

CADERNO DE DEBATES

2

**A silhueta do invisível:
a formação de trabalhadores
técnicos em saúde no MERCOSUL**

Organização
Marcela Alejandra Pronko
Anamaria D'Andrea Corbo



Fundação Oswaldo Cruz

Presidente

Paulo Ernani Gadelba

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Diretora

Isabel Brasil

Vice-diretora de Ensino e Informação

Márcia Valéria Morosini

Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Maurício Monken

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

Sergio Munck

CADERNO DE DEBATES 2

A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL

Organizadoras

Marcela Alejandra Pronko
Anamaria D'Andrea Corbo



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Copyright © 2009 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Capa

Zé Luiz Fonseca

Projeto Gráfico e Editoração

Marcelo Paixão

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

P965s Pronko, Marcela Alejandra (Org.)

A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em
saúde no MERCOSUL / Organização de Marcela Alejandra e Anamaria
D'Andrea Corbo. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

262 p. : il. , graf. , mapa ; - (Caderno de Debates, 2)

ISBN: 978-85-9868-42-7

1. Educação Profissionalizante. 2. Recursos Humanos em Saúde.
3. Política de Saúde. 4. Certificação. 5. Pessoal Técnico de Saúde. I. Título.
II. Corbo, Anamaria D'Andrea.

CDD 370.113

Sobre os autores

Ana Ecilda Lima Ellery

Psicóloga, mestre em Saúde Pública, doutoranda em Saúde Coletiva (UFC).

Anamaria D'Andrea Corbo

Odontóloga, mestre em psicossociologia de comunidades e ecologia social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), coordenadora de cooperação internacional da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Arlinda Barbosa Moreno

Psicóloga, pós-doutora em Saúde Pública (Ensp), pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Carlos Einisman

Técnico em Medicina Nuclear (CNEA), técnico em Física de la Radioterapia (CNEA), presidente de la Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear.

Carlos Hilton Albuquerque Soares

Cirurgião dentista, mestre em Gestão Pública, secretário da Saúde e Ação Social de Sobral, Ceará, Brasil.

César Alfaro Redondo

Licenciado en Terapia Física por la Universidad de Costa Rica, Costa Rica, coordinador académico de la carrera Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Daniel Albano

Licenciado en Sociología, coordinador Área de Educación Superior – formación humanística y social, Ministerio de Educación – Argentina.

Elba Olivera Choque

Enfermera (Nivel Licenciatura), magister en Salud Pública y Gerencia y Economía de la Salud, responsable de Planificación Escuela Nacional de Salud La Paz, Bolivia.

Francisca Lúcia Nunes de Arruda

Enfermeira, mestre em Saúde Pública, coordenadora da Coordenação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Francisco Antonio Loiola

Filósofo, doutor em Psicopedagogia (Universidade de Laval – Quebec – Canadá), professor dos cursos de mestrado e doutorado da Faculdade de Ciências da Educação da Universidade de Montreal - Quebec - Canadá.

Gilberto Ríos Ferreira

Médico, especialista en Administración de Servicios de Salud. Actualmente es Sub Diretor General de Salud del Ministerio de Salud Pública (Uruguay) y Coordinador Nacional del SGT11 “Salud” MERCOSUR y de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados

Gustavo Wansidler

Licenciado en Educación, Coordinador Desarrollo Curricular Área de Educación Superior – formación humanística y social, Ministerio de Educación – Argentina.

Haroldo Jorge Pontes de Carvalho

Psicólogo, superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Médico, doutor em Saúde Coletiva (Unicamp) .

Isabel Duré

Médica, magister en Salud Pública (UBA), Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

João Ananias Vasconcelos Neto

Médico, Secretário da Saúde do Estado do Ceará.

Jorge Rosenbaum

Profesor en Matemática, responsable por las tecnicaturas del campo de la salud Área de Educación Superior – formación humanística y social – Ministerio de Educación – Argentina.

José Reginaldo Feijão Parente

Psicólogo, professor da Universidade Estadual Vale do Acaraú, mestre em Gestão Pública, técnico responsável pelo desenvolvimento do programa de estudo do Técnico em Sistema de Informação em Saúde.

Juan Mila Demarchi

Director de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina, Universidad de la República – Uruguay.

Gonzalo Fierro

Asistente Académico, Universidad de la República – Uruguay.

Karen Lehrhaupt

Socióloga, Consórcio Internacional de Desenvolvimento da educação (CIDE).

Leandro Medrado

Técnico em Histologia, biólogo, mestrando em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, coordenador do Setor de Apoio às Práticas Laboratoriais da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Médico, doutor em Saúde Coletiva, ex-Secretário de Saúde de Fortaleza-CE.

Lygia Costa

Socióloga, doutora em Sociologia (IUPERJ), pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

Marcela Alejandra Pronko

Educadora, doutora em História pela Universidade Federal Fluminense, Professora-pesquisadora da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Marco Antonio Ferreira da Costa

Engenheiro Químico, doutor em Ciências, professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Maria Auxiliadora Córdova Christóforo

Enfermeira, membro da Comissão Assessora DEGES/SGTES/MS – Brasil.

Maria de Fátima Barrozo da Costa

Engenheira Química, doutora em Saúde Pública, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz.

Maria Helena Machado

Socióloga, doutora em Sociologia, diretora do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (Brasil), coordenadora da Subcomissão de Exercício Profissional do SGT 11 Saúde MERCOSUL, coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, conselheira do Conselho Nacional de Saúde, e pesquisadora da Fiocruz.

Maria Isabel Fernandez Canqui

Odontóloga (Nível Licenciatura), licenciada em Odontologia, diretora General Ejecutiva Escuela Nacional de Salud La Paz, Bolivia.

Maria Ivanília Tavares Timbó

Enfermeira, diretora do Núcleo de Educação Profissional da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira, doutoranda em Saúde Coletiva (UFC).

Maria Socorro de Araújo Dias

Enfermeira, doutora em Enfermagem, diretora-presidente da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Maristela Inês Osawa Chagas

Enfermeira, doutora em Enfermagem, diretora Administrativo da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Meirecele Caliope Leitinho

Pedagoga, doutora em Educação pela PUC-SP (Área de Supervisão e Currículo), professora do Programa de Mestrado e Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará – UFC. Cumpre estágio científico de pós-doutorado na Universidade de Brasília - UnB

Mônica Vieira

Socióloga, doutora em Saúde Coletiva (UERJ), pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Norma Valenzuela

Licenciada en Psicología, diplomada en Salud Pública, actualmente es consultora independiente en Gestión de Recursos Humanos (Paraguay).

Ondina Maria Chagas Canuto

Assistente Social, mestre em Gestão e Modernização Pública pela Universidade Internacional de Lisboa (UIL) e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA Sobral - Ceará), doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Ceará - UFC, cumprindo estágio no exterior, pela CAPES, na Universidade de Montreal (Quebec - Canadá).

Patricia Manzoni

Asistente Académico de la Universidad de la República – Uruguay.

Raúl Fernando Gulino Canese

Médico especialista en cirugía, docente universitario – Facultad de Medicina – Universidad del Norte – Asunción, director General del Instituto Nacional de Salud (Paraguay), Coordinador General de la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM).

Romeo Saavedra

Técnico Radiólogo, coordinador del Programa de Formación de Técnicos Medios en Rayos X, jefe de Departamento de Producción de Material Educativo de la Escuela Técnica de salud CBBA, Bolivia.

Roxana Cardona

Jefe de Unidad Académica, Escuela Técnica de Salud Boliviano-Japonesa de Cooperación Andina - Bolivia.

Sebastián Tobar

Sociólogo, magister en Salud Pública (ENSP/Fiocruz). Actualmente es Director Nacional de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud de la República Argentina y Coordinador Nacional Alterno del SGT N°11 Salud y de las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados.

Sônia de Camargo

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo e pós-doutora pela Asociación de Investigación y Especialización en Temas Iberoamericanos. Atualmente é professora adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e Editora da Revista Contexto Internacional.

Xinia Alvarado Zeledón

Licenciada en Sociología por la Universidad de Costa Rica, Costa Rica, licenciada en Educación Ambiental por la Universidad Nacional, Costa Rica, egresada de Maestría en Geología: Énfasis en Gestión Integral para el desarrollo de los georecursos, directora de la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Lista de siglas

AATMN: Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear

ABC: Agência Brasileira de Cooperação

ACDI: Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

AIH: Autorização de internação hospitalar

ALADI: Associação Latino-Americana de Integração

ALALC: Associação Latino-Americana de Livre Comércio

AMB: Associação Médica Brasileira

AMBA: Área Metropolitana Buenos Aires

AMS: Assistência Médico-Sanitária

ANEP: Administración Nacional de Educación Pública

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APC: Abordagem por Competência

AST: Análise da Situação de Trabalho

CAN: Comunidade Andina de Nações

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior

CARICOM: Comunidade do Caribe

CBO: Classificação Brasileiras de Ocupações

CCM: Comissão de Comércio do Mercosul

CCSCS: Coordenadora das Centrais Sindicais do Cone Sul

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CEC: Conselho de Educação do Ceará

CEDIAP: Centro de Docencia, Investigación e Información en Aprendizaje

CEFET: Centro Federal de Educação Tecnológica

CEGEPS: Collège d'Enseignement Général et Professionnel

CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico en Información en Salud y Seguridad Social

CEPAL: Comissão Econômica para América Latina

CFE: Conselho Federal de Educação

CGTES: Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

CIDE: Consórcio Internacional de Desenvolvimento da Educação

CLAEH: Centro Latinoamericano de Economía Humana

CMC: Conselho do Mercado Comum

CNE: Conselho Nacional de Educação

CNEA: Comisión Nacional de Energía Atómica

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS: Conselho Nacional de Saúde

