrigam a não devolver os solicitantes de asilo e de refúgio sob determinadas condições. Uma outra convenção

¹ Para não falar das redes de contrabando ou de tráfico de imigrantes, que são as chamadas redes ilegais que não mencionaremos aqui, mas que se trata de um tema muito estudado hoje no campo das migrações.

internacional da ONU, de 1990, a Convenção Internacional dos Trabalhadores Migrantes e suas Famílias, defende a igualdade de direitos entre migrantes estrangeiros e nacionais. Infelizmente, essa é uma convenção muito pouco ratificada: apenas 46 países do mundo ratificaram – principalmente da América Latina, da Ásia, da África, e alguns do Leste Europeu. Nenhum país do Norte com contingente significativos de imigrantes ratificou. Na América do Sul, praticamente todos ratificaram – o Brasil, vergonhosamente, é uma exceção. Nosso país não ratificou essa convenção até hoje, apesar das muitas pressões da sociedade civil e das associações de defesa dos migrantes. Os demais países do Mercosul já ratificaram.²

Existem também as convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que garantem normas quanto ao trabalho dos imigrantes, à igualdade de condições de trabalho, de seguridade social, e de direitos sindicais. O grande problema é que só são reconhecidos como imigrantes os que estão em situação regular. Ou seja, a situação dos imigrantes indocumentados continua sendo uma questão não satisfeita por essas convenções.

O direito a migrar na América do Sul e no Mercosul

Passando para a terceira parte, vale observar como foi reconhecido, historicamente, o direito a migrar no caso específico da América do Sul e do Mercosul. Historicamente, a maioria dos países sul-americanos desenvolveu políticas ativas de imigração. Ativas no sentido de que não apenas aceitavam o imigrante, como promoviam o próprio processo de imigração, principalmente a do continente europeu. Esses eram os imigrantes privilegiados, com uma exceção importante no caso dos japoneses no Brasil e no Peru.

A imigração europeia encarada como processo civilizador, no século XIX e no início do século XX, foi uma tendência expressiva em países como a Argentina, o Uruguai, o Chile e o Brasil – principalmente no sul do continente. Havia, portanto, uma concepção hierárquica a respeito de quais imigrantes eram os “mais desejáveis”, supostamente mais adequados a contribuir para os processos nacionais de desenvolvimento.

A partir da Segunda Guerra, a migração internacional para o continente sul-americano sofreu forte redução e, nas décadas seguintes – décadas de 1950 e 1960 –, a migração interna em países, por exemplo, como o Brasil, substituiu, em boa medida, a necessidade de trabalhadores estrangeiros. Além disso, a própria migração transfronteiriça entre os países da América do Sul se tornou mais intensa, no caso das áreas de língua hispânica, como no caso da Argentina – principal país de imigração da região, que recebia (e recebe ainda) contingentes significativos de chilenos, uruguaios, paraguaios e bolivianos. Já no Brasil, este processo foi posterior, iniciando-se nos anos 1980³, com a imigração de paraguaios, uruguaios e, sobretudo, bolivianos.

² Um caso à parte é o da Venezuela, recém ingressado, que está ainda em vias de adesão aos diversos tratados.

³ Ressaltamos que nos anos 1970 já há algum deslocamento para o Brasil em função dos exilados políticos,

Traçando um breve percurso histórico, a partir dos anos de 1960, a emigração de sul-americanos para fora do continente começa a ser importante. Primeiramente, para os Estados Unidos que, com o processo de crescimento pós-guerra incentivam a imigração – principalmente a temporária, dos mexicanos, mas também dos latino-americanos em geral. Essa migração irá depois se estendendo também à Europa Ocidental, principalmente Espanha e Itália, no caso dos brasileiros, também Portugal.

Essa é uma migração principalmente caracterizada pelos países de fala hispânica, que conhecerão um processo migratório para a Europa muito importante. O Brasil, nos anos 80, também terá uma migração importante para os Estados Unidos, para a Europa e para o Japão. No caso do Japão, isso acontece tanto no Brasil quanto no Peru, com uma migração dos descendentes de imigrantes japoneses de segunda e terceira geração.

Nos anos 1960, 1970 e 1980 – períodos em que vivenciamos diversas ditaduras – teremos deslocamentos dentro do Cone Sul por razões políticas. Durante estas décadas, o Brasil recebe exilados reconhecidos como refugiados porque, embora o Brasil e esses países fossem signatários da Convenção de Genebra, uma cláusula de reserva geográfica possibilitava apenas a consideração dos europeus como refugiados. Muitos dos exilados sul-americanos deslocaram-se entre os países – e se estabeleceram no Brasil – na qualidade de estudantes, permanecendo posteriormente como imigrantes.

As legislações nacionais, a partir dos anos 80, vão se modificando. Novamente o Brasil é um exemplo negativo, porque mantém o seu Estatuto do Estrangeiro de 1980, uma lei formulada ainda no último governo do período militar.

Só nos anos 1990, é que esses países começam a reformar as suas leis do estrangeiro – que se configuravam de forma muito restritiva, muito voltada para a questão da segurança nacional e da defesa das fronteiras⁴. Nesse momento, surge uma novidade que se refere à criação do Mercosul, através do Acordo de Assunção, cujos objetivos iniciais apesar de serem fundamentalmente econômicos, ligados à circulação das mercadorias, já indicavam a conformação de uma área comum de circulação de trabalhadores.

Aos poucos, ao longo dos anos 2000, vão se agregando ao Mercosul os chamados Estados Associados⁵ – inicialmente a Bolívia e o Chile, depois a Colômbia, o Equador, o Peru e a Venezuela.

É importante salientar que no Tratado de Assunção, de 1991, está escrito que o objetivo do Mercosul é a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, ou seja, fala-se a princípio muito mais na circulação de mercadorias do que de pessoas. Isso vai começar a mudar a partir um movimento de cooperação entre os Mi-

mas será principalmente na década seguinte que a de países limítrofes passará a representar um contingente importante para o Brasil.

⁴ Como as ditaduras militares colaboravam entre si, o exilado político era tido como possível ameaça à segurança nacional.

⁵ O *status* de Estado Associado é visto como uma preparação para a adesão plena ao Mercosul, o que acabou acontecendo recentemente com a Venezuela.

nistérios do Interior, inclusive no âmbito migratório, organizando-se um grupo de trabalho especializado na questão migratória, posteriormente substituído pelo Fórum Especializado Migratório.

Uma questão discutida desde a criação do Fórum diz respeito à residência de estrangeiros de fora do Mercosul. Não há até hoje, entre os países do bloco, uma política comum de obtenção de residência e de visto para os cidadãos de países externos. Nesse ponto, há uma similaridade com o caso da União Europeia (UE) que criou um espaço interno de livre circulação, mas até hoje não harmonizou as políticas nacionais de concessão de visto para estrangeiros. No caso das políticas nacionais, existe a adesão da maior parte dos países da União Europeia ao chamado Espaço *Schengen*⁶. Entretanto, as políticas de imigração, de cidadania e de concessão de nacionalidade de cada um dos países da União Europeia são específicas, o que ocorre também no caso do Mercosul.

No início de 2000, visando à regulamentação do trânsito entre fronteiras nacionais, criou-se um acordo entre as localidades fronteiriças integradas (as chamadas “cidades gêmeas”), concedendo uma identidade de fronteiro que reconhece uma série de direitos aos habitantes dos municípios localizados juntos às fronteiras.

A partir de 2002, há uma mudança importante em que o grupo especial migratório negocia um acordo de livre residência para os cidadãos dos países do Mercosul, o qual será posteriormente estendido aos Estados Associados. Cria-se o Fórum Especial Migratório do Mercosul, com uma proposta que vai além da anterior, que era principalmente econômica, trazendo o enfoque de direitos humanos como eixo das políticas do Mercosul. Ou seja, substituindo, paulatinamente, o foco inicialmente centrado ou na circulação econômica ou na segurança nacional.

Esse acordo de residência entre os nacionais do Mercosul e dos países associados é importante também porque, até então, as legislações migratórias nacionais vinculavam à concessão de residência a critérios como: trabalho contratado, existência de cônjuge no país, ou ser pai de cidadão nascido no país. Ou seja, busca-se agora a desvinculação da concessão de residência desses critérios. A pessoa deve ter o direito à residência temporária, posteriormente permanente, apenas por ser um cidadão de um dos países do Mercosul ou dos Estados Associados. Isso objetiva resolver uma série de problemas porque havia trabalhadores que não conseguiam ser contratados porque os contratos exigiam o visto de residência, no mínimo temporária. Por outro lado, o trabalhador não conseguia residência temporária porque não tinha um contrato de trabalho, criando-se situações de difícil resolução. Por esse novo critério, a nacionalidade Mercosul é suficiente para que se pleiteie e se conceda a residência. A aprovação desse acordo tem a ver com a conjuntura política dos dois países mais significativos em termos de volume de imigrantes no Mercosul, a Argentina e o Brasil.

⁶ O *Acordo* de Schengen foi criado em 1985 e faz parte do quadro jurídico e institucional da União Europeia. Traz o conceito de livre circulação de pessoas, dando início à abolição dos controles fronteiriços entre os países membros da UE, assim como de alguns países terceiros.

No segundo semestre de 2002, com o fim da presidência de Fernando Henrique Cardoso e com a importância do Mercosul reforçada politicamente, o Brasil propõe um projeto de anistia migratória para todos os cidadãos do Mercosul nos países membros. A Argentina, por sua vez, vai além nessa iniciativa, considerando a transitoriedade da anistia (uma iniciativa ad hoc que resolve um problema mais pontual), e estende aos imigrantes do Mercosul a residência permanente.

Nesse momento, a presidência do Brasil passa a ser ocupada por Luiz Inácio Lula da Silva que reafirma a ênfase no Mercosul. Assim, os parlamentos, tanto da Argentina quanto do Brasil, aprovam o acordo de livre residência. O Uruguai aprova logo em seguida. Infelizmente, devido a uma grande resistência do parlamento paraguaio, somente em 2008 esse acordo foi ratificado por aquele país. Em 2009, finalmente entra em vigor o Acordo de Livre Residência e, progressivamente, este acordo vai agregando os países associados ao Mercosul: primeiro a Bolívia e depois o Chile. No ano de 2012, foram incorporados o Peru e a Colômbia, e o Equador está em processo de regulamentação. No caso da Venezuela, apesar de ter sido um Estado Associado e de agora ser um membro pleno do Mercosul, ainda não foi possível aderir a esse acordo porque não é um procedimento automático.

A demora para que saísse o acordo de residência fez com que os países do Mercosul e associados fossem criando suas políticas unilaterais ou bilaterais. Como exemplo, podemos citar o Chile, que lançou uma anistia para os *indocumentados* e o Brasil, que promoveu uma anistia em 2009. Em 2004, já no governo de Nestor Kirchner, a Argentina lançou o Programa Pátria Grande, que se constituiu como o programa mais massivo de regularização de imigrantes até então. Na verdade, a Argentina é o país que leva mais a fundo as determinações do Acordo de Livre Residência. Há ainda acordos bilaterais de regularização migratória entre o Brasil e Uruguai, entre o Brasil e a Argentina, e entre o Brasil e a Bolívia.

Dificuldades na política migratória comum do Mercosul

Além de alguns problemas já citados, há problemas de reciprocidade. Para ilustrar, podemos citar a questão entre Brasil e Colômbia. Recentemente, o Brasil deixou temporariamente de aceitar os pedidos de residência de colombianos porque não estava havendo reciprocidade. A Colômbia, apesar de integrante do Acordo de Livre Residência, não estava aceitando as solicitações de residência de brasileiros, o que levou as delegacias da Polícia Federal a interromper os pedidos de colombianos, questão pontual que já foi resolvida mas que se repete em outros casos, como entre Brasil e Bolívia.

Outra questão importante é a da economia informal. Pelos acordos existentes, é concedida a residência temporária, mas depois de dois anos, faz-se necessário comprovar trabalho lícito. Como há um nível de informalidade muito grande, como no caso dos bolivianos que trabalham no setor de costura em São Paulo, é por vezes difícil comprovar o trabalho regular.

Outro problema que merece ser citado se refere às disparidades das legislações nacionais. Na Argentina, o *Programa Pátria Grande*, lançado no governo Kirchner, como dito anteriormente, concede o voto e direitos políticos aos imigrantes. No Brasil, a lei de 1980, que é da época da ditadura, não reconhece o direito do voto, não reconhece o direito de organização política dos imigrantes. Ou seja, tais disparidades ocasionam uma série de problemas para que esses acordos sejam efetivos.

Na verdade, uma simples demora, ou a recusa de um dos parlamentos, pode fazer com que um acordo do Mercosul não seja, na prática, implementado. E, mesmo depois de implementado, existe o outro problema do desconhecimento, por incrível que pareça, das próprias autoridades migratórias de menor escalão com relação a isso.

Plano de Ação para o Estatuto da Cidadania do Mercosul

Para terminar minha fala, eu gostaria de relatar que o horizonte atual é de implementação de um plano de ação para o estatuto da cidadania do Mercosul aprovado há dois anos atrás. Este plano tem vigor até 2021 e prevê:

- simplificação dos trâmites para circulação;
- facilitação e harmonização de documentos;
- dispensa de tradução para documentação;
- acordos de áreas fronteiriças a fim de facilitar a circulação;
- criação de acordo para reconhecimentos de diplomas;
- intercâmbios acadêmicos;
- direitos políticos.

Ou seja, temos um horizonte de nove anos pela frente, de implementação de processos que visam garantir a implementação dos direitos à livre circulação, à igualdade de direitos civis, econômicos, sociais e culturais.

É importante que levemos em consideração que o contexto internacional é, infelizmente, de crescente restrição às migrações. Então, se o Mercosul quer apostar numa facilitação da circulação, tem que ser levado em conta que o contexto internacional não induz a isso, muito pelo contrário. Há uma tendência de hierarquização entre países do Norte e do Sul, bem como entre trabalhadores qualificados e os tidos como “não qualificados”. As políticas tendem a dar preferência aos primeiros, especialmente oriundos de países desenvolvidos.

Vivemos, portanto, no nível internacional, um momento muito difícil do ponto de vista econômico, em que os mercados de trabalho se fecharam. Do ponto de vista político, o significado ideológico da imigração com o fim da Guerra Fria mudou, porque o significado políticos da recepção a refugiados mudou, e há uma crescente rejeição e criminalização dos imigrantes. Os partidos de extrema-direita na Europa, que assumem como plataforma política restringir a imigração, vêm tendo um crescimento enorme nos países desenvolvidos e, infelizmente, em alguns países subdesenvolvidos

também. Quer dizer, o migrante, de recurso, de ativo, passou a ser visto como um ônus, um indesejável, desnecessário.

Em alguns países da Europa e em alguns estados dos Estados Unidos, migrar irregularmente é um crime: a pessoa pode pagar uma multa ou cumprir pena de prisão somente por ter migrado em situação de irregularidade. Na própria União Europeia, que é um espaço de livre circulação, as cláusulas do Acordo de Schengen chegaram a ser suspensas em várias ocasiões.

Um caso a parte é o da chamada imigração qualificada. Há um debate muito grande a respeito da “atração dos cérebros” e alguns países ainda têm políticas ativas de recrutamento para migrantes ditos qualificados, como o Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

No Brasil, esse debate apareceu recentemente. Há três ministérios que tradicionalmente lidam com a imigração: o Ministério da Justiça, o Ministério do Trabalho e o Ministério das Relações Exteriores. Recentemente, a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República criou um grupo de trabalho para elaborar uma nova política para trabalhadores qualificados no Brasil. Ou seja, esse é um assunto que está em foco.

Gostaria de terminar com uma citação da reunião de Ministros do Exterior do Mercosul, chamada Declaração de Santiago, de 2004. Um dos parágrafos diz o seguinte: *“o Mercosul deve reafirmar, ante o resto do mundo, a sua vocação de trabalhar rumo a uma nova política migratória, fundamentada na dimensão ética do respeito aos direitos humanos e na sua inserção nas relações internacionais; que se reconhece que o importante papel dos trabalhadores migrantes é um valioso capital social que dinamiza e potencia os diversos setores econômicos e sociais dos países de recepção migratória; que se reconhece o direito dos Estados de exercer o adequado controle das suas fronteiras, mas sem tratar a irregularidade migratória como fato passível de direito penal”*.

Poderíamos concluir com a proposição de que as políticas migratórias em nosso âmbito regional, que é o Mercosul, possam oferecer uma outra possibilidade de reconhecimento do direito à migração, e que não reproduzamos, dentro da escala sul-americana, as hierarquias Sul-Norte, um risco que de fato existe. Porque nossos países, muito frequentemente, trataram o assunto em termos de imigrantes preferenciais. A imigração europeia foi sempre tida como mais “desejável”, inexistindo políticas ativas quanto às migrações trans-fronteiriças. Quanto a estas, ocorreram, assim, políticas mais de acomodação do que de atração.

Estamos, agora, num momento em que, na história sul-americana, há a oportunidade de valorização também da migração trans-fronteiriça, encontrar um lugar para ela nos objetivos nacionais. Esperamos, assim, que as políticas migratórias sul-americanas possam oferecer uma oportunidade de reconhecer o trabalho migrante também na sua condição, não só econômica, como política, social, cultural. O Mercosul certamente terá um papel central quanto a isso.

Obrigado.

Los desafíos y las perspectivas de la libre circulación de los trabajadores técnicos en salud en la interface del Mercosur laboral

Beatriz Fajian

Buenos días a todas y a todos, es un placer para mí estar hoy acá. Recibimos la invitación de OPS y como yo soy trabajadora de la salud el secretariado de nuestra Central Sindical me ha indicado para venir en su nombre. No tenemos un trabajo muy desarrollado sobre el tema de las migraciones en la central. Es un trabajo incipiente que comenzó en un Congreso el año pasado y no tenemos grandes avances porque aun no se le ha dado al tema la suficiente prioridad. No por falta de importancia, mas porque cuando hay poca gente trabajando los temas estos no se procesan ni se multiplican como debiera ser. Entonces, humildemente, leeré lo que nuestro congreso ha resuelto sobre el tema migración, que se encuentra registrado en la carta llamada “El derecho al trabajo no tiene fronteras”.