COFESA: Consejo Federal de Salud

CONARE: Consejo Nacional de Rectores

CONAREM: Comisión Nacional de Residencias Médicas

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COPROSAL: Comisión de Productos para la Salud

COSERATS: Comisión de Servicios de Atención de la Salud

COVIGSAL: Comisión de Vigilancia en Salud

DEGES: Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DIGESA: Dirección General de Salud

DIGESE: Dirección General de Secretaria

DITS: Dirección de Institutos Técnicos Superiores

ENCGH: Encuesta de Gastos de Hogares

ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública

EPH: Encuesta Permanente de Hogares

EPS: Educação Permanente em Saúde

EPSJV: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESP-CE: Escola de Saúde Pública do Ceará

ETP: Educación Técnico Profesional

ETS: Especialidades Técnicas de la Salud

EUA: Estados Unidos da América

EUTM: Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas

FATSA: Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina

FCEE: Foro Consultivo Económico e Social

FETSARA: Federación de Técnicos de la Salud de la República Argentina

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

FTS: Força de Trabalho em Saúde

GAN: Grupo de Alto Nivel

GMC: Grupo Mercado Comum

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

INS: Instituto Nacional de la Salud

INSADE: Instituto de Estudios para la Salud y el Desarrollo

IUPERJ: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro

LATEC: Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde

LATEPS: Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde

LDB: Lei de Diretrizes e Bases

LIREs: Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde

MCT: Ministério de Ciência e Tecnologia

MEC: Ministério da Educação

MEC: Ministerio de Educación y Cultura

MERCOSUR/MERCOSUL: Mercado Común do Sul

MS: Ministerio de Salud

MSAN: Ministerio de Salud de la Nación

MSP: Ministerio de Salud Pública

MSPyBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

MS: Ministério da Saúde

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

NUDES: Núcleos de Desarrollo

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONGs: Organizações Não-Governamentais

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PARLASUR: Parlamento do Mercosul

PDS: Partido Democrático Social

PEA: População Economicamente Ativa

PIB: Produto Interno Bruto

PICAB: Programa de Integração e Cooperação Bilateral Argentina-Brasil

PROFAE: Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PROFAPS: Programa de Formação Profissional em Saúde

PTR: Partido Trabalhista Renovador

PUC/RJ: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

PUC-SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RETS: Red de Formación de Técnicos en Salud

RET-SUS: Rede de Escolas Técnicas do SUS

RHUS: Recursos Humanos en Salud

RRHH: Recursos Humanos

SAFCI: Salud Familiar Comunitaria Intercultural

SAP: Setor de Apoio às Práticas Laboratoriais

SEDES: Servicios Departamentales de Salud

SGT: Subgrupo de Trabalho

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

SIG: Sistema de Informações Gerenciais

SIM: Sistema de Informação de Mortalidade

SINAIS: Sistema Nacional de Informaciones en Salud

SNIS: Subsistema Nacional de Información en Salud

SSPRYF/DNPRRH: Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización/ Dirección Nacional de Políticas para Recursos Humanos

SUS: Sistema Único de Saúde

TC4I: 41º Termo Técnico de Cooperação e Assistência Técnica entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde.

TCC: Technical Cooperation among Countries (cooperação técnica entre países)

TEC: Tarifa Externa Comum

TSIS: Técnico em Sistemas de Informação em Saúde

UBA: Universidad de Buenos Aires – Argentina

UCR: Universidad de Costa Rica

UCUDAL: Universidad Católica del Uruguay

UDELAR: Universidad de la República

UE: União Européia

UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFC: Universidade Federal do Ceará

UIL: Universidade Internacional de Lisboa

UNASUL: União de Nações Sul-Americanas

UnB: Universidade de Brasília

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

UVA: Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

**INTRODUÇÃO. A SILHUETA DO INVISÍVEL: A FORMAÇÃO
DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO MERCOSUL 21**

Anamaria D'Andrea Corbo e Marcela Alejandra Pronko

**PARTE I. A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS: AS
POLÍTICAS DE SAÚDE E A LIVRE CIRCULAÇÃO DOS TRABALHADORES
COMO DESAFIOS PARA A INTEGRAÇÃO NO MERCOSUL**

**O processo de integração regional:
a livre circulação de trabalhadores no Mercosul 29**

Sônia de Camargo

**Los recursos humanos
en el proceso de integración del Mercosur 41**

Sebastián Tobar

**A formação dos trabalhadores técnicos em saúde
e o processo de integração: a perspectiva brasileira 55**

Maria Helena Machado

**La formación de trabajadores técnicos en salud
y el proceso de integración: la perspectiva paraguaya 65**
Raúl Fernando Gulino Canese

**La formación de trabajadores técnicos en salud
y el proceso de integración: la perspectiva uruguaya 73**
Gilberto Ríos Ferreira

**PARTE II. OS DESAFIOS E AS PERSPECTIVAS DA FORMAÇÃO DOS
TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE: A SITUAÇÃO DOS PAÍSES DO
MERCOSUL**

**Los desafíos y las perspectivas
de la formación de los trabajadores
técnicos de la salud: la situación en Argentina 87**
Isabel Duré

**La formación de trabajadores técnicos en
salud en Bolivia: desafíos y perspectivas de la
formación de los trabajadores y técnicos en salud 97**
María Isabel Fernández Canqui y Elba Oliveira Choque

**A formação profissional técnica de nível médio
na área da saúde no Brasil: desafios e perspectivas 105**
María Auxiliadora Córdoba Christóforo

**La formación de trabajadores
técnicos en salud en Paraguay 115**

Norma Valenzuela

**Formación de recursos
humanos para la salud en Uruguay 123**

Juan Mila Demarchi, Gonzalo Fierro e Patricia Manzini

**PARTE III. CERTIFICAÇÃO, REGULAÇÃO E MODELOS FORMATIVOS
COMO EIXOS DE ANÁLISE**

III.a. Formação e certificação dos trabalhadores técnicos em saúde

**Desarrollo de la propuesta de
construcción curricular para las
tecnicaturas de nivel superior del campo de la salud 135**

Daniel Rodolfo Albano, Gustavo Wansidler e Jorge Rosenbaum

**Trabalhadores técnicos em
saúde: caracterização da formação
profissional e do mercado de trabalho em 2005 145**

Mônica Vieira, Arlinda Barbosa Moreno e Lygia Costa

III.b. Regulação Profissional dos Trabalhadores Técnicos

La silueta de lo invisible: los técnicos de la salud en Argentina 159

Carlos Gerardo Einisman

Profissionalização da biossegurança: contribuições para a educação profissional em saúde 169

Marco Antônio Ferreira da Costa e Maria de Fátima Barrozo da Costa

A inadequação da formação e da regulação profissional dos técnicos em histologia 179

Leandro Medrado

III.c. Modelos Formativos

Discutindo referenciais do currículo como fio condutor da formação técnica na área de saúde 193

Ondina Maria Chagas Canuto, Meirecele Caliope Leitinho e Francisco Antonio Loiola

Tecnólogos en salud: experiencias de formación en Costa Rica y desafíos actuales 207

César Alfaro Redondo y Xenia Alvarado Zeledón

**Técnicos em Sistemas de Informação em Saúde:
uma estratégia de socialização da epidemiologia 221**

José Reginaldo Feijão Parente, Maria Socorro de Araújo Dias,
Ana Ecilda Lima Ellery, Luiz Odorico Monteiro de Andrade,
Haroldo Jorge Pontes de Carvalho, Maria Rocineide Ferreira da
Silva, João Ananias Vasconcelos Neto, Helvécio Miranda
Magalhães Júnior, Carlos Hilton Albuquerque Soares, Francisca
Lúcia Nunes de Arruda, Karen Lehrhaupt, Maria Ivanília
Tavares Timbó e Maristela Inês Osawa Chagas

**Formación y certificación de los trabajadores
técnicos. Escuela Técnica de Salud – Cochabamba – Bolivia 237**

Roxana Cardona y Romeo Saavedra

ANEXOS

**Programação do Seminário Internacional sobre
Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no
Brasil e no Mercosul**

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

**Documento de Manguinhos sobre la formación de
los trabajadores técnicos en salud en el Mercosur**



INTRODUÇÃO

A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul

Anamaria D'Andrea Corbo

Marcela Alejandra Pronko

Embora os trabalhadores técnicos em saúde representem a porção mais significativa da força de trabalho envolvida nos serviços de saúde dos países que compõem o Mercado Comum do Sul (Mercosul), pouco se sabe sobre quem são, o que fazem e onde estão esses trabalhadores – afirmando-se, assim, a invisibilidade da categoria. Esse desconhecimento se reflete nas dificuldades encontradas para a formulação de políticas integradas de saúde entre os países que compõem o bloco dentro da perspectiva de construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes dos nossos países, contemplando a livre circulação dos trabalhadores.

Na tentativa de delinear a “silhueta do invisível”¹, foi desenvolvido, entre 2007 e 2009, no âmbito da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o projeto de 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”², que tinha como objeti-

¹ Gostaríamos de registrar nosso agradecimento a Carlos Gerardo Einisman que, generosamente, “emprestou” parte do criativo título da sua comunicação oral para esta publicação.

² O projeto contou com financiamento público no edital MCT – CNPq/MS-SCTIE-DECIT – N° 23/2006 e com recursos do 41° Termo Técnico de Cooperação e Assistência Técnica entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde – TC41 – OPAS/MS.



vo geral identificar e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de educação profissional em saúde no Brasil e nos países do Mercosul, face aos desafios nacionais e internacionais de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, visando subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde e de cooperação internacional entre o Brasil e os demais países do referido bloco sub-regional.

Como parte das atividades previstas no projeto, foi realizado, entre 24 e 26 de novembro de 2008 na EPSJV/Fiocruz, o Seminário Internacional “*Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul*”, que se propôs a se constituir em espaço específico de reflexão sobre a educação técnica em saúde no Mercosul, tomada como eixo de articulação das políticas nacionais e regionais desses três setores: trabalho, educação e saúde. A presente publicação tem por objetivo registrar e divulgar as principais contribuições colhidas ao longo desses três dias de trabalho coletivo.