Las migraciones es un tema que en forma impostergable debemos incorporar a nuestras preocupaciones, a la elaboración de propuestas, al compromiso que debemos asumir con quienes llegan a nuestro país, a quienes retornan o quienes continúan buscando fuera de él, otras oportunidades. Ante la crisis planteada en el mundo, esta realidad adquiere mayores dimensiones. Si bien este es un fenómeno de carácter histórico, en estos momentos realidades como las provocadas por las sucesivas crisis, desplazamientos de poblaciones por diversas causas, entre ella el cambio climático, conflictos armados, deportaciones o la búsqueda de posibilidades laborales, son componentes de este mundo globalizado al que debemos elaborar alternativas.

Para quienes emigran, se plantea la dificultad de la integración a la sociedad que los recibe, esto sucede por varios factores, dificultad para conseguir trabajo sin documentación, desconocimientos de las leyes y recursos, lo que lleva a que las posibilidades sean de acceso a situaciones de trabajo precario e irregular.

En estos momentos vivimos nuevas realidades en nuestro país, la baja del desempleo, necesidad de mano de obra con determinadas calificaciones, crisis en países que hasta hace pocos años eran de destino y ahora provocan un sostenido regreso de compatriotas. Si bien el retorno es un hecho que se produce en el marco de la salida de la dictadura y se mantuvo en la década el 90 (de acuerdo a la información volcada en el Diálogo por el Empleo, un 4% de nuestra población es retornada), muchos de ellos/as regresan con su familias, con diversas situaciones, en algunos casos retornan con hijas e hijos nacidos en el exterior.

Es también creciente la llegada de flujo migratorio de la región y de los países andinos que buscan acceder a un empleo, esto hace prioritario la urgencia de mejorar las políticas públicas que contemplen la diversidad de realidades.

Una situación que debe tenerse en cuenta es la feminización de las migraciones, ya sea por motivos laborales, o como integrante de grupos familiares, aportando las tareas de cuidado, la posibilidad de contar con servicios para sus hijas/os y para ellas que generalmente, sobre todo fuera de frontera, de complejo o difícil acceso¹. Cuando su condición es de ilegal, las mujeres migrantes están en situación de extrema vulnerabilidad y desprotección. En el plano laboral pueden acceder a trabajos de menor calidad o remuneración, sin acceso a la seguridad social y por lo tanto sin cobertura de asistencia. Consideramos por lo tanto que se debe tomar la feminización de las migraciones como problemática de los estados en la búsqueda de soluciones reales y concretas, entendiendo que la pobreza y la falta de trabajo actúan como expulsoras, exponiendo también de esta forma a las mujeres a una situación de extrema vulnerabilidad y desprotección². Debemos tener presente que entre las mujeres migrantes, en un alto porcentaje las posibilidades que encuentran son trabajos en el servicio doméstico los que son generalmente precarios y subvalorados. Por esto ha sido entre otras razones, tan importante para millones de trabajadoras la aprobación del Convenio 189 en la reciente Conferencia de OIT.

Por todo lo expresado, expresamos que el pleno cumplimiento de los derechos laborales es una de las premisas impostergables de nuestro movimiento sindical y en este marco elaboramos algunas propuestas que aborden realidades a las que nos hemos referido.

- Se debe promover desde un enfoque de derechos humanos sobre la base del respeto de los principios de igualdad de trato y oportunidades y no discriminación

¹ Documento de la Comisión de Mujeres del MERCOSUR, Plan de Acción 2008.

² Cumbre Social “Comisión de Equidad de Género”.

los derechos de las y los migrantes y sus familias, asegurando su derecho al trabajo, salud, vivienda y educación, asegurando condiciones adecuadas de integración social.

- Impulsar el cumplimiento de la Ley 18.250, que declara en su art. 1º, el estado uruguayo *“reconoce como derecho inalienable de las personas migrantes y sus familiares sin perjuicio de su situación migratoria, el derecho a la migración, el derecho a la reunificación familiar, al debido proceso y acceso a la justicia, así como a la igualdad de derechos con los nacionales, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición”*. Y que asegura a toda persona que ingrese a nuestro país en el Art. 4º que *“el Estado uruguayo garantizará a las personas migrantes los derechos y privilegios que acuerden las leyes de la República y los instrumentos internacionales ratificados por el país”*.
- Consideramos³ que el Poder Ejecutivo debe *“implementar en forma impostergable una política de estado que abarque en profundidad el tema de la migración, inclusivo de la emigración, inmigración y muy específicamente, el retorno.*
- Modificar el enfoque de control de migraciones para considerarlo como un derecho de las personas a migrar.
- Adopción de políticas la libre circulación en la región, bajo los principios de libertad e igualdad de tratamiento, en el que se cumpla lo expresado en el Protocolo Sociolaboral: en el que *“todo trabajador/a migrante independientemente de su nacionalidad tiene derecho a la ayuda, información, protección e igualdad de trabajo reconocidos en el país en que estuviere ejerciendo sus actividades, en conformidad con la legislación nacional de cada país”*. Y que se adopten medidas que aseguren la protección y respeto de los derechos para quienes trabajan en las zonas de frontera, y de mejora de las oportunidades y acceso al empleo digno, con plena cobertura de la seguridad social.
- Como movimiento sindical debemos participar en las Comisiones u otros espacios nacionales que trabajan el tema, en Ministerio de Trabajo, Consejo Consultivo de migraciones, así como promover Mesas Técnicas para trabajar soluciones al tema. Trabajar en los distintos organismos del MERCOSUR, como el SGT 10.
- Coordinar acciones con las centrales del MERCOSUR, en primera instancia, intercambiar información.
- Trabajar con organizaciones de migrantes, o las que se vinculen al la temática articulando esfuerzos para promover los derechos de la/os migrantes.
- Generar la información necesaria para la asistencia a los migrantes y facilitar el acceso a la misma. En nuestro país dar difusión a la Ley 18.250 y formas de acceso a servicios, posibilidades de empleo, acceso a documentación, para la persona migrante y su familia, en particular dar cumplimiento al derecho a la educación a hijos e hijas.

³ Resolución del 1er Encuentro sobre Migración y Ciudadanía. Montevideo mayo de 2011.

- En cuanto a quienes retornan, entre otras medidas se consideren en el marco del la Matriz de acuerdo del Diálogo por el Empleo la necesidad de *“realizar acciones previas al retorno de los uruguayos que deseen hacerlo de forma tal de apoyar su inserción laboral al momento de regresar. Disminución de barreras de entrada. Políticas sociales específicas. Servicios de orientación e intermediación laboral”*.
- Adecuar los requerimientos para hijas e hijos de retornados que por encontrarse fuera de nuestro país no cumplen con tiempo de residencia, reconocimiento a estudios.
- Reconocimiento del acceso a las prestaciones de salud y seguridad social a trabajadores y trabajadoras migrantes y sus familias.
- Fomentar actividades que permitan la integración cultural de forma que permita conocernos, integrarnos plenamente recibiendo el aporte de otras culturas.
- Asumir el compromiso por la erradicación de la trata de personas.

Aspiramos como Pit-Cnt a que los y las trabajadores migrantes tengan plenos derechos y que no se constituyan en el ejercito de reserva del capitalismo, esperando como clase trabajadora la unidad de la misma para evitar cualquier tipo de enfrentamiento que involucre xenofobia o cualquier tipo de discriminación a la interna de nuestra clase.

Porque la ciudadanía constituye un derecho irrenunciable: Se debe instrumentar el voto en el exterior.

Muchas gracias.

Los desafíos y las perspectivas de la libre circulación de los trabajadores técnicos en salud en la interface del Mercosur Salud

Isabel Duré

Buenos días a todos. Muchas gracias a la escuela por la invitación, porque es un placer estar de vuelta acá con buenos amigos y hablando de un tema que nos desafía permanentemente. Mi idea es poder acercarles de una mirada general respecto de lo que es el trabajo en el Subgrupo de Trabajo 11 de MERCOSUR Salud. Yo integro la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio profesional dentro de este subgrupo de trabajo, como punto focal de Argentina.

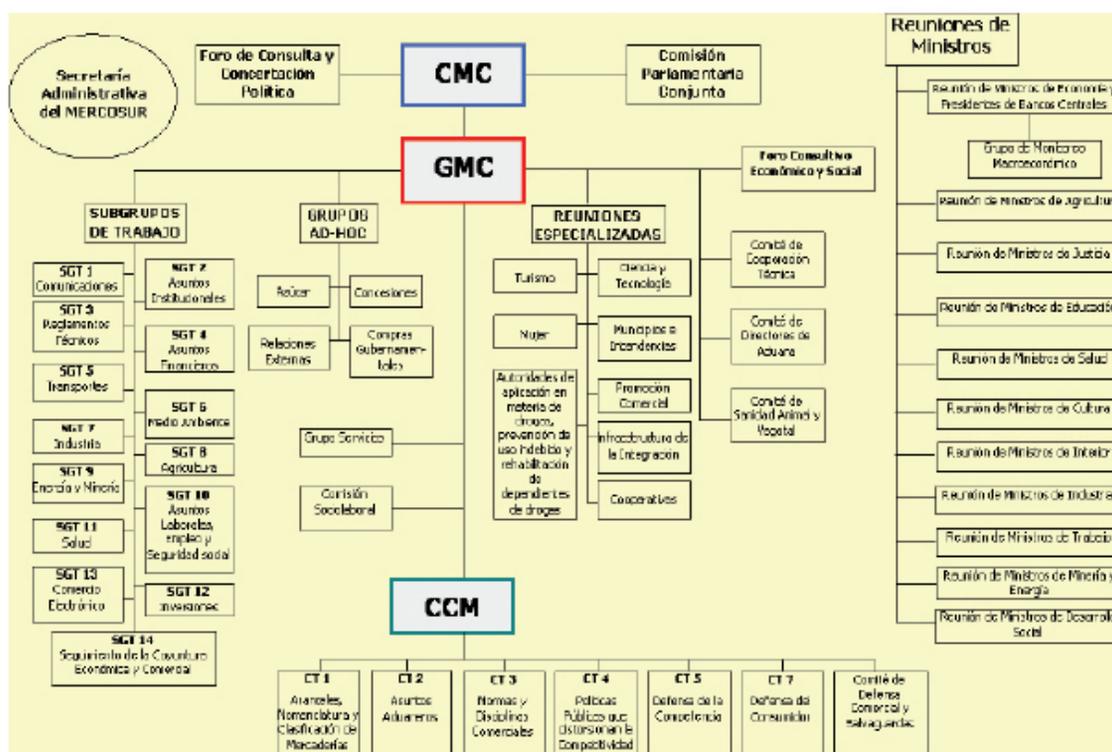
Como todos ustedes saben, en 26 de marzo de 1991 se firmó el tratado de Asunción por el cual se creó el Mercado Común del Sur - MERCOSUR. El MERCOSUR está formado por miembros plenos que son los Estados Partes: Argentina, Brasil, Paraguay (que se encuentra momentáneamente suspendido), Uruguay y Venezuela que ingresó en 2012. También son parte los países que tienen el status de estados asociados como Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú. Hay otros procesos de integración en nuestra región como el de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur), que involucra a los doce países de Sudamérica.

El MERCOSUR nace con la impronta de constituirse en un tratado de integración comercial. El Tratado de Asunción establece la integración de los Estados Parte a través de la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos, entre los que se incluyen los trabajadores. Esta libre circulación fue inicialmente prevista para el año de 2015. Establece también un arancel externo (impuesto aduanero) y la adopción de una política comercial común hacia los otros países; la coordinación de políticas ma-

croeconómicas y sectoriales; y la armonización de las legislaciones de los países para poder tener abordajes conjuntos.

Una de las grandes críticas que se le hacen al MERCOSUR es que es una integración de mercados y de hecho no contempla la dimensión social en la integración, cosa que sí, desde de su creación, ha hecho Unasur. Pero en principio, dentro del preámbulo del tratado de Asunción aparece pálidamente la integración como una condición fundamental para acelerar procesos de desarrollo económico con justicia social, y la necesidad de promover el desarrollo científico y tecnológico de los Estados Partes, modernizando sus economías para ampliar la oferta y la calidad de los bienes y servicios disponibles a fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. La realidad es que en los últimos diez años, el MERCOSUR ha adquirido un dinamismo distinto y comienza a aparecer una mayor preocupación por la dimensión social y por las políticas sociales.

Figura n 1 – Estructura del MERCOSUR



La estructura del MERCOSUR tiene como órganos decisorios el Consejo Mercado Común (CMC), que está formado por los jefes de estado con sus cancilleres y los ministros de economía; y el Grupo Mercado Común (GMC), que está formado por los ministros de economía y del cual dependen una serie de comisiones, subgrupos y gru-

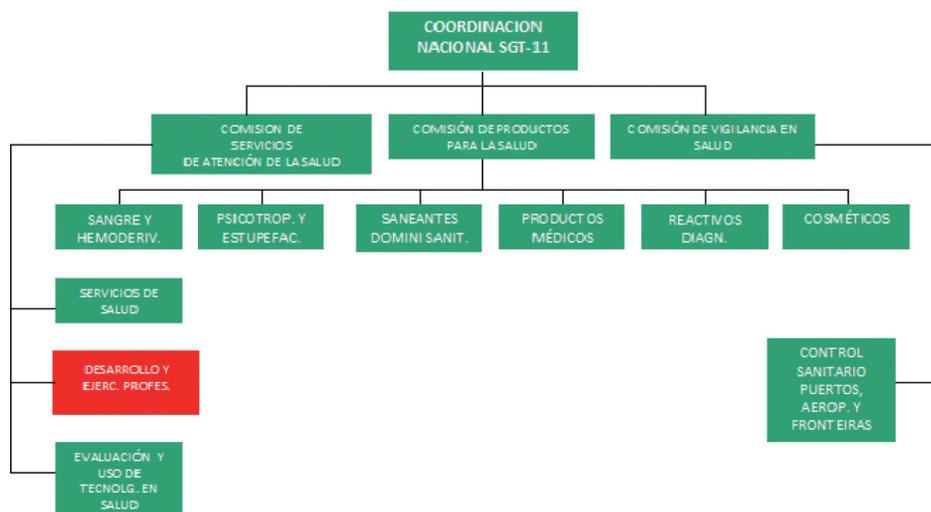
pos ad hoc. Es una estructura verdaderamente compleja. Los grupos que trabajamos en el MERCOSUR lo que hacemos es elevar propuestas para este funcionamiento.

Existen dos foros de carácter deliberativo que tienen a la salud como principal objeto de trabajo: la Reunión de Ministros de Salud (RMC), creada por decreto CMC en 1995, que tiene como función la coordinación de políticas de salud en el ámbito del MERCOSUR; y el Subgrupo de Trabajo nº 11 Salud (SGT 11), que es un órgano técnico permanente de armonización y compatibilización. El SGT 11 fue creado en 1996, pero recién empieza a trabajar en 1998.

¿Cómo se trabaja en SGT 11 y en el Mercosur?

Las decisiones son por consenso. Todos los Estados Parte, los miembros pleno tienen que estar de acuerdo para poder avanzar en una decisión y en una resolución. La Reunión de Ministros de Salud crea comisiones para atender temas puntuales, o sea, es una reunión más política que cuando aparece una necesidad, crea una comisión para abordar este tema desde las políticas y dependiente de las políticas. El SGT 11, en cambio, es el órgano técnico de carácter deliberativo que centraliza el tratamiento de la armonización de las legislaciones nacionales en materia de regulación de la salud y compatibilización de los sistemas de control sanitario entre los Estados Partes. Sus tareas son las de armonizar parámetros de calidad de bienes, servicios y factores productivos del área de salud, así como los mecanismos de control sanitario, a los fines de eliminar los obstáculos técnicos al comercio que aparezcan, para lograr el fortalecimiento de la integración regional y, consecuentemente, disminuir los riesgos sanitarios.

Figura n 2 – Estructura del SGT 11



El SGT 11 tiene tres comisiones: la Comisión de Productos para la Salud (CO-PROSAL), que es la que tiene mayor desarrollo porque está ligada a la industria; la Comisión de Vigilancia en Salud (COVISAL), que es la que trabaja fuertemente todo el tema de integración de los criterios de control sanitario; y la Comisión de Servicios de Atención a la Salud (COSERATS), que está dedicada a evaluar y compatibilizar las normas de los servicios, a la evaluación de tecnologías en conjunto, y las normas para el desarrollo y el ejercicio profesional.

¿Cómo se expresa el trabajo?

En resoluciones. Las comisiones hacen propuestas de resoluciones al GMC, quien a su vez las aprueba. El SGT tiene como misión la armonización de las reglamentaciones existentes y generación de normativas comunes que tiendan a ser superadoras de las existentes en los Estados Partes, respetando las asimetrías. O sea, las normas tienen que ser armonizadas respetando las diferencias de los países, pero tienen que ser superadoras y al mismo tiempo tiene que permitir realizar mecanismos de adaptación al interior de los Estados Parte.

Según datos de 2010, del total de resoluciones armonizadas en el SGT 11, 71% son de la Comisión de Productos de Salud, 20% de la Comisión de Vigilancia en Salud, y 9% de la Comisión de Servicios de Atención a la Salud. La Comisión de Productos funcionaba ya desde 1993, en el marco del subgrupo de trabajo 13, y tiene mayor desarrollo en los procesos de negociación porque estaba ligada a todos los efectos de la unión aduanera. La Comisión de Vigilancia ya trabajaba de forma previa al MERCOSUR, en integrar el tema de la vigilancia sanitaria: hay una impronta extra regional en la normativa de vigilancia con mucho trabajo hecho por los organismos internacionales (OPS, OMS). En cambio, la integración de sistemas y servicios de salud es la más inédita, y era en la que se reconocen mayores dificultades porque también es donde están las mayores asimetrías.

¿Cuáles son nuestros desafíos? ¿Cómo, a partir de su pauta de acción, se fortalece la dimensión social de integración, trascendiendo los aspectos exclusivamente comerciales y económicos? ¿Cómo se constituye la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional de la Comisión de Servicios en un espacio de intercambio de información y debate que pueda fortalecer decisiones nacionales y regionales?