O Seminário Internacional

Participaram do Seminário Internacional³: 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 instancias 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.

O evento, que teve como línguas oficiais o português e o espanhol, registrou 452 inscrições e contou com a participação de representantes de seis países. Entretanto, sua divulgação foi ampliada pela transmissão em tempo real do evento completo através da página *web* da EPSJV. Posteriormente ao evento, foram disponibilizadas na página *web*, em caráter permanente, todas as apresentações utilizadas pelos expositores assim como os vídeos completos da transmissão ao vivo e a versão final do Documento de Manguinhos nas duas línguas oficiais. Esse material pode ser consultado na íntegra no arquivo de eventos no Portal da EPSJV⁴.

Ao longo dos três dias de evento, houve seis momentos de trabalho que implicaram atividades diferenciadas⁵:

³ A organização do Seminário Internacional coube à equipe coordenadora do projeto constituída, na época, pelos seguintes pesquisadores da EPSJV: Marcela Alejandra Pronko (coordenadora geral), Anamaria D’Andrea Corbo, Júlio Cesar França Lima, Márcia Raposo Cavalcanti Lopes, Maria Teresa Cavalcanti de Oliveira e Renata Reis Cornelio Batistella, com o apóio técnico administrativo de Josiane Medrado e Cristiane Rocha.

⁴ Disponível no endereço eletrônico: <www.epsjv.fiocruz.br>.

⁵ A programação completa do evento constitui o Anexo 1 deste livro.



1. Atividades de abertura: conferência inaugural e apresentação geral da pesquisa.
2. Painel de apresentação e debate sobre o processo de negociação relativo à formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do Mercosul.
3. Painel de apresentação e debate das políticas nacionais de educação técnica em saúde dos países-membros do Mercosul.
4. Mesas temáticas organizadas a partir de comunicações livres.
5. Painel de apresentação dos resultados preliminares da etapa nacional da pesquisa “A educação técnica em saúde no Brasil e nos países do Mercosul”.
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 Washington, da Fiocruz, da EPSJV e a coordenação da pesquisa. A conferência inaugural esteve a cargo da Dra. Sônia de Camargo sobre o tema “O processo de integração regional e a livre circulação dos trabalhadores no âmbito do Mercosul”, com o fim de contextualizar o trabalho a ser realizado ao longo de todo o Seminário. Ainda entre as atividades de abertura, realizou-se uma apresentação geral da pesquisa no intuito de situar a realização do Seminário no quadro das atividades desenvolvidas e problemáticas abordadas até o momento.

No painel de apresentação e debate sobre o processo de negociação, relativo à formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do Mercosul, participaram representantes dos quatro países membros-pletos do Mercosul, tendo sido solicitada, para cada um deles, intervenção específica baseada no olhar nacional sobre o processo de negociação desenvolvido no âmbito do Mercosul – Saúde, com particular atenção para a meta da livre circulação dos trabalhadores em geral e dos trabalhadores técnicos em saúde, em particular.

No caso do painel de apresentação e debate das políticas nacionais de educação técnica em saúde dos países-membros do Mercosul, também foi solicitada intervenção específica dos representantes nacionais no intuito de oferecer aos participantes do Seminário uma caracterização dos sistemas de educação e de saúde de cada um dos países, assim como dos elementos fundamentais das políticas de formação dos trabalhadores técnicos da área. Nesse painel, além dos representantes dos quatro países membros-pletos do bloco, foi possível contar com a participação de representantes da Bolívia (enquanto membro-associado do mesmo).



A organização de mesas temáticas para a apresentação de comunicações livres foi o resultado de uma chamada ampla para apresentação de trabalhos, organizada a partir da definição de três eixos temáticos:

- **Formação e certificação dos trabalhadores técnicos.** Uma primeira aproximação aos sistemas nacionais de formação de técnicos em saúde permite constatar que, na realidade, não há uma definição unívoca na região do significado da expressão “trabalhadores técnicos em saúde”, dado que o caráter de “técnico”, embora contenha certa especificidade, está ligado tanto ao desenvolvimento histórico do sistema educacional nacional quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Por isso, este eixo se propõe a explorar as especificidades dos sistemas de formação e certificação profissional desenvolvidas em nível nacional, cujo conhecimento resulta fundamental para qualquer ação de política destinada a subsidiar o processo de integração em curso.
- **Regulação profissional dos trabalhadores técnicos.** Em parte como decorrência dessa variação nacional na constituição de sistemas de formação, e em parte como resultado da própria configuração nacional das profissões técnicas na área de saúde, o espaço da regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde também apresenta especificidades nacionais e divergências significativas entre os países do Mercosul. De outro lado, o avanço do próprio processo de integração econômica coloca o problema da circulação da força de trabalho como componente dos processos de produção. A proposta de harmonização de perfis profissionais, nos âmbitos específicos do Mercosul, orientados à negociação de temas relativos à saúde e ao trabalho, atualiza a necessidade de conhecimento e reflexão aprofundados sobre esses temas – proposta do presente eixo.
- **Modelos formativos.** Nas últimas décadas, os conceitos de qualificação (no trabalho) e de conhecimento (na educação), têm sido deslocados pela noção de competências, anunciando novas referências produtivas e educativas. Também adquiriu força o conceito de Educação Continuada e de Educação Permanente – orientando inclusive as políticas de formação dos trabalhadores em saúde. Entretanto, embora essas novas referências tenham se disseminado amplamente, a discussão sobre os modelos formativos continua em aberto, espelhando as propostas de diversos setores relacionados a essa formação. Este eixo se propõe a discutir tanto os modelos formativos vigentes quanto as propostas alternativas surgidas nos diversos contextos nacionais e regionais.



De um total de 34 propostas de comunicação recebidas, foram selecionadas nove por parte da Comissão de Seleção de Trabalhos⁶, apresentadas durante o Seminário.

Por fim, com a finalidade de sistematizar as contribuições da pesquisa na sua fase internacional e as do próprio seminário, se propôs a elaboração de 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 diversas pessoas vinculadas à temática em foco. Versões impressas em espanhol e em português foram distribuídas para todos os participantes do evento, junto dos materiais entregues durante o credenciamento. Durante o primeiro dia, solicitou-se dos participantes a leitura atenta e a elaboração de destaques a serem debatidos em sessão específica. Paralelamente, organizou-se um sistema de relatorias por sessão, 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. Durante a plenária final o documento foi discutido, completado e aprimorado, chegando-se a uma versão final em ambas as línguas, incluída nesta publicação sob o nome “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, se propõe a contribuir para o balizamento de uma problemática em construção: a da formação dos trabalhadores técnicos em saúde. Nesse sentido, inicia-se com considerações gerais sobre o processo de integração, desenvolve uma caracterização geral da problemática da formação de trabalhadores técnicos em saúde nesse contexto e culmina com 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, denominada “A formação dos trabalhadores técnicos: as políticas de saúde e a livre circulação dos trabalhadores como desa-

⁶ A Comissão de Seleção de Trabalhos foi constituída pelos seguintes integrantes: Dra. Marcela Pronko (Coordenadora do Seminário e 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”), Dra. Isabel Brasil (Vice-Diretora de Pesquisa da EPSJV), Ms. Anamaria Corbo (Coordenadora de Cooperação Internacional da EPSJV e membro da equipe de pesquisa), Dra. Márcia Lopes (Pesquisadora EPSJV e membro da equipe de pesquisa) e Dra. Teresa Cavalcanti (Pesquisadora EPSJV e membro da equipe de pesquisa).



fios para a integração no Mercosul”, reúne a conferência inaugural, proferida pela Prof^a. Sônia de Camargo, e as exposições do primeiro painel de mesmo título, que contou com a participação de representantes da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

A segunda parte, intitulada “Os desafios e as perspectivas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde: a situação dos países do Mercosul”, apresenta as exposições realizadas no painel homônimo que contou com a participação de representantes também da Argentina, Bolívia, Brasil, Paraguai e Uruguai.

A terceira parte da publicação, “Certificação, regulação e modelos formativos como eixos de análise”, inclui os textos completos das comunicações orais selecionadas, organizadas em três eixos: a) Formação e certificação dos trabalhadores técnicos em saúde, b) Regulação Profissional dos Trabalhadores Técnicos e c) Modelos Formativos.

O livro inclui também, como anexos, a programação final do Seminário Internacional e o texto completo em ambos idiomas oficiais, do “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 pela Coordenação Nacional de Saúde no Mercosul do Brasil, na pessoa do seu coordenador Carlos Felipe Almeida D’Oliveira, pela Direção da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, na pessoa do seu diretor anterior André Malhão e da atual diretora Isabel Brasil, do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS), da Coordenação de Cooperação Internacional e de todos os trabalhadores da escola 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.

PARTE I

A formação dos trabalhadores técnicos: as políticas de saúde e a livre circulação dos trabalhadores como desafios para a integração no Mercosul



O processo de integração regional: a livre circulação de trabalhadores no Mercosul

Sônia de Camargo

Introdução

De acordo com o tema que foi sugerido, gostaria de desenvolver minha exposição examinando como os processos de integração regional – especificamente, o caso do Mercosul – lidam com a questão da livre circulação de seus trabalhadores, descrevendo o cenário onde estes trabalhadores circulam ou deverão poder fazê-lo livremente, em algum momento do trajeto. Para tanto, me proponho a trazer uma reflexão inicial sobre a formação de mercados comuns, no âmbito dos quais as fronteiras internas entre seus Estados-membros deverão ser abertas, tomando como referência futura a mais recente e avançada proposta de integração do nosso continente, a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) que, criada oficialmente em maio de 2008 pelos governos da região,¹ se propõe a reunir política e economicamente todos os Estados que dela fazem parte.

¹O tratado de criação da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) foi assinado em 23 de maio de 2008 pelos governos de doze países da América do Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, Guiana, Peru, Paraguai, Suriname, Uruguai e Venezuela), passando assim a ter personalidade jurídica própria e a ser um órgão internacional. Nos termos do Tratado, seus órgãos deliberativos serão o Conselho de Chefes de Estado e de Governo, o Conselho de Ministros de Relações Exteriores e o Conselho de Delegados. Sua sede permanente será em Quito, capital de Equador, e seu sistema presidencial será rotativo, tendo-se iniciado com a presidência do Brasil. A próxima teria cabido à Colômbia que, abrindo mão do direito, a passou para o Chile, em junho de 2008.



É preciso lembrar, contudo, ao nos debruçarmos sobre o atual panorama Sul-Americano, que questões políticas e sociais, além de econômicas e de segurança, dificultam a aproximação entre seus Estados e suas sociedades. Com isso, vemos que a perspectiva de se construir um espaço regional integrado, no qual as fronteiras entre seus países dêem lugar a rotas abertas para seus cidadãos em geral e trabalhadores em particular, não é uma tarefa fácil.

Com efeito, se tomarmos como elemento básico a dimensão política da América do Sul, o presente contexto nos mostra uma pluralidade de formas de governo, algumas avaliadas como conservadoras, outras como progressistas, as quais – enfrentando o desafio de governar sociedades interna e externamente desiguais e modalidades de inserção regional e internacional próprias – desenvolvem projetos ideológica e politicamente distantes entre si, dificultando assim as possibilidades de convergência entre iniciativas e decisões comuns para a região.

Não me cabe aqui avaliar a consistência da caracterização ideológica acima referida, apenas apontar sua importância na análise do cenário político que a América do Sul apresenta. De fato, a recente emergência de uma sucessão de vitórias eleitorais em que diferentes “esquerdas”, autodefinidas ou não como socialistas, em contraste com outras perspectivas vistas como de “direita” ou “liberais”, em um contexto em que os Estados que irão governar se movem entre processos de globalização do capital e do poder, conflitos políticos e sociais em nível regional e doméstico e crescimento desigual de suas economias, traz uma maior complexidade ao processo. (SEABRA DA CRUZ JÚNIOR, 2008)

Conscientes dessas dificuldades, alguns críticos consideram que a criação da UNASUL deveria ser o ponto de chegada de um processo prévio de integração entre a Comunidade Andina (CAN) e o Mercosul, que se constituiria gradualmente como seu embrião, e não o ponto de largada de um projeto a ser construído. Mesmo assim, é preciso levar em conta que a própria integração entre a CAN e o Mercosul vai exigir, para se tornar uma base concreta de lançamento do projeto, um trabalho extremamente minucioso de aproximação entre os dois blocos na medida em que, por apresentarem grandes assimetrias entre suas economias e divergências em muitas de suas propostas políticas, estas poderiam se tornar um obstáculo para um acordo regional efetivo em um prazo razoavelmente previsível.

Nesse sentido, se examinarmos comparativamente cada um deles, é inegável que os pontos de maior obstrução aparecem com mais clareza na Comunidade Andina (CAN) que, tendo atualmente como Estados-membros a Bolívia, a Colômbia, o Equador e o Peru, enfrentam internamente e entre si diferenças ideológicas profundas na



orientação de seus projetos políticos e assimetrias marcantes no nível de suas economias, assim como diferentes formas de inserção regional e global.²

No que se refere ao Mercosul, ainda que as dificuldades regionais e globais sejam de igual intensidade, certamente as dificuldades sub-regionais e domésticas são menores, uma vez que os conflitos políticos internos e entre seus países-membros tendem a ser menos graves e as identidades de seus cidadãos mais homogêneas.³ Contudo, o alto grau de assimetria econômica entre os dois maiores Estados do bloco (Argentina e Brasil) e os dois menores (Uruguai e Paraguai), dentro de um contexto no qual não fora incluído, no Tratado, o princípio de reciprocidade – que asseguraria uma distribuição equitativa dos benefícios obtidos entre esses quatro Estados – e sem que o Paraguai tivesse conseguido direito a um tratamento diferenciado, como país de menor desenvolvimento relativo, cria uma situação pouco favorável para uma ampla abertura de suas fronteiras internas. O que pode ocorrer nesses casos é que, pela falta de normas claras e prévias referentes ao deslocamento de pessoas, e levando-se em conta que as fronteiras entre os países do bloco são prioritariamente atravessadas pelos trabalhadores dos países menos desenvolvidos, se tenha a criação de medidas rígidas que dificultariam a livre circulação (ALIMONDA, 1995). A este quadro é preciso, ainda, acrescentar o fato de que o Mercosul está em plena fase de ampliação, uma vez que a Bolívia e o Chile (em 1996), o Peru (em 2003), a Colômbia e o Equador (em 2004) já se integraram ao bloco como membros-associados. No caso da Venezuela, na Conferência do Mercosul em Montevideu, em 2005, lhe foi outorgado o *status* de Estado-Associado em Processo de Adesão, o que indica que sua incorporação ao bloco como membro pleno está sendo negociada.

De uma maneira ou de outra, o que fica claro nesta discussão é que a América do Sul, em geral, e o Mercosul em particular, está diante de uma grave crise em que questões referentes ao emprego, equidade, segurança cidadã, inclusão social, e capacidade integradora, acompanhadas crescentemente por problemas propriamente políticos e de representação, obriga a que se faça uma reflexão séria sobre que novas saídas

²Na Comunidade Andina, o corte se dá entre, de um lado a Bolívia, governada por Evo Morales e o Equador, por Rafael Correa, situados à esquerda do espectro, e do outro o Peru e a Colômbia, governados por Alan Garcia, e Uribe, mais à direita.

³No ponto de vista político, tanto o Brasil, governado atualmente por Luis Inácio Lula da Silva, quanto a Argentina, por Néstor Kirchner e o Uruguai, por Tabaré Vazquez, considerados como de esquerda ou centro-esquerda, convergem em seu compromisso com a integração entre seus países. Já no que se refere ao Paraguai, com um passado prolongado e recente de golpes e tentativas de golpe de Estado, assassinatos políticos, prisões e demissão de governantes, este elegeu para presidente, em 2008, Fernando Lugo, ex-bispo católico, fortemente nacionalista que, tendo já assinalado conflitos com empresas brasileiras situadas em seu território, pode vir a ser uma fonte de dificuldades para o Mercosul.



poderiam ser encontradas para que os processos regionais ou sub-regionais de integração no nosso continente não sejam apenas retóricos ou, no melhor dos casos, essencialmente comercialistas.

A complexidade da questão reside justamente no que viemos apontando até agora, isto é: na diversidade das dimensões que um processo de integração carrega consigo uma vez que se trata de criar fórmulas para que a pluralidade dos novos atores que serão incluídos no processo (ou seja, os Estados e seus cidadãos) encontrem caminhos legítimos e legais comuns que lhes permitam transitar livremente por meio de uma lógica que não seja apenas nacional.

Essa perspectiva nos leva, se é que nos propomos seriamente a raciocinar em termos de integração, a analisar supranacionalmente os problemas que surgem em cada nação, na medida em que os desafios que se pretende resolver e os objetivos que devem ser alcançados requerem, necessariamente, a formação de identidades e de compromissos políticos que transcendam suas fronteiras nacionais. (SIERRA, 2004) O tema a ser discutido neste seminário é um bom exemplo desta prática, já que a livre-circulação de trabalhadores em um espaço regional politicamente integrado exige decisões coletivas não-separadas por barreiras territoriais, culturais ou de qualquer outra espécie.

O Mercosul: origem e trajetória

Tendo feito estas considerações gerais e antes de entrar no tema específico que me foi proposto, gostaria de voltar um pouco para trás e fazer uma apresentação rápida da trajetória do Mercosul desde o ponto de vista de seu modelo de integração, o que pode nos ajudar a situar com maior clareza a questão da livre circulação de seus trabalhadores em diferentes conjunturas de seu trajeto. Começo por me reportar aos anos 60, momento em que o projeto de integração da região latino-americana, sob a orientação teórica da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL), apontava para a adoção de um modelo de desenvolvimento integrado que tinha, como eixo central, uma política de substituição de importações destinada a dar condições para o surgimento de um parque industrial internacionalmente competitivo. Concretamente, o modelo propunha a formação de um mercado comum continental que, iniciado com a constituição de uma área de Livre Comércio (ALALC) formalmente estabelecida em 1960 pelo Tratado de Montevideu, previa a formação gradual de acordos sub-regionais nos marcos do projeto global, entre os quais o Pacto Andino, a Integração Centro-Americana e o Caricon. Posteriormente, em 1980, a criação da Associação Latino-Americana de Integração, a ALADI, arrematou o projeto que fora previsto. Em nenhuma dessas fases, contudo, a preocupação com a questão da livre circulação de trabalhadores esteve presente.



De qualquer maneira, a proposta ALALC/ALADI foi interrompida antes de obter os resultados esperados pela instauração de regimes militares em alguns países da região, situação que se prolongou até meados dos anos 80. Nesse contexto de governos autoritários, que foram se estabelecendo de forma não simultânea nos diferentes países, as clivagens político-ideológicas se fortaleceram, acentuando os impasses que já começavam a desgastar os processos de integração: de um lado, governos então democráticos, como os do Chile e Venezuela, olhavam com desconfiança o surgimento de governos autoritários na região, de outro, Argentina e Brasil, já sob regimes militares que partilhavam uma mesma visão geopolítica e nacionalista, disputavam a hegemonia do continente.⁴

Em meados dos anos 80, com a gradual democratização de parte dos países da região, especificamente do Brasil e da Argentina, o campo parecia livre para a retomada do projeto de integração. Com esse propósito, em 1986, é criado o Programa de Integração e Cooperação Bilateral Argentina-Brasil (PICAB) no marco do qual são assinados, ao longo dos anos 86/88, vinte e três Protocolos entre os quais o setor mais dinâmico foi o de bens de capital, essencial para a modernização e desenvolvimento científico-tecnológico do parque industrial nos dois países. As negociações prosseguiram conduzindo ao estabelecimento de vários mecanismos de cooperação entre suas economias e à criação do Grupo Mercado Comum que, passando a incluir o Paraguai e o Uruguai permitiu, em 26 de março 1991, a assinatura do Tratado de Assunção mediante o qual foi constituído o Mercado Comum do Sul – oficialmente chamado de Mercosul.