La pauta negociadora de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, aprobada a través de una resolución del GMC, establece que la dicha Subcomisión tiene que:

- Identificar y especificar, en función de las necesidades y de las políticas de salud de los Estados Parte, qué profesiones y áreas de actuación serán priorizadas;

- Definir criterios de evaluación y certificación de profesionales y especialistas, teniendo en cuenta la actuación de las entidades formadoras en los Estados Parte;
- Desarrollar el proceso de compatibilización de las especialidades de las profesiones de salud de nivel superior;
- Definir y acompañar el proceso de implementación de la Matriz Mínima para el ejercicio profesional;
- Identificar las necesidades de conocimiento sobre desarrollo y ejercicio profesional de los Estados Parte, tendientes a dar insumos para avanzar en el proceso de armonización normativa.

¿Cuáles son las resoluciones que hasta el momento ha producido la subcomisión de ejercicio profesional?

- Res GMC N° 27/04- Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR - Instrumento de Registro de los profesionales de la salud de cada uno de los Estados Partes, con información mínima armonizada, administrados y gestionados por los Ministerios de Salud;
- Res GMC N° 07/12 (deroga Res GMC N° 66/06) Profesiones de Salud Comunes del MERCOSUR - Aprueba un listado de profesiones de grado comunes;
- Res 08/12 (deroga Res. GMC N° 73/00) -Especialidades Médicas Comunes en el MERCOSUR - Aprueba un listado de especialidades médicas comunes;
- Res. GMC N°58/01 -Principios Éticos Médicos del MERCOSUR - Establece normas básicas para el ejercicio profesional médico.
- La Resolución GMC n° 07/12 define las primeras profesiones que se van a incorporar a la matriz mínima, porque son las profesiones que cumplen funciones que son análogas en todos los Estados.

La que más trabajo ha demandado al subgrupo es la resolución que crea la Matriz Mínima para el Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR (Res GMC n° 27/04). La Matriz Mínima es un instrumento de registro de los profesionales de cada uno de los Estados Parte con información mínima armonizada, administrada y gestionada por los Ministerios de Salud. La Matriz Mínima la elabora cada Estado, lo que se consensua con sus contenidos, y se comparten los datos entre los países. Tiene un objetivo preciso que es facilitar las migraciones profesionales de un país al otro y conocer si estos profesionales son reconocidos en su país, se tienen sanciones, etc. Estos son datos que tienen que estar a disposición en caso que algún de los Estados Parte lo solicite.

Fue aprobada en 2004, pero el proceso de implementación es arduo. Se partió de una situación de poca sistematización de la información de los países y muchas asimetrías al respecto de cómo esa información era recolectada, porque partimos de países con estructuras políticas administrativas muy diferentes. Planteamos la construcción de la

Matriz Mínima sobre las bases existentes de los sistemas de información nacionales y el pasaje a la plataforma web de estas bases que permitiría compartir la información.

¿En qué situación estamos en este momento?

Recién en el año pasado, todos los países contaron con un sistema de información en una plataforma web que nos permitió el intercambio de datos. Hemos definido ya los datos que vamos a compartir en una primera etapa (ACTA 02/2011), y se está definiendo como va a ser la interface web (ACTA 01/2012) para el dialogo de estos sistemas (no se crea un solo sistema, ni un nuevo sistema, sino que cada país desarrolla un sistema de información con una x cantidad de datos y se realiza un dialogo entre los mismos). Y está también vigente la exigencia de que los profesionales de estas profesiones comunes que hablamos que deseen migrar, estén incorporados en la matriz. Comenzamos, además, con un proceso muy complejo que es la armonización de las nomenclaturas de las nueve profesiones comunes (ACTA 01/2012).

¿Cómo trabajamos por otra parte con las profesiones comunes? ¿Qué hacemos con estas profesiones?

Elaboramos matrices comparativas de formación y regulación de las profesiones, en conjunto con las organizaciones representativas (de formación y del trabajo) de las distintas disciplinas a nivel país. Cuando resulta pertinente, se convoca a las reuniones ordinarias de la subcomisión de ejercicio profesional a los representantes de las distintas profesiones de los Estados Parte. Y lo que ha aparecido como un imperativo, que es lo que estamos trabajando en este momento, es la necesidad de trabajar en conjunto con el MERCOSUR Educativo los procesos de homologación y acreditación de los títulos. El MERCOSUR Educativo, a diferencia del de Salud, trabaja con todos los Estados, o sea con los miembros plenos y con los asociados. Entonces, también tenemos una asimetría de trabajo entre los distintos grupos del MERCOSUR.

El tema de las especialidades nos está costando mucho, porque es un campo que tiene una gran diversidad respecto de su formación y regulación en los Estados Parte. Comenzamos aprobando una lista de especialidades médicas comunes que eran 29 (Resolución GMC n 73/00), y llegamos a la conclusión de que tenemos 42 especialidades en común (Resolución GMC n 08/12). Generamos acuerdos respecto de los criterios de análisis y los plazos en que íbamos a hacer estos análisis, porque estamos desde hace un tiempo tratando de reconocer cuales son las características de la certificación de las especialidades en cada uno de los Estados Parte. Esto es algo que es verdaderamente complejo y asimétrico.

Los próximos pasos son contar con la matriz comparativa de criterios de evaluación y certificación de especialistas (ACTA 02/2011) y desarrollar el proceso de compatibilización de las especialidades del nivel superior (Plan de Trabajo 2013/2014,

ACTA 02/2012). Nos propusimos identificar el contenido de la formación de las especialidades médicas prioritarias y comunes a los cuatro países (desarrollo curricular) e instituciones habilitadas, apuntando al reconocimiento mutuo. Decidimos comenzar con las básicas y con ellas ya tenemos bastante para ponernos de acuerdo, porque no todos los países tienen marcos de referencia para formación de especialistas, y ni todos los países tienen definiciones para la certificación de estos especialistas. Es importante esclarecer que en todos los nuestros países el título es habilitante y la certificación de una especialidad es una autorización para anunciarse como especialista, pero no es exigible para el ejercicio profesional. Después de eso, iremos identificar y priorizar las especialidades de las demás profesiones de nivel superior.

El desafío que enfrentamos ahora es la ampliación del escenario: estamos trabajando en una propuesta de modificación de la pauta negociadora que ya se presentó en 2010, pero que todavía no fue considerada por el Grupo Mercado Común. Trabajar desde la visión de equipo de salud, y continuar con el análisis de la situación de los técnicos, que empezamos en 2010 (ACTA 01/10). Otro punto es el reconocimiento de que la responsabilidad de formación y de validación de los títulos es de Educación. Si bien que nosotros pasamos largas reuniones diciendo como se forma un profesional, en realidad es la cartera educativa quien tiene la competencia regulatoria, y por eso tenemos que generar espacios de trabajo conjunto. También tenemos que constituir un ámbito para el análisis conjunto de los perfiles requeridos para el equipo de salud y analizar nuevas profesiones que van apareciendo y que no están reguladas.

Hemos comenzado el trabajo con el MERCOSUR Educativo que ya tiene muy avanzado el tema de acreditación de carreras. Lo hizo a través de un mecanismo experimental que se llamó MEXA, y ahora lo está haciendo a través de lo que se llama el ARCUSUR. La acreditación se hace de institución a institución: se acreditan carreras en forma recíproca en determinadas instituciones y estas títulos tienen un reconocimiento en los distintos países del MERCOSUR.

¿Qué pasa con la habilitación del ejercicio profesional de esas carreras que nosotros decimos que son iguales?

Tendremos que sentarnos y trabajar en conjunto. Hemos armado una agenda y nos hemos propuesto que en cada una de las reuniones de la presidencia pro tempore (PPT) nos vamos a tener una reunión conjunta MERCOSUR Salud y MERCOSUR Educativo. Los objetivos de ese trabajo conjunto son: promover el desarrollo de actividades compartidas en el proceso de acreditación de carreras **priorizadas en salud**; y propiciar mecanismos de análisis y propuestas sobre homologación y revalidas de títulos. Ustedes saben que hay mecanismos diferentes para la homologación de los títulos. Existe un mecanismo que se llama revalida que se hace a través de las universidades, donde una universidad recibe un título, un analítico y compara materia por materia.

Hay otro mecanismo que se llama convalidación que en general se lo lleva adelante, por convenio, los ministerios de educación. En ese caso, un país hace un convenio con otro país y los requisitos de homologación de este título lo firma el ministerio de educación mediante un mecanismo abreviado, estableciendo algunos temas generales, sin mirar materia por materia. Argentina tiene convenios de convalidación de títulos con varios países: Perú, Colombia, Bolivia, pero no tiene convenio con Brasil y también con ninguno otro miembro pleno del MERCOSUR. Entonces hoy, cuando un profesional quiere migrar entre los Estados Partes tiene que revalidar su título, porque no hay convenios de convalidación entre ellos. También tenemos como objetivo establecer procesos integrales para la habilitación de nuevas carreras en salud.

La primera reunión conjunta que tuvimos fue en Asunción y ahora en 5 de junio nos hemos reunido en Argentina para consensuar la agenda de trabajo. Propusimos la elaboración de un glosario de términos comunes entre salud y educación (lo primero que tenemos que hacer es nos poner de acuerdo sobre lo que hablamos); la elaboración de una matriz de procesos de homologación y revalidas de las profesiones priorizadas en salud (esta matriz también la estamos trabajando en Unasur, de modo de unificar agendas); y la elaboración de una matriz de problemas prioritarios de las profesiones priorizadas en salud. En la última reunión en Salvador/Bahia, hicimos una propuesta de análisis conjunta de profesiones poco reguladas, que generan tensiones con otras o que tienen baja inserción en el campo laboral. Estamos trabajando en la descripción de la situación de las obstétricas, optometristas, quiroprácticos, técnicos en emergencia y acompañantes terapéuticos en cada país.

En Argentina, en particular, nosotros tenemos algunos temas con profesiones técnicas. Tenemos en claro que hay una hegemonía es de las profesiones de grado. La formación universitaria tiene muchos siglos por detrás, haciendo que la regulación de las profesiones de grado esté mucho más consolidada. Pero no pasa lo mismo en el campo de las especialidades ni en el campo de los técnicos.

Respecto de los técnicos, hemos definido cuales son las profesiones técnicas comunes para los cuatro países (ACTA 01/11), y Venezuela tiene un tiempo para ratificar estos temas: enfermería, técnico de laboratorio, técnico en radiología y técnico en hemoterapia. Elegimos estas por el impacto que tienen en la prestación de los servicios, por el volumen y por algunos temas sensibles, como es el caso de la hemoterapia.

Hemos realizado una propuesta de matriz comparativa de formación e inserción laboral (ACTA 01 y 02/11). Lo que nosotros vemos es que, a diferencia de que nos pasa con las profesiones de grado, no podemos mirar el campo de los técnicos solamente comparando su formación, sino que tenemos que mirar cómo es su inserción en el campo de trabajo. En este sentido, en la última reunión hemos adoptado los resultados cuantitativos de la investigación multicéntrica de MERCOSUR como matriz comparativa de la formación (ACTA 02/12).

El otro tema es la incorporación al trabajo conjunto con salud de la Comisión Regional Coordinadora (CRC) de Educación Superior y de Educación Técnica, pero aquí aparecen nuevas asimetrías.

Cuadro n°1 – Asimetrías en el campo de los técnicos de salud

	ARGENTINA	BRASIL	PARAGUAY	URUGUAY
Nivel de formación	Superior universitario y no universitario	Medio	Superior no universitario	Superior universitario
Actor MERCOSUR EDUCATIVO	CRC-ES y CRC-ET	CRC-EB o CRC-ET?	CRC -ET	CRC-ES
Regulación del Ejercicio Profesional	Ministerios de Salud jurisdiccionales	Consejos Profesionales	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud

¿Cuáles son los actores del MERCOSUR Educativo con lo que tenemos que interactuar para trabajar la formación de los técnicos?

En Argentina son dos, porque hay formación de técnico en el nivel superior universitario y no universitario, entonces hay el grupo de educación superior y el grupo de educación técnica. En Brasil, ¿es el grupo de educación básica o el grupo de educación técnica? ¿O los dos? En Paraguay es el de educación técnica, y en Uruguay es el grupo de educación superior. Al mismo tiempo, hay diferencias en respecto de cuáles son los órganos que regulan el ejercicio profesional de los técnicos en cada uno de los países. En Argentina, son los Ministerios de Salud jurisdiccionales; en Brasil, son los consejos profesionales; en Paraguay y Uruguay, son los Ministerios de Salud. Nosotros participamos, en Argentina, de la reunión del Comité de CRC Educación Técnica y nos miraban como extraterrestres porque la mayor parte de la educación técnica en nuestro país es media, entonces que nosotros estuviéramos hablando de técnicos de salud y de educación superior les resultaba absolutamente complejo y hasta diría marginal.

¿Cuáles son los desafíos?

Reconocidas las asimetrías, deseamos profundizar en el análisis de los perfiles: identificar regulaciones nacionales que permitan avanzar en marcos para la homologación; identificar las coincidencias y las divergencias en el campo de trabajo; y convocar a todos los actores del MERCOSUR educativo.

Y para finalizar, quería presentar la propuesta que estamos haciendo para modificar la pauta negociadora:

- identificar necesidades comunes de formación de profesionales de salud en los Estados Parte para avanzar en propuestas de desarrollo de perfiles adecuados a

las necesidades de salud de la población. Algún día tenemos que poder empezar a adelantarnos lo que es lo que queremos como sistema de salud y que equipo para ello (esto es una propuesta que es conjunta entre MERCOSUR y Unasur);

- desarrollar un plan de trabajo conjunto del SGT n° 11 con la CRC Educación Superior y Educación Técnica, atendiendo el acuerdo 03/11 que refiere a la importancia de una agenda compartida entre Salud y Educación para el desarrollo y armonización del ejercicio profesional, así como eventualmente con otras áreas del MERCOSUR involucradas con la temática;
- avanzar de forma específica en la identificación de estrategias que permitan favorecer el ejercicio profesional en zona interfronteriza (la circulación comienza en la frontera y los conflictos se dan en la frontera).

La temática de sistemas y servicios de salud está instalada en el proceso de integración regional, esto era algo complejo de ver en un contexto de mercado, pero en este momento está firmemente instalada. Las negociaciones en el ámbito del SGT 11 le dan sustento técnico al proceso y acompañan las decisiones políticas, no constituyen un rápido camino, pero con avances y retrocesos han tenido continuidad desde su inicio. Yo quiero remarcar algo que es sumamente importante: en MERCOSUR Salud, los puntos focales son los mismos que tienen la responsabilidad de llevar adelante la gestión de estas políticas en el país. Digo yo, soy Directora del área de Recursos Humanos en mi país, y Guillermo Williams que tenía que hacer esta presentación, es el Director de Regulación, y nosotros somos los que participamos de las reuniones de la subcomisión del subgrupo. Esto no pasa en todo MERCOSUR, en el área educativa, muchas veces son referentes de un área internacional de los Ministerios de Educación quienes participan de las reuniones del MERCOSUR. El desafío es que no solo hay que armonizar los marcos regulatorios existentes, sino que tenemos que construir marcos nuevos. O sea, MERCOSUR nos está permitiendo identificar qué es lo que nos está faltando. También ayuda a incentivar procesos de cooperación entre los Estados Parte. En la última reunión, trabajamos para identificar cual es el contenido del Plan de Trabajo del MERCOSUR para la OPS y lo hemos hecho en conjunto sobre las prioridades que como grupo de trabajo encontramos.

Y, para finalizar. Las personas ya circulan, nosotros tenemos que facilitarles esta circulación, y el primer desafío está en las zonas de fronteras. Porque para las zonas de frontera, lo que está se planeando no es que las personas se vayan de un lado para el otro, sino que como compartir los servicios, como fortalecer en forma de red estos servicios. El mayor desafío de la circulación de los trabajadores tiene que ver con los lugares y los espacios donde van a integrarse los servicios, y reconocer a la gente su derecho a circular y trabajar y, por ende, a que su título sea reconocido.

Muchas Gracias.

**AVANÇOS NO PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO RELATIVO
À FORMAÇÃO, CERTIFICAÇÃO E REGULAÇÃO
PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES TÉCNICOS
EM SAÚDE NO ÂMBITO DO MERCOSUL**

La situación de Argentina

Isabel Duré

Buenas tardes a todos. La idea de esta presentación es comentarles cuál es el trabajo que se realiza internamente en la Argentina para llevar adelante los acuerdos del Subgrupo de Trabajo 11 de MERCOSUR Salud (SGT 11), en el ámbito de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional.

Hace 4 años, yo estuve aquí en el Primer Seminario Internacional sobre la Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en MERCOSUR. Hacía muy poco tiempo que me había hecho cargo de la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de la Salud de la Nación Argentina (MSAL) y vine aquí a contarles el trabajo que nosotros hacíamos en temas de desarrollo curricular en conjunto con el Ministerio de Educación. En la presentación me sentía muy segura y muy confiada. Después de eso, empecé a representar Argentina como punto focal en la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT 11. Y quiero decirles que ya no me siento tan segura como me sentía en ese momento. A pesar de que hace 4 años que estoy en este trabajo, cuando uno va abriendo el escenario, se va complicando todo muchísimo más.

Voy a comentarles como trabajamos en el interior del Ministerio de Salud, tanto en la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional a mi cargo, como en la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud – que es la otra dirección que se ocupa de los temas relativos al SGT 11 Salud en el país.

Argentina es un país federal, con 24 jurisdicciones autónomas, donde tanto la Salud como la Educación no son competencias delegadas por las provincias en el Estado nacional. Entonces, quienes tienen el poder de policía, el poder de regulación en nuestro país, son las provincias. Esto es un dato muy relevante para todo lo que es el trabajo de los acuerdos que nosotros hacemos a nivel supranacional.

Regulación del Ejercicio Profesional en Salud en Argentina

El título de grado es habilitante, porque los títulos en Argentina son habilitantes según la Ley de Educación Superior, pero, en realidad, no habilitan automáticamente para el ejercicio en el área de salud.