Gostaria de salientar que o acordo bilateral Argentina-Brasil fora de natureza essencialmente desenvolvimentista, no qual a idéia de preferências comerciais e de promoção de complementaridades intra-setoriais se confundiam com a própria idéia de integração. Esse modelo, contudo, caracterizado como um “regionalismo fechado”, não se reproduziu no Mercosul cujas políticas econômicas, inseridas na conjuntura neoliberal dos anos 90 e orientadas para a constituição inicial de uma união aduaneira e posteriormente de um mercado comum⁵ se voltaram na direção de um “regionalismo aberto”, estratégia melhor adequada às exigências de competitividade que, vindas do

⁴No Chile, o golpe militar do General Augusto Pinochet que derruba o governo democrático de Salvador Allende se deu em 1973, nove anos depois do início do ciclo de governos militares no Brasil, em 1964. A Argentina, por sua vez, abre em 1966 um período de governos militares, interrompido em começo dos anos 70 com a volta do peronismo ao poder, e se reproduz em 1976 com o golpe militar do General Videla.

⁵A União Aduaneira consiste em uma série de medidas que visam harmonizar as políticas comerciais do Mercosul em relação a terceiros. O alicerce que sustenta esta união é a Tarifa Externa Comum (TEC) que se aplica na forma de uma série de taxas de importação comuns aos quatro países nos produtos vindos de fora. O Mercado Comum, por sua vez, implica a livre circulação entre os Estados membros de bens, serviços, capital e mão de obra não havendo obstáculos relacionados com a circulação de seus cidadãos, e se espera uma harmonização legislativa em questões trabalhistas e previdenciárias.



plano global, traçaram as opções macro-econômicas dos Estados que compunham o bloco e os modelos de regionalismo que se propuseram a adotar.⁶

Na realidade o projeto Mercosul, ao se propor formar um bloco de países que tinham pesos diferentes nas arenas regional e internacional se fundamentou, como estratégia básica, em uma redefinição das relações regionais em que a tradicional rivalidade entre Argentina e Brasil se constituiu como o centro do processo, enquanto os países menores, Paraguai e Uruguai, na ausência de qualquer tratamento diferenciado que harmonizasse as desigualdades, ocuparam uma posição de retaguarda.

Esse modelo, contudo preocupava os trabalhadores. Desde os primeiros momentos da constituição do Mercosul, em dezembro de 1991, em um pronunciamento público dirigido aos Ministros de Trabalho do bloco, as Centrais Sindicais dos quatro países, reunidas na Coordenadora das Centrais do Cone Sul, lançaram uma Carta Social ou de Direitos Fundamentais do Mercosul, ao mesmo tempo em que propunham a ratificação pelos quatro países de um pacote de convenções da Organização Mundial do Trabalho instrumento que asseguraria a homogeneização das condições mínimas dos trabalhadores.

Essas duas iniciativas, ao mesmo tempo em que afirmavam seu compromisso com a integração, denunciavam a ausência, por parte dos governos, de uma opção clara que garantisse “que a transformação da estrutura produtiva não se desenvolveria em prejuízo dos trabalhadores e dos setores populares de qualquer dos países”⁷. Estes setores avaliavam que, em consequência das novas políticas de ajuste e da forte reestruturação produtiva, as taxas de desemprego tenderiam a aumentar, ao mesmo tempo em que a flexibilizar seus direitos enquanto trabalhadores e a diminuir seu poder aquisitivo. Essa avaliação se apoiava na idéia de que alguns dos principais objetivos incorporados ao Tratado, entre os quais, a harmonização de políticas e medidas macro-econômicas regionais que tinham como base uma Tarifa Externa Comum e Critérios de Origem haviam sido, na prática, deixados de lado, assim como políticas concretas voltadas para os problemas que poderiam surgir nos mercados de trabalho nacionais decorrentes do princípio de “livre mobilidade de fatores produtivos” nem haviam sido previstas no Tratado. Às dificuldades habituais em processos dessa natureza poder-se-ia acrescentar questões relacionadas com o deslocamento de mão-de-obra sub-contratada e clandestina entre países menos favorecidos que, ao gerar uma forte discriminação no campo da remuneração e demais condições trabalhistas, poderia gerar, em alguns setores, sentimentos nacionais de rejeição à uma futura livre circulação de tra-

⁷ Logo após a formação do Mercosul, as Centrais Sindicais de seus quatro países, por intermédio da Coordenação das Centrais Sindicais do Cone Sul, formaram uma rede que se constituiu como a principal articulação social presente nas discussões do Mercosul.



balhadores no Mercosul. Afirmavam ainda que circulação dos trabalhadores na região, sendo bem anterior à criação do Mercosul, exigia – em um contexto de integração – uma regulamentação clara e um tratamento urgente referente à criação de critérios comuns para solucionar o problema de deslocamentos intracomunitários relacionados com os direitos humanos e sociais de seus cidadãos.

Partindo desse ponto, e levando-se em conta a crescente consolidação e institucionalização dos acordos previstos no Tratado de Assunção, os trabalhadores organizados do Mercosul, tomaram a iniciativa de propor a criação de um espaço institucional alternativo onde pudessem atuar a partir de uma perspectiva sindical. Essa proposta se concretizou pela constituição de um subgrupo de trabalho, o n.º 11, ligado nesse momento especificamente a questões trabalhistas, emprego e seguridade social.

Abrindo um parêntesis, não é demais lembrar que a constituição de um Mercado Comum exige, além da presença de benefícios sociais em geral, que o fator trabalho, incluindo-se a não existência de fronteiras para seu deslocamento, seja especificamente considerado, o que implica que uma série de políticas concretas referentes a essa questão sejam implantadas. Entre elas é necessário assegurar, entre outras medidas, o livre acesso de trabalhadores de um Estado-membro aos postos de trabalho em outros Estados-membros, a garantia de um tratamento paritário em relação aos trabalhadores do lugar onde o serviço tenha sido prestado, e a manutenção de uma disciplina previdenciária durante e após a cessão do trabalho.

Retornando à trajetória do Mercosul, três anos depois da assinatura do Tratado de Assunção definiu-se, no âmbito do Protocolo de Ouro Preto assinado em dezembro de 1994, a estrutura institucional que deveria consolidar a união aduaneira prevista no Tratado. Esta estrutura, que concentrava em suas mãos o núcleo funcional do bloco, passou a ser administrada pelos setores burocrático-estatais dos governos de cada Estado-Parte, com visível exclusão de representação dos interesses da sociedade. A partir dessa perspectiva, foram mantidos os órgãos e as funções políticas já estabelecidas anteriormente, ao lado de outros organismos que deveriam dar suporte às questões políticas e às negociações econômicas mais complexas e diversificadas que iriam surgir com a constituição da união aduaneira e do mercado livre (GOUVEIA, 2008). Paralelamente, por proposta das Centrais Sindicais, foi criado, como instância de consulta obrigatória, o Foro Econômico Social, de caráter consultivo, dotado de autonomia e amplo poder de iniciativa permitindo acesso rápido a informações sobre as decisões tomadas pelos órgãos do Mercosul. Este foro que contava inicialmente com a participação de trabalhadores e empresários, foi aberto, no futuro, para outros setores organizados e representativos da sociedade.



Mesmo que o Protocolo de Ouro Preto não houvesse atingido todos os objetivos inscritos no Tratado de Assunção, o Mercosul pós-1994 passou a contar com instituições mais consolidadas, como o Conselho do Mercado Comum (CMC), seu órgão supremo, o Grupo Mercado Comum (GMC), seu órgão executivo com poder de criar Sub-Grupos de Trabalho, a Comissão Parlamentar Conjunta composta por deputados das respectivas Assembléias Nacionais, embrião do futuro Parlamento Mercosul, a Comissão de Comércio do Mercosul (CCM) e o Foro Consultivo Econômico e Social (FCEE) que, em representação dos setores econômicos privados, tanto empresários como trabalhadores e consumidores, teve como função a de elaborar e encaminhar recomendações ao GMC. Este órgão, mesmo sendo de caráter meramente consultivo, constituiu um caminho de entrada importante para a participação dos setores sociais, especialmente dos trabalhadores, nas negociações do Mercosul.