La regulación del ejercicio profesional en salud es de ámbito provincial. Entonces, cada jurisdicción es autónoma para establecer qué profesiones y especialidades reconoce y regula. Así es como tenemos una multiplicidad de variantes tanto a nivel de formación de grado, especialidades, técnicos. Pero también diferencias entre lo que es carrera, título y profesión porque las universidades tienen autonomía para crear nuevas carreras y las provincias también, en el ámbito de la educación técnica.

Aquí en Brasil hay un consejo nacional que decide cuáles son las profesiones del equipo de salud. En nuestro país no existe un organismo que se ocupe de esto, lo define cada provincia. Por lo tanto, no hay ninguna profesión de salud en la que el control del ejercicio profesional sea homogéneo en todas las jurisdicciones. Todas, por alguna razón, tienen diferencias. En cada jurisdicción, quien tiene la potestad para el control de ejercicio profesional es el Ministerio de Salud provincial, pero, a su vez, puede delegarlo en Colegios de Ley. Esto hace que tengamos una cierta diversidad.

**Cuadro nº 1 - Profesiones de salud colegiadas en Argentina.
Cantidad de provincias colegiadas por profesión – 2012**

Profesión	Total
Médico	11/24
Odontólogo	11/24
Licenciado en enfermería	5/24
Farmacéutico	12/24
Psicólogo	14/24
Kinesiólogo	12/24
Bioquímico	8/24
Nutricionista	9/24
Fonoaudiólogo	10/24

En el cuadro se indica el número de jurisdicciones sobre el total en las que las diferentes profesiones están colegiadas. Según datos de la Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud (REFEPS – SIISA), en 2012, 43% de las profesiones de salud lo estaban.

En el caso de los técnicos de salud, la regulación está en poder de autoridad sanitaria provincial. Son contadas las provincias en las que los técnicos se matriculan en algún colegio: Misiones, Salta, Santa Fe. En Buenos Aires, Catamarca, Córdoba Entre Ríos y La Rioja la colegiación es sólo de alguna profesión, habitualmente enfermería, técnico óptico o técnico en prótesis dental.

Con este mapa regulatorio, para implementar en Argentina los acuerdos que se llevan adelante en el MERCOSUR, nosotros tenemos que cohesionar y articular 116 registros de profesionales: noventa y dos colegios de distintas profesiones y las veinticuatro jurisdicciones.

Es un proceso de construcción federal e interinstitucional que requiere intervenciones en distintos espacios.

Figura nº 1 – Estrategias de cohesión para la regulación del ejercicio profesional



Integración a nivel nacional, al interior del Ministerio de Salud cohesionando las políticas de formación y de regulación del ejercicio de los equipos de salud y con el Ministerio de Educación para el reconocimiento de nuevas carreras y la regulación de los perfiles formativos de los profesionales de salud.

Articulación Nación – Provincias para la elaboración de lineamientos y de consenso federal, que involucra al Consejo Federal de Salud y a las áreas técnicas de Recursos Humanos y Regulación del Ministerio de Salud de la Nación y las de los Ministerios de Salud de las provincias.

Trabajo conjunto y de articulación a nivel local, entre los colegios de ley y los Ministerios de Salud provinciales para el control del ejercicio profesional.

Consultas y consenso con los diferentes actores de la sociedad civil (asociaciones de formadores, sociedades científicas, gremios) para la elaboración de marcos de refe-

rencia para la formación técnica y de residencias, la incorporación de nuevas especialidades y la regulación del Sistema Nacional de Residencias

O sea, la gestión de recursos humanos en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación es una estrategia de consensos.

Control del ejercicio profesional en el marco de acuerdos SGTII en Argentina

¿Qué estrategias y herramientas utilizamos para la implementación de los acuerdos del MERCOSUR?

El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con una serie de espacios institucionales que aportan a la construcción nacional de los distintos acuerdos del MERCOSUR:

- La Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), desarrollada para consolidar el proceso de la matriz mínima. Se integra a partir de la firma de convenios con las provincias en el año 2088, a través de los cuales se acuerda la incorporación de los datos de la matriz mínima en los registros provinciales y su carga en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina.
- La Comisión Nacional Asesora de Profesiones de Grado Universitario, que reúne a todos los actores de cada una de las profesiones y que está ligada al reconocimiento de especialidades por profesión. Cada vez que hay un pedido de reconocimiento de una nueva especialidad, se reúne una subcomisión que es específica de la disciplina y que está integrada a esta comisión; analiza el pedido de reconocimiento de la especialidad, los antecedentes nacionales e internacionales; emite un dictamen; y se lleva al Consejo Federal de Salud¹. Si el Consejo Federal de Salud acuerda, esta especialidad pasa a ser reconocida por todas las provincias y pasa a integrar los registros.
- El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo Salud, ya que la residencia en nuestro país es una de las vías para acceder a la certificación de la especialidad. En este Sistema, elaboramos documentos marco para la formación de especialistas, con lo cual definimos perfiles y contenidos de la formación para las residencias, que luego son tomados para la definición de las especialidades.
- La Comisión Mixta de Desarrollo Curricular de Tecnicaturas, desde la que trabajamos conjunto con el Ministerio de Educación los marcos de homologación para las profesiones técnicas de Salud, buscando articular la validez nacional de los títulos con la habilitación para el ejercicio profesional y su incorporación a la matriz mínima.

¹ El consejo es compuesto por los Ministros de Salud de todas las provincias.

¿Cómo se produce el proceso de internacionalización de la Matriz Mínima?

En Argentina, cuando se planteó la necesidad de comenzar a trabajar en la matriz mínima, se definió como principio organizador el respeto al federalismo. El sistema de carga de la información y de registros sería responsabilidad de las jurisdicciones. No es el Ministerio de la Nación quien se aboca a la búsqueda de los datos, sino que esto, como la regulación del ejercicio profesional (provincial), lo va a realizar la provincia.

También en línea con el respeto por la autonomía provincial, en los casos en que el registro estuviera delegado en un colegio de ley, la provincia debía ser quien articulara con dicho colegio para enviar la información al Ministerio de Salud de la Nación. O sea, no habría interacción del ministerio con los colegios que no fuera mediada o introducida por las autoridades locales.

Consistente con las definiciones del SGT11, el registro de profesionales de la salud constaría de una ficha por individuo. Se decidió que cada persona estaría identificada mediante su Documento Nacional de Identidad y registraríamos todas las matrículas habilitantes ligadas a cada profesional de la salud.

Otra decisión del país fue que, independientemente de que en el MERCOSUR se había acordado que se comenzaba por una serie de profesiones de grado, nosotros íbamos a incluir a todos los profesionales del equipo de salud que se matriculaban en Argentina, con lo cual nos metimos en un lío impresionante, porque, como ya comenté, hay una diversidad importante en las regulaciones provinciales.

El primer paso fue obviamente internalizar la resolución del Grupo Mercado Común (Res. GMC N° 27/04 mediante Res MSAL 604/ 05). Posteriormente, se elaboró un modelo de convenio para conformar la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) entre el Ministerio nacional y los 24 ministerios provinciales. Cada ministro provincial suscribió su adhesión al registro y que iba a ser responsable por completar los datos de la matriz mínima en su jurisdicción.

Luego insertamos este registro en el marco de un sistema informatizado que llamamos Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA) y se comenzó la carga centralizada en nuestro Ministerio. Las provincias relevaban su información y, en vez de subirla directamente, en una primera instancia la remitían al Ministerio de Salud de la Nación. Allí la información se homogeneizaba, se le daba el formato, porque la verdad es que venía en formatos bastante diferentes. Luego se subía al sistema. Esta primera etapa fue útil para mejorar la estructura del sistema. También para el caso de las provincias que tenía ya un registro informatizado, se trabajó en interfaces para poder captar la información directamente de los mismos. En este momento, falta solamente incorporar dos provincias con informaciones de algunas profesiones, el resto ya está subido. El REFEPS se complementa con un registro de instituciones formadoras y de carreras de salud, proceso que iniciamos en 2011, para poder ligar a cada profesio-

nal con la institución en la que se formó. Esto tiene la dificultad de que no sólo hay que incorporar al SIISA instituciones en actividad sino también algunas que ya no existen más, y que no constan en ningún registro centralizado del Ministerio de Educación de la Nación. Ya tenemos 692 instituciones formadoras registradas, que emiten o han emitido títulos en los últimos años.

Desde hace un año, el mantenimiento actualizado del REFEPS lo realizan las provincias en forma descentralizada. De hecho, muchas ya han adoptado el sistema para directamente registrar las matrículas de los profesionales. Estos datos que tenemos cargados en el SIISA, los estamos interrelacionando con el registro de prestadores de servicios de la seguridad social para poder ver cuáles de los profesionales que están registrados son prestadores de la seguridad social y, al mismo tiempo, que la seguridad social tenga la certeza de que todos sus prestadores tienen su matrícula. También estamos diseñando el módulo para incorporar las especialidades y el registro de las residencias.

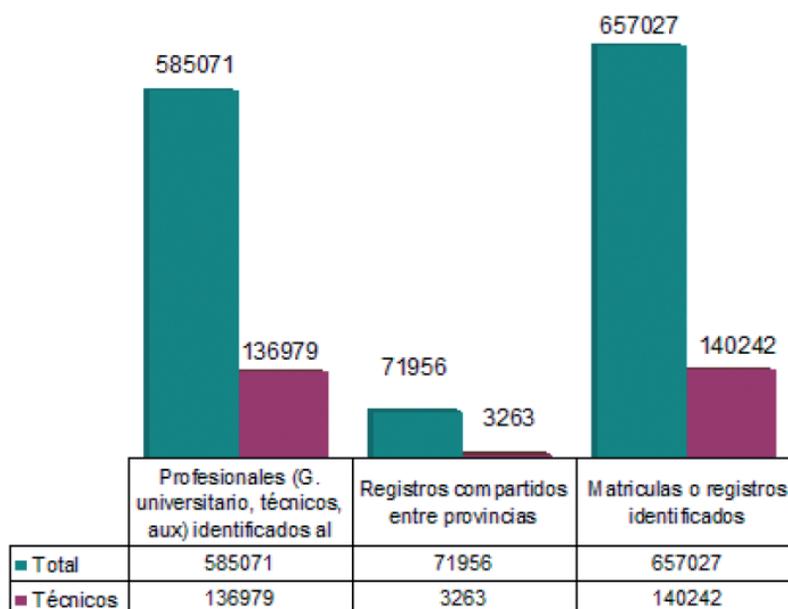
Vamos a realizar un censo de enfermería, porque lo que hemos detectado es que hay enfermeras que trabajan en el sector público y que no todas están matriculadas. Algunas de las jurisdicciones tomaron la decisión de que las enfermeras que trabajaran exclusivamente en el sector público no tenían necesidad de matricularse. Aquí hemos encontrado un déficit de información que debemos completar. Nos interesa también relevar los niveles de capacitación de estos trabajadores. El otro tema que estamos trabajando es la interrelación del registro con los establecimientos de salud para poder contar con los planteles de cada establecimiento.

¿Qué es lo que encontramos en este registro?

Lo que el registro nos muestra es que hay una diversidad de matrículas consistente con la variedad de títulos y carreras. Encontramos 70 matrículas de profesionales de grado universitario, que podrían resumirse en 27 profesiones de referencia; 120 matrículas de profesiones técnicas que podrían consolidarse en 22; y 40 de auxiliares que podrían resumirse en 19.

Mirando desde otra perspectiva el total de profesionales en el registro, tenemos que el 19% de las matrículas corresponden a trabajadores técnicos – a pesar de que son 120 las carreras que aparecen. Pero si lo contrastamos con los datos que nos ofrece la Encuesta permanente de hogares – que es la que releva situación de trabajo en nuestro país – encontramos que el 30% de los trabajadores de salud son técnicos. Cada vez que conocemos un poco más, seguimos tomando conciencia que tenemos que profundizar en el tema de la información.

**Tabla n° 1 - Interrelación de datos REFEPS y SISA. Matrículas múltiples
(Datos noviembre 2012)**



Observando la tabla n° 1, en las columnas de la derecha encontramos las matrículas y en las de la izquierda, las personas. El mayor volumen de matrículas muestra que una persona puede tener más de una matrícula. Los registros compartidos en los profesionales de grado, habitualmente corresponden a profesionales que tienen matrículas en distintas provincias. Pero ¿qué encontramos en el tema de los técnicos? Es interesante ver que, en el campo de los técnicos, los registros compartidos, o sea, las personas que tienen más de una matrícula – son un número muy pequeño. La situación de matrículas múltiples se da más frecuentemente en enfermería, ligada al proceso de profesionalización. Por ejemplo, hay enfermeros con tres matrículas porque recorrieron el camino de la formación de pasar de auxiliares a enfermeros técnicos y después a licenciados. Fueron adquiriendo mayores niveles de formación y, en consecuencia, habilitados a realizar tareas de mayor complejidad, lo que en Argentina implica tener distintas matrículas.

El sistema también nos provee información sobre los profesionales extranjeros habilitados para ejercer en Argentina, pero no en todos los casos podemos discriminar si es gente que estudió en nuestro país o que vino ya formada de su país. La proporción es de un 7,28%. Entre estos, el 67% son personas de países del MERCOSUR y asociados. En el cuadro n° 2, vemos que los países de los cuales tenemos mayor cantidad son los limítrofes o aquellos con los cuales tenemos algún convenio de reconocimiento de títulos.

**Cuadro nº 2 - Extranjeros matriculados en el registro del MSAL
(datos agosto 2012)**

NACIONALIDAD SEGÚN PAÍSES MERCOSUR Y ASOCIADOS		
PAÍS	CANTIDAD	%
Venezuela	137	0%
Brasil	684	2%
Uruguay	2490	8%
Paraguay	2824	9%
Ecuador	1387	4%
Chile	1429	5%
Colombia	2679	8%
Perú	3194	10%
Bolivia	6532	21%
Total MERCOSUR y Asociados	21356	67%

La regulación de la formación y el ejercicio profesional en la Argentina. Una estrategia de consensos

Ya he mencionado los distintos espacios instituidos para avanzar en conjunto con todos los actores del campo de la formación y el trabajo. Ahora voy a ampliar respecto de su trabajo.

Esquema de consenso – Profesiones de grado universitario y residencias

¿Cómo trabajamos en espacios de consenso con las provincias y con la Comisión Nacional Asesora de Profesiones de Grado Universitario para avanzar en el esquema de reconocimiento de especialidades?

La Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud recibe las presentaciones que realizan las distintas sociedades científicas para que su especialidad sea reconocida. La Dirección convoca a la Comisión Nacional Asesora (Resolución MSAL 1105/06) que reúne entidades académicas, científicas, gremiales y deontológicas de cada profesión, para que estudie, analice, opine y produzca un dictamen sobre cada propuesta. Dicho dictamen pasa a un Comité Técnico formado por los responsables provinciales de regulación del ejercicio profesional, que analiza lo producido y establece acuerdos para su elevación al Consejo Federal de Salud (COFESA)². La rectoría y decisión es del COFESA, que establece acuerdos para su implementación en todo el país.

² Consejo Federal de Salud que reúne al Ministro de Salud de la Nación y los ministros provinciales.

Un circuito similar se utiliza para la elaboración y aprobación de las bases curriculares para la formación de residentes. La diferencia es que aquí constituimos una comisión por especialidad de la que participan referentes destacados de la misma, de sociedades científicas, asociaciones profesionales, representantes del gobierno nacional y los provinciales. Esta comisión desarrolla un documento con el perfil profesional, las áreas de competencia, las bases curriculares y los requisitos institucionales, que constituyen los estándares mínimos para el funcionamiento de las residencias en esa especialidad. Este procedimiento lleva entre uno y dos años. Una vez que la comisión ha elaborado el documento, éste pasa al análisis de los responsables provinciales de capacitación, que evalúan la viabilidad de los requerimientos de la estructura formativa en sus provincias. Si están de acuerdo, lo llevamos al COFESA para su aprobación y se constituye en el estándar nacional para la acreditación de la residencia en la especialidad.

Esquema de Consenso para el Diseño de las Bases Curriculares de las Tecnicaturas en Salud

Para los técnicos, el grupo de consenso se constituye a partir de una Comisión Interministerial (Comisión Mixta Salud-Educación – RM 296/02), que incluye a la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación y al Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET) dependiente del Ministerio de Educación. Esta comisión tiene el objetivo de normalizar las carreras de formación técnico profesional del sector salud, dada la fragmentación que representa el campo de formación de los auxiliares y técnicos de salud. El sentido político educativo de la comisión es promover la integración de los procesos de formación y ejercicio profesional, dirimiendo las tensiones de la inserción de los distintos perfiles a través de la elaboración de marcos de homologación en conjunto con los actores de la formación y el trabajo. Los marcos de homologación son la referencia para la regulación de la formación. Una vez aprobados, las carreras que deseen otorgar títulos con validez nacional deben ajustar sus currículos a este marco.

¿Por qué es esto? Porque a nivel provincial, cada Ministerio de Educación puede crear carreras técnicas. Entonces, nuestro desafío es que los técnicos puedan circular con sus titulaciones al interior de nuestro país y garantizar una formación equitativa en todo el territorio. Así es que un trabajo parecido al que hacemos para el MERCOSUR, lo venimos internamente haciendo para nuestro país.

Cuando decimos que en el proceso de elaboración de los marcos “dirimimos las tensiones”, “dirimimos los conflictos”, es porque muchas veces en estas comisiones aparecen las discusiones que deben tener ustedes cotidianamente al respecto de cuál es el alcance de una profesión técnica, las incumbencias en relación con la profesión de grado que se le solapa o superposiciones entre distintas profesiones técnicas. Durante el proceso de discusión que tiene lugar al interior de las comisiones se intenta saldar estos conflictos.

El esquema es similar a los anteriores. La Comisión Mixta hace el desarrollo de las bases curriculares con la participación de instituciones formadoras y representantes de las profesiones técnicas. Después, intervienen los responsables provinciales y lo que cambia es que los documentos, luego de ser aprobados por COFESA y deben ser aprobados por el Consejo Federal de Educación. A la cartera educativa le brinda mucha tranquilidad saber que el documento cuenta con el aval de las autoridades sanitarias y a nosotros saber que podemos adecuar los perfiles formativos a las necesidades del sistema de salud.

Marcos de Homologación de las Profesiones Técnicas Priorizadas en el Mercosur

¿En qué estamos al respecto de los marcos de homologación de las profesiones priorizadas?

Nosotros teníamos documentos base, que no es lo mismo que un marco de homologación. De acuerdo con nuestra nueva legislación, los documentos base deben ser transformados en marcos de homologación para la obtención de la Validez Nacional. Hoy estamos trabajando con enfermería en el proceso de adecuación del marco de homologación y lo estamos terminando la semana que viene (04/12/12). Los marcos de radiología y laboratorio ya están finalizados y aprobados por el COFESA, pero todavía tienen que ser aprobados por el Consejo Federal de Educación. El marco de laboratorio fue uno de los más complicados que tuvimos que abordar, porque había mucho conflicto entre los técnicos de laboratorio y los bioquímicos.

De hemoterapia está el documento base finalizado y tenemos pendiente la adecuación para la homologación.

Estamos también trabajando en algo que nos parece sumamente relevante. Les hemos comentado que para enfermería existen distintos ámbitos de formación: tenemos un Sistema de Educación Superior Universitario y uno No Universitario y es muy difícil pasar de un sistema al otro. Enfermería históricamente ha trabajado sus estándares, pero hasta el momento, no eran estándares comunes. Ahora, estamos elaborando estándares comunes para la acreditación de las carreras de enfermería del Sistema Universitario y Sistema No Universitario. Esto es un experimento que está mirando nuestro sistema de educación, porque ellos tienen muchas tensiones entre el Sistema de Educación Técnica y el Sistema Universitario. Entonces, consideran que los acuerdos y la metodología que podamos alcanzar para enfermería les va servir para trasladarla para otros tipos de carreras del Sistema Educativo Nacional.

También desarrollamos un Plan de Fortalecimiento para las Escuelas Técnicas de Salud. El INET dispone de un fondo de financiamiento muy importante, y hemos creado una línea específica para las escuelas técnicas de salud del sector público. Nos hemos iniciado en cooperación con la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio

(EPSJV/FIOCRUZ), y con escuelas técnicas de cinco provincias sobre el plan educativo institucional (PEI). Ahora vamos a comenzar la segunda etapa donde debemos seleccionar el otro grupo de instituciones. Fue un trabajo muy interesante que se realizó durante dos años, y verdaderamente todas las escuelas habían trabajado un montón sobre el Proyecto Educativo Institucional (PEI), dando un salto cualitativo en lo que era la mirada de su trabajo.

El Ministerio de Salud se involucró con el estudio colaborativo multicéntrico sobre la Formación de Técnicos en Salud del MERCOSUR con Brasil, Paraguay y Uruguay en dos etapas: durante el año 2011 y otro durante el 2012. Las informaciones que obtuvimos las estamos subiendo a la página del Observatorio como información de base para los técnicos de salud. De hecho fue interesante poder acercar al INET estos números y mostrarle la relevancia que tiene la formación en salud mirada sectorialmente, en el marco de una educación técnica ligada tradicionalmente al agro y al sector industrial.

Reflexiones finales

Para terminar, quisiera compartir algunas reflexiones poniendo foco en lo que ha pasado en Argentina a partir de los acuerdos MERCOSUR.

Los acuerdos del SGT 11 fortalecieron los procesos de integración a nivel federal. Para nosotros han sido y siguen siendo muy importantes, porque trabajamos a nivel federal los compromisos que adquirimos en el nivel supranacional. En esta etapa que estamos transitando de recuperación de la rectoría del Estado, estos compromisos nos han ayudado a avanzar en la regulación y cohesión del campo. También se ha puesto en evidencia algunas áreas de baja institucionalización o regulación: la formación técnica y el área de especialistas. Entonces, en Argentina estamos en una tensión permanente entre cómo avanzar con los acuerdos de MERCOSUR y, al mismo tiempo, cómo poder trabajar internamente para generar bases sólidas a nivel federal que sustenten estos acuerdos.

Creemos que nos da una gran fortaleza para el trabajo regional lo que hacemos en la Comisión Interministerial, porque con estos documentos que definen un marco nacional podemos sentarnos en el MERCOSUR y contrastarlos con los perfiles de formación de los otros países. Nos está pasando también con las especialidades, pero la información y el conocimiento son todavía insuficientes.

Respecto de MERCOSUR específicamente, nosotros notamos que la armonización se torna compleja cuando llegamos a estas zonas grises, porque necesitamos afianzar un trabajo interno en los países. Tampoco podemos esperar que los trabajos estén completamente cerrados en los países como para poder avanzar con el MERCOSUR. Entonces, el desafío es como lo hacemos en paralelo, y por esto lo que yo planteaba esta mañana; cómo contamos con normas MERCOSUR que sean superadoras de las

que tenemos en los países y que nos sirvan, sin vulnerar, sin lesionar nuestras instituciones, para poder avanzar en conjunto en la armonización de las regulaciones.

En cuanto a la Educación Técnica en Salud, los procesos educativos son responsabilidad de la cartera educativa, pero son prioritarios para el Sector Salud. Entonces, nosotros tenemos que ser quienes la visibilicemos, la promovamos y la acompañemos, debemos mover el tema de salud en la educación técnica. La educación técnica es importante y grande en el país, pero prevalece la educación media ligada a otros sectores, por lo que la educación técnica a nivel superior es marginal desde el punto de vista de la cantidad de estudiantes. No obstante, no es marginal desde el punto de vista del impacto que tiene una formación de calidad respecto a los servicios de salud.

En este momento, en Argentina se da una situación política excepcional y hemos encontrado socios excelentes para poder trabajar con el Ministerio de Educación. Estamos progresando con las regulaciones a nivel nacional, el desafío es, una vez que las alcanzamos, ¿cómo contribuir con el trabajo intersectorial entre salud y educación en las provincias para el desarrollo de las carreras y cómo lograr que se alcance esa formación de calidad que queremos en todo nuestro país? Vamos a seguir apoyando los procesos de fortalecimiento de las escuelas desde distintos ámbitos, con propuestas que apunten a mejorar la calidad de la formación de nuestros trabajadores. Este es un compromiso que asumimos hacia el interior del país y que va a tener un impacto en los trabajadores que circulan por el MERCOSUR.

Muchas gracias.

A situação do Brasil

Miraci Mendes Astun

Boa tarde a todas e todos. Falar da livre circulação e dos desafios que estão colocados, principalmente, para nós aqui do Brasil não é fácil, mas é uma tarefa que nós temos que perseguir. Antes de entrar no assunto propriamente dito, gostaria de recuperar um pouco alguns fatos que vivenciamos. Em 2002, tinha um grande tensionamento aqui no Brasil, por conta de que o governo, naquele período, iria assinar a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA).

Nós, que estávamos discutindo a eleição do presidente Lula, trabalhamos no sentido de fortalecer o Mercosul e rejeitar a ALCA e essa pauta foi intensa na campanha de 2002. Assim, investir no Mercosul é muito importante para o Brasil, mas quando se trata do processo de circulação é uma tarefa difícil pelas diferenças enormes que nós temos: o tamanho do território, as distinções do processo de regulação – ou seja, são várias as diferenças que temos que trabalhar intensamente para harmonizar e garantir a livre circulação tão desejada por nós.

Trabalhar esses fatores, por outro lado, nos ajuda a resolver uma série de questões aqui no Brasil. Uma delas se refere à falta de profissionais, sobretudo nas fronteiras. Nós criamos recentemente o PROVAB – que é o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – dirigido aos médicos, enfermeiros e dentistas. Apostamos que pudesse minimizar um grande problema que temos que é a falta de profissionais nas regiões de fronteiras, mas não resolveu.

Penso que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes, que tem um Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal, que assumiu, com garantia constitucional, o desafio de realizar a atenção à saúde para todo esse contingente

populacional. Da vacina ao transplante, todos usam o SUS. Mesmo aqueles que têm plano de saúde privado usam o SUS.

Pelo fato de sermos um país federativo, o SUS é organizado de forma tripartite desde a gestão até o financiamento. Ou seja, toda a política deve ser pactuada com os gestores da união, dos estados e dos municípios.

Falando um pouco da organização do Ministério da Saúde (MS), nós temos em sua estrutura a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) que tem a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação para os trabalhadores da saúde no Brasil. Foi criada em 2003, reconhecendo a importância do trabalhador da saúde para a consolidação do SUS, pois até então, não existia uma secretaria específica, no Ministério, responsável pelo ordenamento dessas políticas. Subordinado a SGTES está o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que tem como missão discutir a democratização das relações de trabalho, a desprecarização e a humanização.

Na SGTES foi criado o Comitê de Desprecarização do SUS onde foi discutida a precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) que totalizam 290 mil trabalhadores no País. Até 2006, grande parte desses trabalhadores não possuía nenhum tipo de proteção social, pelo fato do seu vínculo trabalhista ser absolutamente precário. Portanto, a nossa tarefa lá no Departamento não é fácil, pois ainda existe muita mão-de-obra precarizada no Brasil, principalmente nas regiões fronteiriças.

O Brasil possui 14 profissões de saúde de nível superior regulamentadas. Essas estão relacionadas na Resolução nº. 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde¹. Existem 14 conselhos de categorias profissionais da área da saúde. O exercício profissional é regulado e fiscalizado pelos seus próprios conselhos. Temos aqui, uma situação bem complexa: os conselhos profissionais não só fiscalizam a atuação, mas também regulam a profissão de acordo com o mercado. São autarquias federais com instâncias estaduais e regionais. Então, eles não são o governo, mas são o Estado e não atuam junto com os gestores, atuam em raia própria defendendo, cada um, os interesses da sua própria profissão. Assim, temos situações que não se convergem e que é preciso muito diálogo para que nós possamos avançar quando discutimos a questão da regulação e da livre circulação de trabalhadores.

É importante destacar que na resolução anteriormente citada (Resolução nº. 287, de 8 de outubro de 1998) - não foi definida a questão dos técnicos, sendo necessário que esta venha para a pauta de discussão, para a agenda política do Conselho Nacional de Saúde. De fato, são poucas as profissões de saúde, do nível técnico, regulamentadas e as que existem, estão sob a tutela dos conselhos de categoria profissional. Entretanto, existem profissões da área de saúde de nível fundamental que estão regulamentadas: o ACS, o auxiliar de enfermagem e o auxiliar de saúde bucal. O ACS é considerado uma

¹ Participam do Conselho Nacional de Saúde gestores, trabalhadores e a sociedade civil organizada.

categoria profissional, no entanto, ele não é regulado. Ele só é uma categoria, mas não existe uma regulação no mercado para este profissional. Essa é uma categoria diferenciada, pois em menos de quatro anos conseguiu mudar a Constituição duas vezes, tanto do ponto de vista da profissão quanto do ponto de vista de piso, de carreira e assim por diante. É uma categoria que se impôs, que tem uma organização na jurisdição do seu município, do seu bairro, constituindo-se numa força política muito grande.

Temos também, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde (PROFAPS), que foi idealizado com base nos resultados obtidos com o projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE²). O PROFAPS foi desenvolvido em 2002 e está voltado para a capacitação de profissionais de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde, tendo por objetivo a formação técnica e/ou complementação para os profissionais que atuam nas equipes de saúde. Por meio dele, o MS constituiu uma rede de 36 escolas técnicas públicas que organizam e executam programas de formação técnica.

A formação técnica está na agenda política do governo, sendo bastante discutida no próprio Ministério da Saúde como no Ministério da Educação. O governo da presidenta Dilma tem dado enfoque na formação de milhares de profissionais técnicos para ingressar no mercado de trabalho, não só na indústria (apesar de principalmente nesta), mas também, em outros setores. Esse, portanto, é um momento importante para discutir como é que fica a regulação e a regulamentação dos profissionais técnicos e não técnicos. Digo “não técnicos” porque muitas das profissões que não são de nível superior estão no Cadastro Brasileiro de Ocupações, mas não estão reguladas e não há a regulamentação desses profissionais. Assim, quando formos discutir a questão da livre circulação, teremos dificuldade para discutir a matriz mínima para estas profissões. Este é um nó que teremos que desatar, e o Brasil tem essa dificuldade porque nem todas as profissões estão regulamentadas e reguladas.

Na última reunião da Subcomissão de Exercício Profissional do SGT 11, nós discutimos as profissões que estão sendo criadas em nossos países e que têm problemas. Aqui no Brasil, nós temos a obstetriz –um curso de nível superior que foi criado na Universidade de São Paulo. Contudo, os egressos desse curso não estão habilitados para exercer a sua profissão porque o Conselho Federal de Enfermagem entende que obstetriz é uma especialização da enfermagem e não uma profissão. Assim como este caso, nós temos outros cursos de profissões não regulamentadas (não só técnicas, mas de nível superior também) sendo criados, como por exemplo a optometria e a quiropraxia.

Para subsidiar o trabalho da Subcomissão de Exercício Profissional do SGT 11, o Ministério da Saúde criou o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, por intermédio da portaria nº 929/GM, de 02 maio de 2006, que tem por objetivos:

² O PROFAE foi um programa que visava a habilitação técnica profissional de auxiliares de enfermagem (ainda há em pequeno número atendentes de enfermagem) e foi bastante exitoso.

- Construir uma posição comum do Brasil por meio de debates realizados pelas instâncias que compõem o Fórum no que diz respeito aos itens da pauta negociadora;
- Apresentar proposições que auxiliem na formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde e,
- Elaborar propostas que auxiliem na definição e aplicação dos itens que compõem a agenda do trabalho do Fórum.

Participam do Fórum Permanente do Mercosul: o MS com várias secretarias, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o MEC, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os conselhos federais das profissões, as entidades sindicais nacionais e as entidades nacionais de estudantes da área da saúde. Após a nossa participação nas reuniões da Subcomissão do Exercício Profissional do SGT 11, solicitamos uma reunião com o Fórum para dialogar e pactuar a nossa posição frente às propostas discutidas.

De 2004 a 2011, discutimos, no interior do Fórum, a elaboração de uma matriz mínima que sistematiza e disponibiliza informações sobre profissionais que exercem ou pretendem exercer sua profissão no MERCOSUL. Essa matriz será indispensável para habilitar os profissionais do setor saúde, no exercício de suas atividades próprias e, se constitui num formulário onde todos os dados sobre as profissões devem ser preenchidos. Os dados constantes da Matriz Mínima dizem respeito à formação dos profissionais, sobre a revalidação de títulos, diplomas e certificados, destacando a instituição responsável pelo ato. Além disso, consta o registro de título, diploma e/ou certificado em outro país do MERCOSUL. A importância da matriz diz respeito às possibilidades de se estabelecer condições para o controle do fluxo dos profissionais de saúde entre os países, padronizar e trocar informações mínimas sobre os profissionais de saúde e seu trânsito, entre Ministérios da Saúde dos Estados Partes e, contribuir para o respeito dos pré-requisitos complementares exigidos em cada país, segundo a legislação nacional.

O Fórum Permanente do Mercosul, em comum acordo, decidiu que utilizaria a Plataforma Arouca³ como instrumento para o compartilhamento de informações profissionais a fim de se garantir a livre circulação de profissionais no âmbito do Mercosul, permitindo, assim, o destravamento da posição brasileira. A partir desta decisão é que o trabalho fluiu e vem avançando um pouco mais. Assim, além da aprovação da Plataforma Arouca e da finalização da matriz mínima, conseguimos discutir o processo da harmonização das profissões – sendo possível harmonizar, até agora, nove profissões de nível superior, a saber: Farmácia, Enfermagem, Bioquímica, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Fono-

³ A Plataforma Arouca é um sistema de informação onde se irá implantar e agregar todas as informações de todos os profissionais de saúde no Brasil.

audiologia e Fisioterapia. Cabe ressaltar que, no âmbito do Mercosul, também avançamos na definição de 42 especialidades médicas comuns (Res GMC 08/12).

Destacamos que no Brasil há uma questão específica no que se refere à Assistente Social que, somente para nosso País é considerada uma profissão da Saúde. Este foi um debate difícil no processo de harmonização das profissões no Brasil porque nem sempre os participantes do Fórum compreendiam que trabalhávamos na medida em que harmonizávamos com os demais países do Mercosul, haja vista as diferenças entre os nossos países .

Os Sistemas Nacionais da matriz mínima estão em fase de implantação em cada um dos países, sendo construída uma base de comunicação entre eles. A Argentina utiliza o Sistema Integrado de Informação Sanitária (SIISA); o Paraguai, o Sistema Integrado de Controle de Profissionais, Estabelecimentos de Saúde, Proteção Radiológica e Superintendência em Saúde (SICPESSS); e o Uruguai, o Sistema de Habilitação e Registros de Profissionais da Saúde (SHARPS) e o Sistema de Controle e Análise dos Recursos Humanos (SCARH).

Os próximos passos de nosso trabalho são:

- Harmonizar os requisitos para habilitação dos profissionais de saúde de formação técnica;
- Realizar pesquisa para avaliar a média salarial das carreiras profissionais em saúde já harmonizadas definidas nos Estados parte;
- Identificar estratégias que permitam favorecer o exercício profissional na zona interfronteiriça, e,
- Sistematizar a informação referida aos organismos reguladores da prática profissional.

Assim, na agenda para 2013 e 2014 está colocada a questão dos técnicos. Esperamos que na próxima presidência, que é do Uruguai, possamos iniciar o debate de como vamos trabalhar, tendo em vista as várias diferenças que foram apresentadas aqui, na formação e na regulação. Enfim, temos grandes desafios a enfrentar, tais como:

- Harmonizar a questão dos técnicos;
- Comparar os processos de acesso às especialidades e residências médicas;
- Promover programas conjuntos de treinamento em serviço e de fortalecimento das entidades de saúde formadoras de recursos humanos e à constituição de uma base comum de dados, e,
- Dar continuidade ao diálogo com os envolvidos no processo desenvolvendo o plano de trabalho proposto.