Paralelamente ao Foro Consultivo Econômico e Social, o antigo Subgrupo de Trabalho n.º 11, agora transformado em n.º 10, se constituiu como um amplo espaço de negociação entre os atores sociais públicos e privados, isto é: Ministérios do Trabalho, empregadores e sindicatos, estes últimos com direito apenas a voz e não a voto. Nesta fase do processo, a questão da livre-circulação de trabalhadores aparecia, mais uma vez, como uma etapa a ser atingida em algum momento do trajeto. Mas, para que isso pudesse ocorrer concretamente, era necessário que o problema da harmonização das legislações, prevista no Tratado de Assunção, e o da redução das assimetrias nas condições de emprego, questões ligadas intrinsecamente ao custo da mão-de-obra, fossem previamente solucionados. Como decorrência, o tema da livre-circulação dos trabalhadores não consta de forma explícita entre as normas que presidiram a implementação do Mercosul.⁸

Apesar dos avanços trazidos pelo Protocolo de Ouro Preto, o setor trabalhista do Mercosul, representado pela Coordenadora das Centrais Sindicais do Cone Sul (CCSCS), tendo avaliado que teria havido, nos anos que se seguiram, uma diminuição das atividades do Subgrupo de Trabalho n.º 10 e dificuldades no funcionamento do Foro Consultivo Econômico-Social propôs, em 2003, uma nova discussão a respeito. Os principais pontos a serem apresentados deveriam incluir uma “reforma político-institucional para consolidar a supranacionalidade, uma coordenação macroeconômica

⁸ O Tratado de Assunção de 26 de março de 1991 estabelece, em seu artigo 1º: a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, constituindo-se como uma das etapas do processo de integração do Mercado Comum do Sul. Esta liberdade permite que qualquer cidadão nacional de um Estado-parte possa se movimentar livremente para exercer atividades, econômicas ou não, estabelecer-se ou disponibilizar-se profissional ou comercialmente no território dos demais membros sem que contra si sejam impostas quaisquer medidas impeditivas ou restritivas ou ainda controle fronteiriços.



e social para acelerar a construção de economias produtivas integradas e o aprofundamento dos direitos sociais e trabalhistas”.⁹

Paralelamente ao movimento dos setores sindicais, mudanças de governos na região, especificamente na Argentina – com a posse de Néstor Kirchner, em maio de 2003 –, e no Brasil – com a posse de Luis Inácio Lula da Silva, em janeiro de 2003 –, e o prognóstico da vitória quase segura da Frente Ampla no Uruguai, concretizada em 31 de abril de 2004, assinalavam a possibilidade de definir novas prioridades, objetivos e métodos relacionados com a integração entre seus países. A esperança que esses novos governos traziam era de que os conflitos que dificultavam a consolidação da união aduaneira perdessem força e que se avançasse no caminho da constituição de um verdadeiro mercado comum com livre-circulação de mercadorias, pessoas, capital e serviços. Como objetivo concreto, o governo brasileiro apresentou, na Cúpula do Mercosul de junho de 2003, o “Programa para a Consolidação da União Aduaneira e para o lançamento do Mercado Comum objetivo 2006”, que continha um conjunto de propostas e iniciativas para que, em um prazo de quatro anos, se consolidasse a União Aduaneira e se assentasse as bases para a conformação do mercado comum.¹⁰

Em sua agenda interna, entre as múltiplas prioridades estabelecidas pelo Mercosul no documento apresentado, como a proposta argentina de criação de um Instituto Monetário do Mercosul, como base de uma convergência cambial, e a do Paraguai – dirigida ao tema conflitivo das assimetrias), as que interessam ressaltar aqui e já referidas em documentos anteriores, eram as que correspondiam à livre-circulação de cidadãos, tema complexo e multidisciplinar que abrangia, entre outras questões, às referentes à residência, ao reconhecimento de qualificações, ao exercício profissional e à prestação de serviços por pessoas físicas. Partindo dessa perspectiva, foi assinado em dezembro de 2002, juntamente com os países associados Bolívia e Chile, o “Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercosul”, iniciativa que marcou o início de uma nova etapa na história da integração dos Estados-membros do bloco, especificamente no domínio da livre circulação de pessoas e da consolidação do mercado comum. Este acordo estabelecia que todo o território deveria constituir uma “área de Livre Residência com direito ao trabalho” para todos os seus cidadãos, sem exigência de outro requisito além da própria nacionalidade, entendendo por isso cidadãos natos ou naturalizados há pelo menos cinco anos. A esse acordo, ratificado e

⁹ Proposta da Coordenadora das Centrais Sindicais do Cone Sul (CCSCS) e do Subgrupo de Trabalho n.º 10 Relações Trabalhistas Emprego e Seguridade Social (SGT0), 2003.

¹⁰ “Mercosul: para onde vamos”. Embaixador Bernardo Pericás Neto, Representante Permanente do Brasil junto à ALADI e ao Mercosul. Conferência proferida em 29 abril de 2004.



implementado somente pelo Brasil e Uruguai¹¹, veio juntar-se o “Visto Mercosul”, voltado para facilitar a circulação temporária de pessoas prestadoras de serviços, que incluía pessoas físicas e jurídicas de maneira igualitária, podendo cada uma delas entrar em qualquer dos Estados membros para exercer qualquer atividade econômica, e o “Mecanismo para o exercício profissional temporário”, relativo à cooperação entre os conselhos profissionais dos diferentes países do bloco (CAETANO, 2005).

Outros avanços na área trabalhista podem ser assinalados, entre os quais, em abril de 2004, a convocação pela Comissão do Mercado Comum da “Primeira Conferência Regional de Emprego”, constituída pelos Ministros do Trabalho, empregadores e sindicatos, que apresentaram uma recomendação orientada para a implantação de medidas que facilitassem a criação de empregos no âmbito do Mercosul. Como resultado, na Cúpula de Ouro Preto, em dezembro de 2004, é aprovada a criação de um “Grupo de Alto Nível (GAN)”, destinado à formulação de uma Estratégia Mercosul dirigida ao Crescimento do Emprego. Em 2005, a implantação do Acordo Multilateral de Seguridade Social – que fora assinado pelos quatro países do bloco em 1997, e cuja idéia inicial nascera de uma Comissão do SGT10 que realizava análise dos sistemas previdenciários dos quatro países membros visando gerar propostas que melhorassem seu desempenho – afetou, positivamente, a agenda social do Mercosul assim como a livre circulação de seus trabalhadores. É preciso lembrar que, sendo o Mercosul caracterizado como uma União Aduaneira imperfeita, seus trabalhadores que emigram não possuem regulamentação previdenciária que legitime seus deslocamentos, o que os torna sujeitos a uma precária inserção no mercado de trabalho dos países para os quais se deslocam e à uma posição inferior em sua escala sócio-profissional.

Contudo, o fato de que esta iniciativa, assim como todos os demais mecanismos do bloco cujas disposições são aplicáveis em todo o território do Mercosul, tenha caráter intergovernamental, faz com que tenda a centralizar suas decisões nos altos cargos políticos de cada Estado membro, o que dificulta a participação de outros atores da sociedade, como subgrupos de trabalho, o Foro Consultivo Econômico Social, sindicatos, etc. Mesmo assim, ao se constituir como um elemento de harmonização e convergência entre as legislações dos países do bloco, contribui para que seus trabalhadores e familiares possam ter seus direitos relativos à seguridade social garantidos quando mudam de país para cumprir funções laborais. Isso significa que, quando um trabalha-

¹¹ O Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai para implementação entre si do Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercosul, foi aprovado pelos respectivos Congressos Nacionais e ratificado pelos seus governos em dezembro de 2002. Quatro anos depois, em março de 2006, os Ministros de Estado e de Justiça desses dois países assinam uma portaria relativa à implantação entre si do referido acordo, únicos países em que o acordo tem vigência.



dor e sua família migram lhes serão dados, ao chegar ao lugar de destino, os mesmos direitos e deveres dos cidadãos nativos referidos acima, assim como sua aposentadoria representará a soma dos tempos de serviço prestados nos diferentes países, recebendo a contribuição em cada um em que o trabalhador exerceu seu ofício.

De qualquer maneira essas múltiplas iniciativas, mesmo com todas as dificuldades e omissões que enfrentam, representam um avanço significativo na agenda social do Mercosul, constituindo uma demonstração de que as questões sociais vêm ganhando maior presença nas negociações do bloco. Isto aparece com clareza na proposta de constituição de um Programa Mercosul Social e Participativo, instituído por decreto do Presidente Lula em seis de outubro do ano em curso, iniciativa que se propõe a intensificar as relações entre o governo e a sociedade civil no campo da integração regional. Para tanto, está sendo formado um Conselho composto por instituições da sociedade civil voltadas para esse tema, cuja primeira reunião se deu há alguns dias atrás, em Brasília, presidida pelo próprio Ministro Celso Amorim com a presença de diversos funcionários do Estado. Nessa ocasião, foram lançadas, no âmbito do referido Programa, um conjunto de diretrizes que – tendo como eixo os temas de Cidadania, Participação, Direitos Humanos, Diversidade e Saúde – cobrem a pluralidade de questões que serão discutidas neste seminário. No que se refere à livre-circulação de trabalhadores, quatro ações foram destacadas:

1. Assegurar a todos os cidadãos da região o direito à residência e ao usufruto de benefícios e facilidades nos territórios de todos os Estados-Partes e Associados do Mercosul, mediante trâmite simplificado para regularização migratória e obtenção de permissão de residência.
2. Avançar no reconhecimento de diplomas e certificados de formação emitidos por entidades nacionais de ensino e formação profissional transfronteiriços.
3. Facilitar o exercício profissional temporário e permanente como forma de ampliar as oportunidades de emprego dos trabalhadores em um espaço regional integrado.
4. Avançar na integração da proteção social dos Estados Partes e Associados do Mercosul com destaque para os sistemas de proteção previdenciária, de saúde, de assistência social e de trabalho.

Não é fácil, contudo, apostar em que tudo isso será cumprido, sobretudo se nos lembrarmos que o Mercosul, depois de quase 30 anos de vigência, ainda permanece na fase de uma União Aduaneira imperfeita que, apoiando-se, basicamente, em sua dimensão econômico-comercial, está longe de haver alcançado, na prática, a forma clássica de um Mercado Comum, como fora previsto no Tratado de Assunção, em 1991. Só



nos resta torcer e agir, nós como sociedade civil, para que isto aconteça e se amplie para toda a região, na medida em que – em uma conjuntura de crise econômica mundial da dimensão da que está ocorrendo e que tem como epicentro os países mais ricos, especificamente o mais poderoso entre eles – a integração entre nossos países não é apenas uma escolha entre outras e sim uma condição para que seu desenvolvimento, em termos de Estado e sociedade, não fique pelo meio do caminho.