Espero que as informações aqui trazidas nos ajudem a refletir como trabalhar essa questão dos técnicos, visto que estes – sejam de nível médio ou de nível superior – constituem a maior parte da força de trabalho em saúde em nossos países. Portanto,

teremos que ter um olhar para estes trabalhadores e, talvez, tenhamos deixado, propositadamente, esse assunto para ser debatido depois por ser o mais complexo.

Neste sentido, avalio que este Seminário tem sido importante por nos permitir assimilar informações que nos possibilitem provocar o debate junto aos conselhos – não só o Conselho Nacional de Saúde, mas os conselhos dos secretários municipais, dos secretários estaduais – porque todos estão envolvidos neste processo.

Muito obrigada!

La situación de Uruguay

Anibal Suarez

Buenas tardes a todos y todas. Les agradezco la invitación a participar de este Seminario. Vine muy a gusto y me encuentro muy bien entre ustedes.

Intentaré desarrollar una serie de temas sin reiterar algunos aspectos ya presentados en el día de ayer por los compañeros de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Universidad de la República, especialmente en lo referente al Sistema Educativo Uruguayo y a las presentaciones de hoy por la mañana, de Miraci e Isabel, sobre el MERCOSUR SGT11, los logros obtenidos y los temas pendientes. Voy a referirme a algunos aspectos y desafíos de nuestro Sistema de Salud que a mi parecer, tenemos por delante para alcanzar la verdadera integración regional y a la libre circulación de profesionales. Estoy contento de no ser el último porque, por el orden alfabético, Uruguay siempre es el último, lo que quiere decir que tenemos a Venezuela entre nosotros, lo que me alegra mucho. Estoy seguro de que otros países se irán integrando también al MERCOSUR.

Uruguay tiene tres millones cuatrocientos mil (3.400.000) habitantes, con una división político-administrativa de 19 intendencias y reciente se han creado 74 municipios, resultado de un proceso de descentralización aún en desarrollo.

En el año 2005, comenzamos con la Reforma de la Salud orientada por un conjunto de principios a partir de los cuales se normatiza, por primera vez en nuestro país, que la salud es un derecho humano fundamental. Este derecho como tal no estaba explicitado como tal hasta el inicio de la Reforma de la Salud, ni siquiera en la Constitución de la República. Es acompañado de una serie de principios como la universalidad, la accesibilidad, la calidad de la atención, la participación social, la continuidad y la complementación asistencial, además de otros también señalados en la ley. Para dejar

atrás el modelo anterior de salud, cuyo enfoque era hospitalocéntrico, fragmentado y que no respondía a las necesidades de salud de la población, se construye el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y se plantean tres ejes del cambio: el cambio de los modelos de atención, de gestión y de financiamiento.

Estos ejes se están desarrollando. Tenemos muy avanzado el cambio del modelo de financiamiento, con la creación de un Seguro Nacional de Salud, centralizado por el Estado y basado en la seguridad social. Este cambio ha incorporado, progresivamente, diversos colectivos, comenzando por los hijos de los trabajadores, los profesionales públicos y, en este momento, se está integrando progresivamente a los jubilados y a los conyugues. Esto va a llevar, en dos años más, a integrar al Seguro Nacional de Salud al 95% de la población. Estamos en un proceso arduo de trabajo para modificar los modelos de atención y de gestión, que son los más complicados pues implican a la organización en sí del sistema de salud. De todos modos vamos avanzando.

En todo este proceso de Reforma también vamos hacia el fortalecimiento del rol rector del Ministerio, que estaba muy debilitado, con muchas debilidades institucionales, en especial en la gestión de los recursos humanos, aspecto que trabajamos con más fuerza desde 2010, y que más adelante detallaré en qué forma lo estamos desarrollando.

Nosotros tenemos un sistema mixto en que hay prestadores estatales y prestadores privados. No obstante, entendemos que es un Sistema Público, en el sentido que está centralizado y controlado por la Junta Nacional de Salud, desde el Ministerio de la Salud y con financiamiento en el Seguro Nacional de Salud. Son cuarenta y seis prestadores integrales privados y tres estatales. En este proceso de fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria se modificó la estructura y se creó la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y dentro de ella, la División de Recursos Humanos (RRHH) del Sistema. El objetivo general de esta División es aportar a la construcción y diseño de políticas para el desarrollo de los RRHH en Salud, acorde a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del Sistema y las expectativas y derechos de los usuarios del Sistema.

La División de Recursos Humanos del SNIS tiene una serie de objetivos específicos con los cuales pretendemos:

- Identificar y monitorear los aspectos demográficos, políticos, sociales y sanitarios de la oferta y la demanda de los RRHH, detectando los problemas asociados a la distribución y disponibilidad de los mismos en el territorio, por especialidad y por nivel de atención;
- Diseñar y proponer políticas tendientes a mejorar la gestión, dotación y distribución de los trabajadores de la salud, atendiendo a los aspectos vinculados a su formación y capacitación, inserción laboral y ejercicio profesional;
- Desarrollar y conducir el nuevo Observatorio de RRHH en Salud;

- Diseñar sistemas de información potentes (tenemos dos Sistemas de Información: el Sistema de Registro SHARPS y el SCARH que releva lo que sucede en el mercado de trabajo);
- Aportar a la elaboración normativa específica para el campo de los Recursos Humanos en Salud;
- Contribuir para la prevención y la solución de los conflictos en el campo de los Recursos Humanos en Salud;
- Aportar a la regulación y control de los Recursos Humanos del SNIS.

El Observatorio de Recursos Humanos es un ámbito de coordinación con los distintos actores relevantes, que se dedica a la generación, análisis y difusión de conocimiento para la formulación e implementación de políticas, tanto a nivel micro como macro, en materia de recursos humanos en salud. Su construcción viene haciéndose de modo participativo y consensado con diversos sectores académicos y profesionales. Para ello es necesaria una coordinación intrainstitucional – entre el Ministerio, sus dependencias y la Junta Nacional de Salud –, y una interinstitucional con actores públicos y privados implicados en el campo de RRHH.

La División de Recursos Humanos del SNIS consta de tres Departamentos: Habilitación y Control de Profesionales, Mercado de Trabajo y, finalmente, Educación y Formación. El diseño es similar al de los Ministerios de Argentina y Brasil, entre otros de Latinoamérica que hemos tomado como ejemplo.

Bien, ¿qué escenario tenemos planteado a la hora de trabajar la formación, la regulación y el control del ejercicio profesional? Es un poco lo que tiene planteado esta mesa hoy. Nosotros tenemos, en lo que se refiere a la educación y a la formación de los recursos humanos en salud, una autoridad sanitaria compartida con la Universidad de la Republica (UdelaR) y con el Ministerio de Educación y Cultura. Puede parecer bastante sencillo comparado a la realidad de los otros Ministerios de la región. Es decir, tenemos una Universidad que cumple un rol hegemónico en la materia, de la cual lo que viene se aprueba para el ejercicio tal cual como viene, sin discusión. También tenemos el Ministerio de Educación y Cultura, que se encarga del control de la educación privada, sea universitaria, sea en lo referido a las escuelas de enfermería. En este caso, lo que viene se registra y se habilita para el ejercicio y luego compartimos una serie de ámbitos, en lo que refiere al Sistema Nacional de Residencia Médica, a comisiones de intercambio en los aspectos de formación en el área de enfermería, entre otros espacios. Sin embargo, el desbalance entre la UdelaR, dado el peso y antigüedad que tiene instalada en estos temas, genera dificultades para que el Ministerio haga valer sus posiciones, en el sentido de orientar la formación universitaria, hacia las necesidades del sistema y de la población. Sabemos que, aún basadas en la autonomía, a veces las Universidades desarrollan un camino propio por el cual generan formaciones que no siempre responden a necesidades del sistema, sino que a necesidades internas o de demanda del mercado. Obviamente las universidades están atravesadas por necesidades de mercado, lo que genera

este tipo de situaciones, y cuando se quiere corregir, las universidades se amparan en la autonomía. Ahí hay que seguir conversando, pero hay buena disposición del rector y los decanos que están en el área de la salud y se logran acuerdos.

Como todos los países, tenemos problemas de distribución de recursos humanos, en el territorio, por disciplina, por sector entre lo público y lo privado, y por nivel de atención. Cuesta muchísimo desarrollar el primer nivel de atención, más aún viniendo de un modelo tradicional hospitalocéntrico. Aquí planteo una serie de preguntas: ¿la oferta que generan las universidades públicas y privadas responde a necesidades de la población y del nuevo Sistema, o responden a necesidades del modelo tradicional? ¿Responden ellas al cambio o mantienen la tradición y las rigideces que ya mencionamos? ¿Manda el mercado en los aspectos de formación? Yo creo que muchas veces sí. Eso está planteado muy claramente en Uruguay y cuesta muchísimo pegar un giro y lograr que, por ejemplo, una facultad de medicina abra una segunda cátedra de fisiología. Para lograr cambios de este tipo hay que conversar mucho sobre estos aspectos y acorralar el tema entre varios para lograr cambios.

¿Y cómo regulamos esta situación? ¿Podemos hacerlo? ¿Tenemos las herramientas o la voluntad política y la capacidad de conducción del proceso? ¿O no las tenemos? Es algo que estamos tratando de construir a partir de estas herramientas que hemos generado, como es esta nueva División de RRHH del Sistema, así como la Dirección General del SNIS, que están abordando estos temas en conjunto y generando capital social y capacidad de conducción técnica para llevarlo adelante.

En el ámbito de la integración regional, el trabajo del SGT11, creo que todos querríamos que los ritmos fueran más rápidos, en el sentido de avanzar en la integración, preservando la calidad de la formación, pues no podemos dejar expuesta a la población a profesionales que no están debidamente formados. Los ritmos a veces son demasiado lentos y nos exacerban.

¿Cómo se pasa de la acreditación al reconocimiento? Por ejemplo, hay una serie de mecanismos de acreditación regional, hay un conjunto de facultades, tanto públicas como privadas, que están haciendo sus procesos de acreditación, que tienen que renovarlos a cada seis años. Lo estuvimos hablando con el Ministerio de Educación y Cultura, y uno de los problemas es que nunca pudimos pasar al reconocimiento en otro país, por más que ese título haya sido expedido por una facultad acreditada.

Creo que debemos explorar otros caminos que posibiliten el ejercicio profesional en nuestros países, porque a este ritmo vamos muy lento. Reitero, respetando y preservando la calidad de la formación. Hay convenios bilaterales que ya funcionan. Por ejemplo, el director de la Licenciatura en Fisioterapia, Carlos Planel, que está aquí, me plantea que tiene dos reválidas en carpeta sobre fisioterapia, una argentina y una brasileña, para estudiar. Iniciará un proceso que le llevará unos seis meses, más o menos. Sin embargo, con Chile tenemos un convenio del año 1918 que está vigente, por el cual todos los títulos de grado se reconocen y revalidan automáticamente en Uruguay. Tam-

bién tenemos un intercambio interesante con la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba en la cual formamos una cantidad importante de médicos uruguayos – más de 150 –, y que revalidan su título en Uruguay en dos meses.

Esto parece una contradicción: ¿Son mejores los profesionales chilenos que los que se forman en Argentina o en Brasil? ¿Son mejores los que se forman en Cuba y pueden ejercer libremente? ¿Qué está sucediendo? Eso nos hace pensar que hay que romper con algunos esquemas.

Lo mismo con los técnicos. Tenemos que buscar alguna forma de romper con estos temas y avanzar rápidamente. Y aquí viene la pregunta ¿Vamos a terminar con la armonización para luego lograr la libre circulación de profesionales o tendremos que recorrer otros caminos, inversos, para avanzar en la libre circulación y después armonizar? No sé si ese es el proceso europeo, en alguna medida, que permitió el libre ejercicio y la circulación y luego intentó armonizar, por medio del proceso de Bologna – a pesar de los problemas que pueda tener, como los intentos de privatización de la educación, que también están incluidos –, pero lo están haciendo. Yo me pregunto, nuestros médicos y nuestros técnicos ¿pueden ejercer perfectamente en España y no pueden ejercer en el MERCOSUR? Son cosas que como que no cierran, no tienen sentido.

El Ministerio no tiene una posición tomada sobre la libre circulación de los profesionales en el MERCOSUR. La estamos construyendo. Estamos recogiendo elementos y conversando, para tomar en cuenta todas las opiniones de la sociedad, de la academia, de los sindicatos, para después resolver como autoridad sanitaria. Estamos en la etapa de construcción desde lo técnico, digamos que de abajo hacia arriba, hasta llegar a la instancia de decisión política ministerial, en conjunto con el Ministerio de Relaciones Exteriores, que es el que lidera este proceso.

Últimamente se está desarrollando un trabajo entre el gobierno de Uruguay y el Gobierno de Brasil para avanzar en este punto de la libre circulación. Hay voluntad de ambas partes, no sólo para los profesionales, sino en general para los recursos humanos, en el sentido de que el trabajador tiene el derecho de ejercer más allá de las fronteras, y esto aún no es permitido.

Ahora bien, la libre circulación tiene algunos dilemas que hay que resolver. Por un lado es un derecho del trabajador de la salud: el poder ejercer en otros países. Pero hay que ver en qué medida este derecho no colide con otros derechos. Con el derecho de la población a tener una atención sanitaria suficiente adecuada y de calidad y un adecuado cuidado de su salud. Para lo cual es necesario mantener la dotación y la conformación del equipo de salud, evitando una emigración masiva de profesionales hacia otro país. Existen ejemplos a lo largo y ancho de la historia de Latinoamérica y del mundo, con políticas de reclutamiento salvaje. Nosotros tenemos que tratar de no seguir esos caminos. Tenemos que buscar acuerdos, tenemos que buscar que nuestro sistema de salud no se desestabilice. Y eso es un dilema entre derechos, el de la po-

blación, por un lado, a mantener su sistema de salud funcionando con calidad y por otro lado el derecho del profesional de circular, de poder formarse en otros ámbitos, de conocer otras experiencias y, dentro de lo posible también, devolvérselo a su país, manteniendo una vinculación o retornando.

Otro dilema es mantener la calidad de la formación para abrirse al libre ejercicio, porque si nos abrimos y se ven estos problemas que hoy tenemos de diferencias en la formación, también podemos exponer a nuestra población a un recurso humano que no tenga la calidad necesaria. Tenemos que resolver estos problemas para avanzar, teniéndolos en cuenta, logrando un equilibrio entre los derechos individuales y los colectivos.

Quería también referirme a algunas herramientas recientes, como el Código de Prácticas de Reclutamiento de Personal de Salud de la OMS, que es voluntario –Uruguay lo ha firmado – que nos puede ayudar a buscar este tipo de acuerdos de complementación, de contrapartidas, para evitar que sea perjudicada la población de nuestros países. Tenemos una experiencia interesante con Portugal de hace unos años, en la cual enviamos un conjunto de médicos uruguayos a trabajar en emergencias hospitalarias, y recibimos médicos portugueses para trabajar en trasplante de hígado que se instalaron en dos hospitales públicos. Tuvo excelentes resultados para ambas partes. Son experiencias que puedan realmente ayudarnos en la integración regional.

Para concluir:

No podemos pretender que la libre circulación sea únicamente una solución a nuestros propios problemas de dotación de recursos humanos.

Se puede avanzar hacia la libre circulación, y creo que cada país del MERCOSUR tiene que realizar esfuerzos para romper las barreras que hoy nos impiden contar con los recursos humanos en salud necesarios.

Gracias.

La situación de Venezuela

Domingo Khan

Buenas tardes a todos. Gracias a los organizadores por la invitación y en especial a todo el equipo de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venancio. Verdaderamente para mí es un placer y un honor estar en una escuela tan reconocida por sus investigaciones en el área de Salud Pública.

Represento a la Dirección de Investigación y Educación del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) hemos estado esperando este momento, la incorporación definitiva al MERCOSUR desde hace mucho tiempo y, cada vez que este organismo indicaba un trabajo, el Ministerio en conjunto se avocaba a cumplir la tarea asignada.

Hablaré un poco del proceso para obtener el reconocimiento, la certificación y la habilitación del personal de salud en nuestro país. Ayer se hablaba de la formación de los profesionales y de los técnicos, del gran desafío que significa incorporar en esta formación conocimientos de los aspectos ético-sociales, políticas y programas de salud públicas que se desarrollan en el país, de manera a que puedan participar con una mayor sensibilidad, convicción y entrega en el desempeño sus respectivas profesiones.

Desde hace unos años, como ustedes saben, en Venezuela se ha desarrollado un proceso de transformación con una nueva visión estratégica de país que descansa en los caminos de justicia social, equidad y solidaridad entre los seres humanos y las instituciones de la República.

El Proyecto Nacional “Simón Bolívar”, primer Plan Socialista para el desarrollo económico y social de la nación en el periodo 2007- 2013, aprobado en septiembre del 2007, define las directrices para la construcción del Socialismo del siglo XXI en la República Bolivariana de Venezuela. La Suprema Felicidad Social es la directriz dentro del proyecto, orientada hacia el desarrollo social y definida como: “La visión de largo

plazo que tiene como punto de partida la construcción de una estructura social incluyente, formada por una sociedad de incluidos, un nuevo modelo social, productivo, socialista, humanista y endógeno, donde todos vivan en similares condiciones”. Es importante que ustedes sepan que, cuando están en Venezuela, todas las políticas dialogan con esta terminología, que está prácticamente incorporado a todos los programas.

La democracia protagónica revolucionaria es un modelo productivo socialista y una nueva geopolítica nacional que trata de distribuir todos los servicios en todos los estados y afianzar, a través de la formación en esos lugares, la incorporación del servicio. La construcción de un mundo multipolar implica la creación de nuevos polos de poder que representen la ruptura de la hegemonía unipolar en búsqueda de la justicia social, la solidaridad y las garantías de paz bajo la profundización del diálogo fraterno entre los pueblos, su autodeterminación y respeto de las libertades. Esta visión está plasmada, en lo que se refiere a Salud, en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

El artículo 83 define que “la Salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado que la garantiza como parte de derecho a la vida”. Según el artículo 84 –que garantiza el derecho a la Salud – el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo. En el artículo 85 está dispuesto que el financiamiento del Sistema Público de Salud es responsabilidad del Estado e integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantiza un presupuesto para la Salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. Aquí viene el porqué, en nuestro país, la formación del equipo de salud es gratuita y más de 90% de esta labor es desarrollada en instituciones públicas.

Reposan en nuestra Constitución las responsabilidades y gracias a que poseemos también una serie de transformaciones en cuanto a los recursos que se desarrollaron durante este siglo XXI en nuestro país, hemos podido tratar de fortalecer el sector salud.

Ahora, en cuanto a la rectoría, el Ministerio del Poder Popular para la Salud tiene el mandato de regular el Sistema de Salud según la Constitución de la República Bolivariana de 1999, lo que involucra a todo el sector, incluyendo los establecimientos públicos y privados que presten servicios de salud, así como el financiamiento de la salud pública en el país. El Ministerio orienta objetivos y procesos imperativos, éticos y políticos para dar respuestas a las necesidades de mejor calidad de vida en lo que se refiere a la salud y a sus determinantes, con base en la garantía universal de los derechos y el combate a las iniquidades sociales.

Los técnicos medios y técnicos universitarios

Los Ministerios de Educación son los que acreditan o titulan. Los técnicos medios tienen su formación avalada por el Ministerio del Poder Popular para la Educa-

ción y los técnicos universitarios por el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria.

Ambos Ministerios con competencia en educación proporcionan reconocimientos o títulos, la Dirección de Investigación en Educación en conjunto con la Contraloría Sanitaria del MPPS, evalúan dichas credencial en forma individual, posterior a este procedimiento se hace el registro y se otorga la habilitación para ejercer.

Hubo un momento en que las universidades y las escuelas técnicas no formaban suficiente personal para satisfacer las necesidades del personal de salud del país. El Estado, a través del Ministerio de Salud, tuvo que desarrollar a la brevedad posible una política de formación de recursos humanos para dar capacitación y formación asistencial en las áreas técnicas de la salud: Enfermería, Asistentes de Laboratorio, Hematología y Radiología. Momento en el cual hubo grandes diferencias entre las universidades y la posición que asumió el Estado como ente rector de todas las políticas en Salud para asegurar la atención de la población venezolana. Pasó también con algunas especialidades médicas, desarrollándose residencias asistenciales programadas en hospitales de cuatro niveles en las diversas regiones del país. La Dirección de Investigación y Educación del MPPS exigió el programa o el pensum de cada una de estas residencias para poder avalarlas y financiarlas. Además, la Dirección juntamente con la Contraloría Sanitaria tenía que verificar si el lugar donde se desarrollaba el curso tenía las condiciones, los equipos y los profesores adecuados para la formación.

Digamos que, con base en las necesidades, hubo una separación y después vino un periodo de volver a reencontrarnos ya que un gran número de estas residencias han obtenido la acreditación Universitaria. Sin embargo, tenemos claro que los rectores en el área de educación son el Ministerio de Educación y el Ministerio de Educación Universitaria. Sin embargo, hubo momentos históricos en los que fue necesario que el Ministerio del Poder Popular para la Salud, como órgano rector, asumiera la formación de los grupos que necesitábamos.

También se han creado escuelas técnicas que llaman Robinsonianas y Zamoranas en estos últimos años. Son escuelas técnicas públicas que comienzan, a partir de la educación media, a desarrollar algunos tipos de carreras técnicas.

En Venezuela tenemos técnicos superiores en Inspección Sanitaria, además de Enfermería, Administración de Salud Hospitalaria, Emergencia Pre-Hospitalaria, Gerencia de Proceso Hospitalario, Información de la Salud, Citotecnología, Enfermería, Terapia Ocupacional, Gestión de Salud Pública, Mecánica Dental, Radiología e Imagenología, Tecnología Cardiopulmonar y Terapia de Lenguaje. Se observa que en el Distrito Capital, el Distrito Federal para ese momento, es donde se concentra la mayor cantidad de Institutos Universitarios para formar estos técnicos superiores. Con la incorporación de las nuevas Universidades Bolivarianas, se abre el camino a los estudios municipalizados aumentando la matrícula para el estudio de estas carreras.

Contamos también con un grupo de Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud. Este es un programa dirigido a jóvenes o adultos que hayan cursado el bachillerato y puedan desarrollar la asistencia de las políticas de salud en áreas de población rural dispersa, indígena y campesina, ya que en estas regiones no contábamos con personal que pudiera realizar esas funciones.

En 1962, José Ignacio Baldo apoyado por Arnoldo Gabaldon inicio en el Alto Orinoco la experiencia de formación que se convertiría en un aporte de Venezuela al mundo contribuyendo con la práctica y experiencia en la conceptualización de la Atención Primaria en Salud que en 1978 en Alma Ata se convertiría en un hito de Equidad en Salud Publica Internacional. La revisión y adaptación de los llamados Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS) dio paso a los Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud (ACAPS) este nuevo curso se basa en la andrología e interculturalidad. En 2008, egresó la primera promoción en Amazona y, a la fecha (junio 2012), se han formado 2.430 ACAPS en todo el país (20 estados). Parte de ese programa se desarrolló gracias a lo que denominan aquí en Brasil “Agentes Comunitarios”. Es un personal valioso, los ACAPS fortalecen la atención primaria en áreas rurales, complementando al equipo de salud, tenemos que desarrollar su inserción en las carreras de nivel técnico. Sería interesante saber cómo se hizo esta inclusión en Brasil o en otros países del MERCOSUR. Esa metodología sería interesante porque son personas que tienen una sensibilidad especial y participan del desarrollo de todas las actividades preventivas en esas comunidades.

Observando que, dentro de nuestras instituciones, existen técnicos que no han tenido la certificación como Asistente de Laboratorio Clínico, Farmacia, Nutrición y Dietética, Registro e Información en Salud, Emergencia Pre-Hospitalaria e Información y Estadística de Salud, desarrollamos un programa de capacitación para ese personal. Las primeras formaciones y capacitaciones van dirigidas al personal que está en la institución para fortalecer y dar reconocimiento a los que ya laboraban por muchos años, es decir, darles un sentido de pertenencia. Entretanto, percibimos que cuando enviamos el programa a nuestras instituciones hospitalarias hubo una captación de profesionales fuera del plantel de las instituciones.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud autoriza a los centros de salud del Sistema Público Nacional de Salud a dictar cursos de asistente del área de salud otorgando la certificación, que no es conducente a grado académico, siempre y cuando hayan cumplido las normativas establecidas por este órgano rector. Estos cursos están también orientados a bachilleres.

Certificamos también los cursos de camilleros, que son los encargados de trasladar a los pacientes, porque a veces nos quedamos solamente con las profesiones más destacadas y llamativas, olvidamos, por ejemplo, a este personal que son de vital importancia en las instituciones hospitalarias. A este grupo, por veces, nadie le presta atención y establecimos cursos para que entiendan su importancia en la atención al paciente en los hospitales o en los servicios primarios de salud.

Establecimos un convenio con Cuba para la formación de técnicos en el área de mantenimiento de equipamientos. Se tomó esta iniciativa prácticamente a los pocos meses de una gran inversión del Estado en instrumentos para nuestros hospitales, pues observamos grandes pérdidas porque las máquinas de anestesia y desfibriladores se dañaban y no tenían un personal que rápidamente hiciera un diagnóstico y/o pudiera trabajar en el mantenimiento.

Con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria se hicieron las mesas de trabajo para Enfermería Integral Comunitaria, Histo-Citotecnología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Órtesis y Prótesis, Optometría y Óptica y Nutrición y Dietética. Este MPPS otorga la autorización de gestión de los programas nacionales de formación a las instituciones de Educación Universitaria, previo cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos para tal responsabilidad. Estos proyectos educativos conducen a certificación de estudios y al otorgamiento de títulos académicos de Técnico Superior Universitario y Licenciado.

Una característica esencial de los Programas Nacionales de Formación es el reconocimiento y la acreditación de experiencias formativas en distintos ámbitos del área de salud. Tenemos claro que la autoridad y la competencia para el control del ejercicio de las profesiones en el área de la salud es del Ministerio del MPPS, a través de: Dirección General de Investigación y Educación y el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud).

Los profesionales habilitados son: los formados y aprobados por el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria y las Instituciones Médicas acreditadas por el MPPS para las especialidades no conducentes a títulos a través de la Dirección General de Investigación y Educación quien remite autorización mediante comunicación al servicio autónomo de Contraloría Sanitaria quedando registrado debidamente para el ejercicio.

Trabajamos en las tareas que el MERCOSUR nos asignó. Las preguntas que fueron formuladas con relación a la homologación y a la habilitación fueron respondidas, pues es más fácil para nosotros que en otros países, porque tenemos el registro y ejercemos la rectoría. Actualmente en la República Bolivariana de Venezuela se presentan grandes retos pues como les he comentado el cumplimiento de los programas y políticas de salud del Estado, así como las respuesta en formación de las Universidades, las Escuelas Técnicas, Instituciones hospitalarias, etc. que exigen que el órgano rector que es el Ministerio del Poder Popular para la Salud de las directrices y ejerza su función, además de incorporar al personal preparado al Sistema Público Nacional de Salud.

Les agradezco su cordial atención.

ANEXOS

ANEXO I

PROGRAMAÇÃO DO II SEMINÁRIO INTERNACIONAL FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO MERCOSUL

QUARTA-FEIRA, 28 DE NOVEMBRO

9h30h – Abertura

Mesa de abertura

10h – Conferência de Abertura Prof. Helion Povoá “As políticas de migração no contexto da mobilidade de trabalhadores no Mercosul”.

11h – Debate

12h – Almoço

13h30 – Apresentação dos resultados da pesquisa multicêntrica “A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional”. Equipes de pesquisa de Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai.

16h15 – Debate

17h – Encerramento

QUINTA-FEIRA, 29 DE NOVEMBRO

9h30h – Painel: “Os desafios e as perspectivas da livre circulação dos trabalhadores técnicos em saúde na interface do Mercosul Laboral, Mercosul Educacional e Mercosul Saúde”.

Participantes:

Beatriz Fajian – PIT-CNT, Uruguai;

Isabel Duré – Representante da Rep. Argentina no SGT11 Mercosul Saúde;

Representante no Mercosul Educacional [MEC Brasil];

Mediador: Carlos Gerardo Einismann – Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear (AATMN).

11h – Debate

12h – Almoço

13h30 – Painel: “Avanços no processo de negociação relativo à formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do MERCOSUL”.

Participantes: Representações nacionais no SGT11 -Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional:

Isabel Duré (DNCHSO/Ministério de Saúde) – Argentina;

Miraci Astun (SGTES/Ministério da Saúde) – Brasil;

Anibal Suarez (Ministério de Saúde Pública) – Uruguai;

Domingo Khan (Ministerio del Poder Popular para la Salud) – Venezuela.

Mediadora: Anamaria Corbo.

16h – Debate

17h – Encerramento

SEXTA-FEIRA, 30 DE NOVEMBRO

9h – Apresentação de comunicações livres

Eixo 1 – Formação e certificação dos trabalhadores técnicos.

“A formação profissional dos trabalhadores técnicos em análises clínicas no Brasil”. Bianca Veloso e Flávio Paixão.

“Cambios en la visibilidad de los Técnicos de la Salud en la Argentina 2008-2012”. Carlos G. Einisman.

“A educação profissional no estado do Rio de Janeiro: estudos iniciais sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde nas instituições de ensino autorizadas pelo CEE-RJ”. Luís Carlos Ferreira.

“A Educação Profissional em Citotecnologia no Brasil: dos anos 60 aos dias atuais”. Simone Maia Evaristo.

“A qualificação profissional do ACS no estado do RS: possibilidades e desafios”. Fernanda Carlise Mattioni.

Mediadora: Anakeila Stauffer

10h30 – Eixo 2 - Modelos Formativos

“A abordagem por competências em currículos de formação técnica na Saúde”. Ondina Canuto.

“Metodologia Problematizadora como estratégia de ensino e de aprendizagem na formação de nível técnico”. Kellin Danielski e Daniela M. de Souza.

“Reflexões sobre a formação do trabalhador técnico de nível médio em saúde – enfermagem: afastamentos e aproximações às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Adriana Kátia Corrêa.

“Etnografias profissionais e questões teórico-metodológicas na investigação do trabalho social: proposta de releitura do trabalho em saúde no Brasil a partir da experiência de Portugal”. Marise Ramos.

“A construção do processo pedagógico no curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde na Escola GHC: estratégias de avaliação dos modos formativos”. Andiará Cossetin.

Mediador: Claudio Barría

11h45 – Debate

12h30 – Almoço

14h – Debate e aprovação do Segundo Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul.

17h30 – Encerramento

ANEXO II

II DOCUMENTO DE MANGUINHOS SOBRE A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO MERCOSUL

O presente documento constitui um registro das principais questões abordadas durante o Segundo Seminário Internacional sobre Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul. Sem assumir um caráter prescritivo para os representantes nacionais participantes do evento nem para as políticas desenvolvidas pelos países, ele procura oferecer um balanço dos últimos quatro anos no que se refere a uma problemática de incipiente tratamento no âmbito do processo de integração regional em curso.

Após quatro anos da realização do Primeiro Seminário Internacional e do Primeiro Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul, os participantes do Segundo Seminário Internacional sobre Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul, reunidos em Manguinhos, Rio de Janeiro, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/FIOCRUZ, durante os dias 28 a 30 de novembro de 2012, tendo debatido ao longo desses dias sobre as características, obstáculos e possibilidades da Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde nos países membros do bloco e no processo de integração regional em curso, fazem públicas as seguintes considerações:

a. A integração regional: balanço e diagnóstico

1. Ao longo dos quatro anos transcorridos desde o I Seminário, verificam-se mudanças importantes na configuração do MERCOSUL, assim como novas iniciativas e experiências de integração regional que vem somar especificidades ao particular momento histórico presente, atravessado pelas determinações e contradições de uma crise econômica e financeira, cuja dinâmica e abrangência afeta, de forma direta ou indireta, todos os países do globo. Nesse contexto, verificam-se, também, alguns avanços e a persistência de alguns entraves no processo específico de integração representado pelo MERCOSUL.

2. As mudanças na configuração do MERCOSUL atendem a dois processos gerais de desigual abrangência e importância. Em primeiro lugar, as recentes mudanças na composição do bloco, com a suspensão do Paraguai por “alterações da ordem democrática” e a inclusão da República Bolivariana da Venezuela como membro pleno do bloco, introduzem novos desafios, perspectivas e complexidades em um processo iniciado há 22 anos e que mantém a primazia dos objetivos de integração comercial e econômica entre seus países membros. A reafirmação da cláusula democrática implica um avanço importante na consciência regional

do bloco pela defesa conjunta do estado de direito como pressuposto para qualquer processo de integração que tenha como referência o respeito aos direitos humanos e de cidadania do conjunto da população. A incorporação de um novo membro ao bloco coloca novos e importantes desafios de adaptação e conhecimento mútuos, pela particularidade do processo venezuelano de construção do “socialismo do século XXI”. Em segundo lugar, o arcabouço institucional do processo de integração ficou mais complexo com a progressiva introdução de novas instâncias e mecanismos de regulação e negociação, priorizando áreas específicas.

3. Ao mesmo tempo, a criação da UNASUL (União de Nações Sul-Americanas) como iniciativa de integração concomitante e complementar ao processo iniciado pelo MERCOSUL, parece indicar uma certa divisão de tarefas entre ambos, podendo contribuir para a potencialização de alguns processos. Nesse sentido, a UNASUL representa um esforço de integração de conteúdo mais político e social que comercial e econômico, ancorada numa perspectiva de cooperação estratégica. No que diz respeito ao tratamento do campo da saúde, por exemplo, a UNASUL imprimiu maior dinamismo ao processo de definição de princípios que nortearão a integração regional, baseada na garantia de direitos, na universalização da atenção básica e no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, com implicações diretas na formação e gestão da força de trabalho em saúde necessária e existente. Nesse sentido, o Plano Quinquenal 2010-2015 do Conselho Sul-Americano de Saúde (abril de 2010) e a “Declaração do Conselho sobre o Fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde”, assinada em dezembro passado em Montevideu, constituem balizas e metas para atuação regional que incorporam os processos de negociação realizados no âmbito do Mercosul, numa perspectiva de integração mais ampla e abrangente, equalizando os desafios em novas perspectivas.

4. Em que pesem as especificidades da nova conjuntura regional, alguns dos entraves identificados no processo de integração representado pelo MERCOSUL há quatro anos persistem. O caráter intergovernamental que tem assumido o processo de negociação e a pouca capilaridade social da integração; as assimetrias estruturais e as profundas desigualdades políticas, sociais e culturais, produto de processos históricos diferenciados e de particularidades socialmente construídas entre os países que conformam o bloco; o ainda profundo desconhecimento mútuo entre os seus países membros, sobretudo naqueles aspectos que resultam essenciais para a implementação de uma efetiva integração que tenha como eixo seu caráter eminentemente social, são exemplos de problemas não superados que ainda deverão ser enfrentados se o objetivo do processo se orientar para um projeto de integração, que propicie uma melhoria efetiva das condições de vida das populações desses países, baseada na garantia de direitos fundamentais como a saúde, a educação e o trabalho.

5. Tendo em vista esse objetivo, para que a integração da América Latina ultrapasse o caráter retórico ou utópico, será necessário superar as lógicas estritamente nacionais para ca-

minhar rumo à construção de uma lógica regional que contemple uma base comum de direitos e garantias para todos os habitantes dos nossos países, independentemente da coincidência entre o local de origem e o local de residência. Nesse sentido, reafirmamos o entendimento de que, enquanto meta do processo de integração, a livre circulação de trabalhadores e de pessoas constitui um horizonte de longo prazo, que deveria estar baseado em normas comuns prévias e claras que evitem a fragilização de populações migrantes historicamente fragilizadas, ao mesmo tempo em que protejam os esforços nacionais de formação e fixação de força de trabalho para um desenvolvimento regional equilibrado e autônomo.

b. Os trabalhadores técnicos de saúde no processo de integração

6. No que diz respeito à problemática dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do processo de integração, verificam-se avanços importantes com relação ao diagnóstico realizado há quatro anos. Especificamente, observa-se uma articulação crescente e sustentada entre órgãos setoriais de negociação sobre educação e saúde, na perspectiva de compreender, de maneira integrada, formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores da saúde em âmbito regional. Embora a ênfase esteja colocada, ainda, nas especialidades médicas e em algumas outras profissões de nível superior consideradas prioritárias, verifica-se a incorporação das “profissões” técnicas nas pautas de trabalho das instâncias correspondentes. Entretanto, os diferentes ritmos de avanço e as diferentes ênfases das negociações rumo à definição de diretrizes políticas comuns em cada uma dessas áreas ainda condicionam a capacidade de formulação de políticas regionais sobre o tema.