Referências Bibliográficas

ALIMONDA, H. Mercosul: o ponto de vista das centrais sindicais. **Estudos Sociedade e Agricultura**, n.5, nov 1995, p.115-121.

CAETANO, G. Internacional: a Cúpula de Ouro Preto. In: **Portal da Fundação Perseu Abramo**, 2005. Disponível em <<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid-3236>>. Acesso em 15 outubro 2008.

CAMARGO, S. Brasil e Argentina, a integração em questão. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, n. 9, ano 5, jan/jun 1989.

CAMARGO, S. Mercosul: crise de crescimento ou crise terminal? **Lua Nova: Revista de cultura e política**, São Paulo, n. 68, 2006.

GOUVEIA, L. A influência do Acordo de Seguridade Social do Mercosul no mercado de trabalho brasileiro sub-regional. **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambú: ABEP, 29 de setembro de 2008.

MATTIOLI, M.C. **Circulação de trabalhadores no Mercosul**. Disponível em <<http://www.hottopos.com/harvard/mattioli.htm>>. Acesso em 15 outubro 2008.

RIBEIRO DE SANT'ANA, M. **A Livre Circulação de Trabalhadores no Mercosul**. Disponível em <<http://www.comciencia.br/reportagem/migrações/migr08.htm>>. Acesso em 15 outubro 2008.

SEABRA DA CRUZ JÚNIOR, A. Fazendo o Caminho ao Andar: Aportes Introdutórios para a Caracterização da Esquerda Latino-Americana no Começo do Século XXI. In: SOARES DE LIMA, M.R. (org.) **Desempenho de Governos progressistas no Cone Sul: Agendas Alternativas ao Neoliberalismo**. Rio de Janeiro: Edições IUPERJ, 2008.

SIERRA, G. Las matrices sociales en crisis, pero ahora en contexto Mercosu. In: SIERRA, G.; BERNARDES ALVARADO, M. (orgs.) **Democracia, Gobernanza y Desarrollo em el Mercosur: Hacia un proyecto propio en el Siglo XXI**. UNESCO/CLACSO, 2004.



Los recursos humanos en el proceso de integración del Mercosur

Sebastián Tobar

En el presente artículo realizaré una primera reflexión sobre los Recursos Humanos y los Servicios de Salud. Luego me posicionaré en el Subgrupo de Trabajo N°11 (SGT N°11) Salud y analizaré los aspectos específicos sobre los cuales se ha avanzado en la armonización dentro de este ámbito subregional.

Los recursos humanos no son un recurso similar a otros (físicos, presupuestarios, etc.). Sólo las personas realizan acciones que construyen la sociedad, por lo que se puede resaltar su carácter deliberante, que les permite proyectar su acción en una dirección determinada.

Uno de los rasgos distintivos del recurso humano es su capacidad de tomar decisiones. También es posible señalar que se construye históricamente a través de complejas conexiones que se establecen entre dimensiones simbólicas de la acción social; es decir, sus decisiones se construyen de forma intersubjetiva y tienen las particularidades del entorno en que se desenvuelve el ser humano. Estas características han impulsado nuevas corrientes de pensamiento que llegan inclusive a renegar la consideración de los seres humanos como un recurso homologable al dinero, los insumos, la infraestructura y la tecnología, proponiendo, en su lugar, el concepto de “gestión de personas”; “gestión del capital humano”, entre otros.



Cuando analizamos los recursos humanos, es necesario considerarlos como actores inteligentes, que tienen la capacidad de impulsar ideas para su desarrollo y generar alternativas propias.

Los recursos humanos en salud crean el proceso de producción y le dan forma y sentido a su práctica. No están en los servicios de salud, sino que son los servicios de salud. En este sentido podemos decir que se trata de *“gente que atiende gente”*. Por ende, la gestión de los recursos humanos en salud constituye un factor crítico de éxito en la producción de servicios de salud.

Una de las afirmaciones que se ha planteado es que los recursos humanos estuvieron ausentes de los procesos de reforma. Mi impresión es que en estos procesos de reforma de la década de los '90, de inspiración neoliberal, los recursos humanos estuvieron presentes pero cosificados, o como un recurso más que, por medio de reformas administrativas, se intentaba achicar en los organigramas de los cuadros de funcionarios, antes que motivarlos o reorientarlos a adoptar nuevos comportamientos.

El sector salud está caracterizado por un uso intensivo de mano de obra. Cerca del 70% del gasto de los servicios de salud son originados por decisiones de sus recursos humanos y, a la vez, ellos representan buena parte del presupuesto de las organizaciones y de los servicios de salud.

Una vez, hablando con un médico, yo le decía: “Usted, cuando está recetando, asigna recursos”. Y él me respondió: “No, yo no asigno recursos, en todo caso los proveerá la farmacia”. Una cosa que es necesario tener presente es que cuando el personal del sector de salud toma decisiones, esas decisiones implican recursos, constituyen una asignación de recursos o afectan recursos presupuestarios de la institución. Resaltar la complejidad del campo de los recursos humanos y ahora describiremos un poco más porqué.

Podemos afirmar que la fuerza de trabajo en salud se expande a un ritmo mayor que la de otros sectores económicos. Esto genera una presión de los recursos humanos, principalmente de los médicos, sobre el mercado de servicios de salud, elevando los costos de la atención e, incluso, induciendo la demanda por la prestación de ciertos servicios de salud. En Argentina, aunque no puedo generalizar, cada vez que un médico va a hacer una especialidad, vuelve e intenta abrir su especialidad en el hospital y genera la demanda. Entonces una hipótesis, ya no puedo decir que esté comprobado, es la del agotamiento del modelo de gestión de los recursos humanos del sector de salud, mostrando la necesidad de nuevas herramientas o de modelos de gestión innovadores.



En la región de las Américas, alrededor del 37% de los trabajadores, pertenece al sector salud. La expansión del número de trabajadores se incrementa y esto no necesariamente tiene una relación con la mejora en la calidad de los servicios de salud o con una mejoría en el estado de salud de la población.

¿Por qué hemos caracterizado al campo de los Recursos Humanos en Salud, como complejo?

Para contestar esta pregunta tenemos que plantearnos como está compuesto el Campo de los Recursos Humanos en Salud.

Gráfico N° 1: Campo de los Recursos Humanos en Salud



Fuente: Tobar et al., (2005)

Se trata de un ámbito de una gran complejidad, con diversidad de actores e instituciones que se relacionan de formas diferentes y complementarias: Entidades Formadoras, Gremios, Organizaciones Gubernamentales, Organismos de la Sociedad Civil, etc.

Estos actores se organizan en diferentes subsistemas, como son, por un lado, los mercados educativos (Universidades, Escuelas, etc.) que comprenden las instituciones formadoras de la fuerza de trabajo en salud. Por otro lado, encontramos el mercado de trabajo, que expresa la relación de la oferta de las instancias formadoras de recursos



humanos con las necesidades concretas de los efectores (públicos, privados y de la seguridad social). También tenemos el mercado de los servicios de salud que es donde, principalmente, la fuerza de trabajo en salud ofrece servicios a la población.

Los objetivos de estos actores, no necesariamente avanzan en el mismo sentido, e incluso se contraponen, entran en conflicto. Cada uno de los actores trata de maximizar sus intereses, pudiendo no coincidir con el interés general.

Hay, principalmente, dos momentos: El momento de la educación y el momento del trabajo. Estos momentos no necesariamente están coordinados. En el momento educativo, la formación de recursos humanos muchas veces tiene que ver con intereses de las Asociaciones Científicas, de las Corporaciones Profesionales y se lleva a cabo en un ámbito específico que son las Universidades y las Escuelas. La Educación Técnica en Brasil ha buscado la articulación de estos dos momentos, pero en Argentina tenemos el problema de que no siempre hay un diálogo entre las Instituciones de la Educación y las Instituciones del Trabajo.

Vinculados al momento del trabajo, tenemos a los servicios de salud tanto del sector público, de la Seguridad Social y del Sector Privado, en las que intervienen organizaciones como los sindicatos.

Para que el Campo de los Recursos Humanos funcione armónicamente u obre de manera socialmente deseable, es necesaria la intervención del Estado a través de la regulación, que precisa articular este momento de la Educación y del Trabajo, interviniendo en la educación y regulando los mercados de educación y del trabajo. Los mercados de salud poseen fuertes asimetrías de información y son imperfectos. Ya que los mercados son inevitablemente incompletos y los actores sectoriales tienen acceso a diferentes niveles de información, el problema que se presenta no es el del mercado versus el Estado, sino el de formular reglas de juego claras, capaces de persuadir actores individuales, sea la fuerza de trabajo en salud en general, sea la burocracia profesional pública, sean los agentes económicos, a comportarse de una manera colectivamente benéfica o socialmente deseable.

Es necesario tener en cuenta que la regulación de este campo no implica solamente decisiones técnicas sino, también y fundamentalmente, políticas. Esto envuelve el rescate de la autoridad sanitaria con poder de rectoría, como la gran directora de la orquesta que define las prioridades, modela conductas y sincroniza esfuerzos, colaborando, orientando y fortaleciendo a los diferentes actores del Campo. A su vez, es necesario establecer una adecuada división de responsabilidades en el Campo de los Recursos Humanos en Salud, definiendo el valor estra-



tégico de cada uno de los actores y buscando que el todo sea más que la suma de las partes y no un desparramo de recursos y esfuerzos.

Caso no involucremos a todos los actores de este campo de los recursos humanos, no será posible generar ninguna reforma del sector de salud. Es inviable generar una reforma sanitaria sin incluir a las Universidades y a las Escuelas y sin involucrar a las Asociaciones Profesionales o Sindicatos y a todos sus representantes.

¿Cómo podemos caracterizar los principales Problemas de los Recursos Humanos en Salud en Argentina?