7. Algumas iniciativas de pesquisa comparada e interinstitucional, começam a fazer um diagnóstico sobre quem são, o que fazem e onde estão os trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul, permitindo delinear a silhueta do invisível. Do ponto de vista da formação desses trabalhadores, observa-se uma forte concentração geográfica das instituições formadoras nos grandes centros metropolitanos, indicando uma distribuição desigual da força de trabalho, embasada nas desigualdades regionais presentes em cada uma das realidades nacionais. Observa-se, também, na maior parte dos países, a forte presença do setor privado na oferta de formação de trabalhadores técnicos em saúde imprimindo, assim, características particulares ao perfil do egresso, vinculadas geralmente à ideia de empregabilidade, pautada pela demanda e pela lógica do mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, verifica-se que, na região, a principal área de formação de técnicos é a de enfermagem, que concentra o maior quantitativo de cursos e instituições formadoras.

8. Algumas apreciações preliminares fornecidas pela comparabilidade das análises realizadas indicam que, de uma maneira geral, existe uma distância importante das instituições formadoras em relação às políticas de educação e de saúde que balizam seu funcionamento,

restringindo-se ao cumprimento das normas, sem participação efetiva na definição dos seus conteúdos. Nessa perspectiva, em muitos casos, a formação se afasta ou ignora as diretrizes que orientam os sistemas públicos de saúde, reduzindo o trabalho técnico ao seu caráter meramente instrumental. Embora pareça existir nas instituições formadoras uma tensão entre formação instrumental e formação integral, relacionada à tensão entre teoria e prática no processo formativo, os métodos de ensino-aprendizagem declarados assim como o perfil do trabalhador em formação parecem indicar ainda uma concepção de trabalho técnico em saúde, predominante na região, muito ligada à técnica e ao “fazer”, sem apropriação dos fundamentos científicos e sociais que permitam o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre seu “fazer” social e os determinantes sociais da sua atuação profissional.

c. Perspectivas/Encaminhamentos

A partir das considerações precedentes, os participantes do II Seminário Internacional destacam a necessidade de:

a) Continuar a fomentar e desenvolver estudos de abrangência regional, de caráter comparado e preferencialmente interinstitucional que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características da regulação e regulamentação do exercício profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, sua inserção no processo de trabalho e no mercado de trabalho, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional enfatizando as condições materiais e simbólicas que mantêm na invisibilidade aos Trabalhadores Técnicos em Saúde. Isso supõe desenvolver e aprimorar bases de dados abrangentes e confiáveis que possam subsidiar a elaboração dos estudos propostos.

b) Reafirmar a necessidade de propiciar espaços de debate para subsidiar a tomada de decisões, em nível regional, no que diz respeito à circulação desses trabalhadores, incluindo tanto os responsáveis governamentais pela formação, certificação, regulação e regulamentação dos trabalhadores técnicos em saúde, como suas próprias organizações de representação, numa perspectiva de construção regional integrada com foco na melhoria das condições de vida dos “mercosulinos” e garantia e permanência e extensão de direitos.

c) Aprofundar e fortalecer cada vez mais a articulação dos âmbitos de negociação regional que tratam das questões relativas à formação e certificação de trabalhadores técnicos, à regulação e regulamentação do exercício profissional e às condições de trabalho, no sentido de manter a direção unitária do processo e recuperar a possibilidade de tratamento integral da problemática em foco. Essa articulação implica, também, a complementariedade dos processos de negociação desenvolvidos no âmbito do Mercosul e da Unasul, permitindo estender os avanços e discussões para toda a região.

d) Reafirmar a defesa do caráter integrado e integral de qualquer projeto público que

tenda a articular organicamente a formação de trabalhadores técnicos em saúde em nível regional, desde o nível médio ao superior de educação, que incorpore tanto os fundamentos científico-sociais da sua atividade como os pressupostos e problemáticas que orientam a organização dos sistemas públicos de saúde da região. Isso implica na consideração dos determinantes sociais da saúde e do modelo de atenção primária à saúde como eixos centrais da organização da formação desses trabalhadores, tal como foi reconhecido nos documentos da UNASUL Saúde.

e) Remeter ao Sub-Grupo de Trabalho nº 11 – Saúde do MERCOSUL e ao Mercosul Educativo o relatório contendo as discussões e conclusões do Segundo Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no MERCOSUL e difundi-lo, com o apoio da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da UNASUL (RETS UNASUL), no GT de Gestão e Desenvolvimento de RRHH da UNASUL e no Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, a realizar-se em 2013 na cidade de Recife, Brasil.

f) Realizar um Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde nos processos de integração sul-americanos, na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre as características da regulação e regulamentação do exercício profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, sua inserção no processo de trabalho e no mercado de trabalho, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional, propiciando, ao mesmo tempo, a participação ampliada dos representantes governamentais e das organizações sociais direta e indiretamente ligadas à problemática em foco, de maneira que permita aprofundar os debates necessários à elaboração de políticas regionais específicas.

ANEXO III

II DOCUMENTO DE MANGUINHOS SOBRE LA FORMACIÓN DE TRABAJADORES TÉCNICOS EN SALUD DEL MERCOSUR

El presente documento constituye un registro de las principales cuestiones abordadas durante el Segundo Seminario Internacional sobre Formación de Trabajadores Técnicos de la Salud en el MERCOSUR. Sin asumir un carácter prescriptivo para los representantes nacionales participantes del evento ni para las políticas desarrolladas por los países, este documento se propone establecer un balance de los últimos cuatro años en lo que se refiere a una problemática de incipiente tratamiento en el ámbito del proceso de integración regional en curso.

A cuatro años de la realización del Primer Seminario Internacional y del Primer Documento de Manguinhos sobre la Formación de los Trabajadores Técnicos de Salud en el Mercosur, los participantes del Segundo Seminario Internacional sobre Formación de Trabajadores Técnicos de Salud en el Mercosur, reunidos en Manguinhos, Río de Janeiro, en la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz, durante los días 28 a 30 de noviembre de 2012, habiendo debatido a lo largo de esos días sobre las características, obstáculos y posibilidades de la Formación de los Trabajadores Técnicos de Salud en los países miembros del bloque y en el proceso de integración regional en curso, hacen públicas las siguientes consideraciones:

a. La integración regional: balance y diagnóstico

1. A lo largo de los cuatro años transcurridos desde el I Seminario, se verificaron cambios importantes en la configuración del Mercosur, así como nuevas iniciativas y experiencias de integración regional que suman especificidades al particular momento histórico presente, atravesado por las determinaciones y contradicciones de una crisis económica y financiera cuya dinámica y alcance afecta, de forma directa o indirecta, a todos los países del globo. En ese contexto, se verifican también algunos avances y la persistencia de algunos problemas en el proceso específico de integración encarnado en el MERCOSUR.

2. Los cambios en la configuración del Mercosur atienden a dos procesos generales de desigual alcance e importancia. En primer lugar, las recientes alteraciones en la composición del bloque, con la suspensión de Paraguay por “alteraciones del orden democrático” y la inclusión de la República Bolivariana de Venezuela como miembro pleno del bloque, introducen nuevos desafíos, perspectivas y complejidades en un proceso iniciado hace 22 años y que mantiene la primacía de los objetivos de integración comercial y económica entre sus países

miembros. La reafirmación de la cláusula democrática implica un avance importante en la conciencia regional del bloque por la defensa conjunta del estado de derecho como presupuesto para cualquier proceso de integración que tenga como referencia el respeto a los derechos humanos y de ciudadanía del conjunto de la población. La incorporación de un nuevo miembro al bloque plantea nuevos e importantes desafíos de adaptación y conocimiento mutuos, por la particularidad del proceso venezolano de construcción del “socialismo del siglo XXI”. En segundo lugar, el aparato institucional del proceso de integración se tornó más complejo con la progresiva introducción de nuevas instancias y mecanismos de regulación y negociación, priorizando áreas específicas.

3. Al mismo tiempo, la creación de la UNASUR (Unión de Naciones Sudamericanas) como iniciativa de integración concomitante y complementaria al proceso iniciado por el Mercosur, parece indicar una cierta división de tareas entre ambos, pudiendo contribuir para potencializar algunos procesos. En ese sentido, la UNASUR representa un esfuerzo de integración de contenido más político y social que comercial y económico, anclado en una perspectiva de cooperación estratégica. En lo que respecta al tratamiento del campo de la salud, por ejemplo, la UNASUR imprimió mayor dinamismo al proceso de definición de principios que orientarán la integración regional, basada en la garantía de derechos, en la universalización de la atención básica y en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, con implicaciones directas en la formación y en la gestión de la fuerza de trabajo necesaria y existente en la salud. En ese sentido, el Plan Quinquenal 2010-2015 del Consejo Sudamericano de Salud (abril de 2010) y la “Declaración del Consejo sobre el Fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud”, firmada en diciembre pasado en Montevideo, constituyen marcos y metas para la actuación regional que incorporan los procesos de negociación realizados en el ámbito del Mercosur, en una perspectiva de integración más amplia y abarcadora, equalizando los desafíos en nuevas perspectivas.

4. A pesar de las especificidades de la nueva coyuntura regional, algunos de los problemas identificados en el proceso de integración representado por el Mercosur hace cuatro años persisten. El carácter intergubernamental que asumió el proceso de negociación y la poca capilaridad social de la integración; las asimetrías estructurales y las profundas desigualdades políticas, sociales y culturales, producto de procesos históricos diferenciados y de particularidades socialmente construidas entre los países que conforman el bloque; el todavía profundo desconocimiento mutuo entre sus países miembros, sobre todo en aquellos aspectos que resultan esenciales para la implementación de una efectiva integración que tenga como eje su carácter eminentemente social, son ejemplos de problemas no superados que aún deberán ser enfrentados si el objetivo del proceso se orienta hacia un proyecto de integración que propicie

una mejoría efectiva de las condiciones de vida de las poblaciones de esos países, basada en la garantía de derechos fundamentales como la salud, la educación y el trabajo.

5. Tomando en consideración este objetivo, para que la integración de América Latina supere el carácter retórico o utópico, será necesario superar las lógicas estrictamente nacionales para caminar rumbo a la construcción de una lógica regional que contemple una base común de derechos y garantías para todos los habitantes de nuestros países, independientemente de la coincidencia entre el local de origen y el local de residencia. En ese sentido, reafirmamos el entendimiento de que, como meta del proceso de integración, la libre circulación de trabajadores y de personas constituye un horizonte de largo plazo, que debería basarse en normas comunes previas y claras que eviten la fragilización de poblaciones migrantes históricamente fragilizadas, al mismo tiempo que protejan los esfuerzos nacionales de formación y fijación de fuerza de trabajo para un desarrollo regional equilibrado y autónomo.

b. Los trabajadores técnicos de salud en el proceso de integración

6. En lo que se refiere a la problemática de los trabajadores técnicos de salud en el ámbito del proceso de integración, se verifican avances importantes en relación al diagnóstico realizado hace cuatro años. Específicamente, se observa una articulación creciente y sostenida entre órganos sectoriales de negociación sobre educación y salud, en la perspectiva de comprender, de manera integrada, formación, certificación y regulación profesional de los trabajadores de la salud en ámbito regional. Aunque el énfasis esté puesto, todavía, en las especialidades médicas y en algunas otras profesiones de nivel superior consideradas prioritarias, se verifica la incorporación de las profesiones “técnicas” en las pautas de trabajo de las instancias correspondientes. Mientras tanto, los diferentes ritmos de avance y los diferentes énfasis de las negociaciones rumbo a la definición de directrices políticas comunes en cada una de estas áreas todavía condicionan la capacidad de formulación de políticas regionales sobre el tema.

7. Algunas iniciativas de investigación comparada e interinstitucional comienzan a realizar un diagnóstico sobre quiénes son, qué hacen y dónde están los trabajadores técnicos de salud en el Mercosur, permitiendo delinear la silueta de lo invisible. Desde el punto de vista de la formación de estos trabajadores, se observa una fuerte concentración geográfica de las instituciones formadoras en los grandes centros metropolitanos, indicando una distribución desigual de la fuerza de trabajo, basada en las desigualdades regionales presentes en cada una de las realidades nacionales. Se observa, también, en la mayor parte de los países, la fuerte presencia del sector privado en la oferta de formación de trabajadores técnicos de salud imprimiendo, así, características particulares al perfil del egresado, vinculadas generalmente a la idea de empleabilidad, pautada por la demanda y por la lógica del mercado de trabajo. Al mismo

tiempo, se verifica que, en la región, la principal área de formación de técnicos es enfermería, que concentra el mayor número de cursos e instituciones formadoras.

8. Algunas apreciaciones preliminares ofrecidas a partir de la comparabilidad de los análisis realizados indican que, de un modo general, existe una distancia importante de las instituciones formadoras en relación a las políticas de educación y de salud que orientan su funcionamiento, restringiéndose al cumplimiento de las normas, sin participación efectiva en la definición de sus contenidos. En esa perspectiva, en muchos casos, la formación se aleja o ignora las directrices que orientan los sistemas públicos de salud, reduciendo el trabajo técnico a su carácter meramente instrumental. Aunque parezca existir en las instituciones formadoras una tensión entre formación instrumental y formación integral, relacionada a la tensión entre teoría y práctica en el proceso formativo, los métodos de enseñanza-aprendizaje declarados así como el perfil del trabajador en formación parecen indicar, aún, una concepción de trabajo técnico en salud, predominante en la región, muy vinculada a la técnica y al “hacer”, sin apropiación de los fundamentos científicos y sociales que permitan desarrollar una mirada crítica y reflexiva sobre el “hacer” social y los determinantes sociales de su actuación profesional.

c. Perspectivas/Propuestas de acción

A partir de las consideraciones precedentes, los participantes del II Seminario Internacional destacan la necesidad de:

a) Continuar fomentando y desarrollando estudios de alcance regional, de carácter comparado y preferentemente interinstitucional que permitan profundizar el conocimiento sobre las características de la regulación y reglamentación del ejercicio profesional de los trabajadores técnicos de salud, su inserción en el proceso de trabajo y en el mercado de trabajo, así como las condiciones y características de su circulación en ámbito nacional y regional, enfatizando las condiciones materiales y simbólicas que mantienen en la invisibilidad a los Trabajadores Técnicos de la Salud. Eso presupone desarrollar y mejorar bases de datos abarcadoras y confiables que puedan servir de base a la elaboración de los estudios propuestos.

b) Reafirmar la necesidad de propiciar espacios de debate para contribuir a la toma de decisiones, a nivel regional, en lo que respecta a la circulación de esos trabajadores, incluyendo tanto a los responsables gubernamentales por la formación, certificación, regulación y reglamentación de los trabajadores técnicos de salud, como a sus propias organizaciones de representación, en una perspectiva de construcción regional integrada con foco en la mejoría de las condiciones de vida de los “mercosureños” y garantía de permanencia y extensión de derechos. c) Profundizar y fortalecer cada vez más la articulación de los ámbitos de negociación regional que tratan de las cuestiones relacionadas a la formación y certificación de trabaja-

dores técnicos, a la regulación y reglamentación del ejercicio profesional y a las condiciones de trabajo, en el sentido de mantener la estructura unitaria del proceso y recuperar la posibilidad de tratamiento integral de la problemática en foco. Esa articulación implica, también, la complementariedad de los procesos de negociación desarrollados en el ámbito del Mercosur y de la UNASUR, permitiendo extender los avances y discusiones a toda la región.

d) Reafirmar la defensa del carácter integrado e integral de cualquier proyecto público que tienda a articular orgánicamente la formación de trabajadores técnicos de salud a nivel regional, desde el nivel medio al superior de educación, que incorpore tanto los fundamentos científico-sociales de su actividad como los presupuestos y problemáticas que orientan la organización de los públicos de salud de la región. Eso implica considerar los determinantes sociales de la salud y el modelo de atención primaria de la salud como ejes centrales de la organización de la formación de esos trabajadores, tal como fue reconocido en los documentos de la UNASUR Salud.

e) Remitir al Sub-Grupo de Trabajo n° 11 – Salud del MERCOSUR y al Mercosur Educativo el informe conteniendo las discusiones y conclusiones del Segundo Seminario Internacional sobre la Formación de los Trabajadores Técnicos de Salud en el Mercosur y difundirlo, con el apoyo de la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la UNASUR (RETSUNASUR) en el GT de Gestión y Desarrollo de RRHH de UNASUR y en el Tercer Fórum Global de Recursos Humanos en Salud, a realizarse en 2013 en la ciudad de Recife, Brasil.

f) Realizar un Seminario Internacional sobre la Formación de los Trabajadores Técnicos de Salud en los procesos de integración sudamericanos, en la perspectiva de profundizar el conocimiento sobre las características de la regulación y reglamentación del ejercicio profesional de los trabajadores técnicos de salud, su inserción en el proceso de trabajo y en el mercado de trabajo, así como las condiciones y características de su circulación en ámbito nacional y regional, propiciando, al mismo tiempo, la participación ampliada de los representantes gubernamentales y de las organizaciones sociales directa e indirectamente ligadas a la problemática enfocada, de modo que permita profundizar los debates necesarios a la elaboración de políticas regionales específicas.

Este livro foi impresso pela Oficina dos Livros, para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em fevereiro de 2014.

Utilizaram-se as fontes Garamond e Humamist521 BT

na composição, papel offset 90g/m² no miolo

e cartão supremo 250g/m² na capa.