Aproximadamente 40% de los recursos humanos del sector se desempeña en el subsistema público (Novick y Galín, 2001) y 70% son de sexo femenino¹. En 1998, se estimó que *el mercado de los recursos humanos en salud de Argentina involucraba aproximadamente 440 mil personas, de las cuales los médicos representaban el 25%, las auxiliares de enfermería y empíricos el 13 % y los psicólogos el 10%.*

Argentina es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo y el tercero en el continente americano (apenas superada por Cuba y Uruguay). En total, ejercen en el país 121.076 médicos (Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud), con una relación de 33,3 médicos cada 10.000 habitantes², con un rango que va de 110,57 cada 10.000 habitantes (en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) a 14,78 cada 10.000 (en la Provincia de Formosa). En la Tabla, a continuación, se presenta la distribución de médicos y enfermeras en las distintas jurisdicciones del país.

¹ El citado estudio muestra una fuerte variación según fuentes y registros. Así, para la Encuesta de Gastos de Hogares (ENCGH) de 1996/97 con una cobertura del 95%, del total urbano, la cifra de trabajadores en el ámbito de salud y servicios sociales alcanzaría a 614 mil ocupados. En cambio, para la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) con una cobertura del 66% de las áreas urbanas, la totalidad ascendería a 465 mil en el año 2000. Para el personal afectado a salud definido en forma restringida, la cifra sería de 406 mil. Si se considera esta información según el EPH, el personal afectado a salud representaría entre el 5 y un 6% sobre el total de la población PEA.

² Según la Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud en base al Censo del 2001, hay 1,1 partera para cada 10.000 habitantes, 5,1 farmacéuticos para cada 10.000 habitantes, 22,4 enfermeros para cada 10.000 habitantes y 9,3 odontólogos para cada 10.000 habitantes.



Tabla N° 1: Argentina- Distribución de Médicos en Jurisdicciones Provinciales y Ciudad de Buenos Aires

JURISDICCIÓN	MÉDICOS CADA 10.000 HABITANTES	ENFERMERO CADA 10.000 HABITANTES	MÉDICO X ENFERMERO
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	110,57	25,54	4,33
Buenos Aires	26,71	10,63	2,51
Catamarca	20,0	40,38	0,50
Chaco	17,59	17,42	1,01
Chubut	23,21	48,40	0,48
Cóedoba	44,12	12,08	3,65
Corrientes	23,79	44,36	0,54
Entre Ríos	20,58	56,40	0,36
Formosa	14,78	22,09	0,67
Jujuy	18,71	36,48	0,51
La Pampa	23,22	27,16	0,85
La Rioja	26,73	46,49	0,57
Mendoza	28,35	47,11	0,60
Misiones	14,98	13,32	1,12
Neuquén	27,59	33,70	0,82
Río Negro	25,9	59,02	0,44
Salta	20,01	69,39	0,29
San Juan	25,02	40,21	0,62
San Luis	25,25	44,03	0,57
Santa Cruz	25,03	43,21	0,58
Santa Fe	31,56	13,72	2,30
Santiago del Estero	15,75	27,47	0,57
Tierra del Fogo	33,24	12,07	2,75
Tucumán	28,07	15,34	1,83
TOTAL	33,39	22,40	1,49

Fuente: SSPRYF/ DNPRRHH-2005



*Uno de los aspectos más significativos es la tasa de crecimiento de la oferta de médicos*³. Entre 1980 y 2001 la población del país creció un 32% mientras que la cantidad de médicos creció un 242%, pasando la razón de médicos para cada diez mil habitantes de 12,6 a 32,6. La formación de médicos en la República Argentina se realiza en 25 instituciones universitarias distribuidas en todo el país, siendo 10 públicas y 15 privadas.

Considerando solamente el subsistema público, la disponibilidad de médicos también es alta. Un estudio oficial sobre base muestral estimó que el 30% del total de cargos en el sector público (78.064 sobre un total de 263.356) estaban ocupados por médicos⁴. Según el catastro de recursos de salud de 2001, en ese año trabajaban en el sector público 78.064 médicos. El número más que se duplicó en relación con el mismo estudio realizado sobre la base del catastro de 1980, cuando ejercían en el sector público unos 35.452 médicos, creciendo muy por encima de la capacidad instalada. La razón de médicos del subsistema público por cada diez mil habitantes es de 21,7 si se considera a la población total del país, de 44,8 si se considera exclusivamente a quienes no disponen de cobertura de seguros médicos y de 123 si se considera solo a los pobres estructurales (NBI).

Esta disponibilidad no es similar en el caso de los enfermeros y enfermeras. En la misma fuente se censaron 71.734 cargos totales. De este personal, los auxiliares constituyen el 73% del total. Así mismo, sólo el 2,4% de los cargos de enfermería corresponden a licenciados y el 4,3% a enfermeros universitarios. Por otra parte, este valor indica que la relación enfermero por médico, para el conjunto de los cargos relevados, es de 0,9%.

El principal problema de los recursos humanos, en el ámbito de la macrogestión, es la distorsión en cuanto a la relación médico/enfermero universitario (título de grado) que para el total del país es de casi 10 y que alcanza, según los datos censales, a 19 médicos por cada enfermero en la Ciudad de Buenos Aires⁵. Dicha distorsión pone en evidencia la necesidad de una estrategia para planificar ciertas profesiones dentro del sistema de salud. El total de enfermeras en el país es de 84.200, considerando licenciadas, profesionales y auxiliares (MSN, 2006).

³ Cada año egresan de las 25 escuelas de Medicina del país alrededor de 4.500 médicos de los más de 60 mil matriculados (González García y Tobar, 2004, página 310)

⁴ Estudio del MSAN sobre una muestra de trece provincias, nueve departamentos de capitales de provincia, todos los establecimientos oficiales de Mendoza y los establecimientos con internación de la provincia de Buenos Aires (ABRAMZON, 2002).

⁵ Ver Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud del Ministerio de Salud Año 1998 y ABRAMZON, M. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. OPS. Buenos Aires, 2005.



Como ocurre con todos los indicadores socioeconómicos, las cifras nacionales esconden grandes inequidades regionales. Así mientras que la razón de médicos cada diez mil habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es de 110,57, en la provincia de Formosa es apenas de 14,78.

La distribución de odontólogos es aún más desigual. Mientras que el promedio nacional es de 9,3 odontólogos para cada 10.000 habitantes, en la Provincia de Buenos Aires hay un odontólogo para cada 1.267 habitantes, en la Ciudad de Buenos Aires se registra un odontólogo para cada 367 habitantes y en Tierra del Fuego existe uno para cada 4.279 habitantes.

¿Cuál es la situación de los Técnicos en Salud en la República Argentina?

Un primer problema tiene que ver con la inexistencia de datos sobre los técnicos en salud en la República Argentina, porque no hay un registro exhaustivo de los mismos. Sin embargo, una realidad que se observa es que para una misma formación de técnicos, existe una diferencia de titulación, por los diferentes nombres que recibe su título. La descentralización educativa permitió que cada provincia formulara una oferta educativa para titular diferentes personas de acuerdo a sus realidades. Esto generó un efecto negativo, donde cada provincia orientó su oferta educativa a determinados perfiles de técnicos más ligados a las fuerzas del mercado que a las necesidades de los servicios de salud.

Hoy en día encontramos:

- Técnicos con diferentes nombres o denominaciones pero con la misma formación;
- Técnicos con el mismo nombre pero con la formación totalmente diferente;
- Cursos de formación de Técnicos en Salud que son hiperespecializados y no tienen nada que ver con las necesidades de los servicios de salud;
- Un gran conflicto entre la formación de técnicos y entre ellos y los profesionales.

Para intentar abordar estas diferentes problemáticas, se plantea que la Autoridad Sanitaria debe desarrollar la regulación mediante la intervención del Estado. La idea es plantear el trabajo conjunto entre las instituciones formadoras y de salud propiciándose su articulación y comunicación permanente.

En síntesis, los problemas de Recursos Humanos en Salud de Argentina tienen que ver, principalmente, con la distorsión de los perfiles de formación de los Recursos Humanos en relación con las necesidades de los servicios de salud y los desajustes en



la distribución de los mismos en las diferentes regiones o provincias del país. Esto nos plantea la necesidad de herramientas de planificación y regulación de los recursos humanos en salud.

¿Qué aspectos se han abordado en relación con los Recursos Humanos en Salud en el MERCOSUR?

En el MERCOSUR hay dos foros principales que tienen a la salud como uno de los principales focos de trabajo. El primero lo constituyen las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR. Reconociendo que los problemas de salud trascienden las fronteras, este foro apunta a armonizar políticas de salud en temas que los Ministros consideran prioritarios para lograr una mejor eficacia en la solución de los mismos. Estas reuniones han brindado un marco de debate para difundir informaciones, generar consensos y propiciar la negociación conjunta para acceder a ciertos bienes públicos y meritorios regionales en salud. Los acuerdos creados son básicamente para intercambiar información, experiencias, lecciones aprendidas, de manera de formular planes y programas comunes.

De hecho, han servido para desarrollar planes de acción conjunta para el control de enfermedades infectocontagiosas, cuya erradicación en un país genera una externalidad positiva para otro, evitando la propagación de la misma. Asimismo, estas reuniones se han planteado como un ámbito apropiado para la producción de conocimiento, la investigación y la realización de estudios de políticas comparadas, generando un círculo virtuoso para el proceso de *policy making*. Las Reuniones de Ministros han facilitado la dinámica de construcción de consensos entre los Ministros de Salud, basados en los principios de equidad, solidaridad y ubicando a la salud como un derecho fundamental.

El Segundo Foro es el SGT N° 11 Salud, que apunta a avanzar en la Libre Circulación de bienes, servicios y factores productivos, planteada en el Tratado de Asunción (1991). Este Subgrupo de Trabajo fue creado por la Resolución GMC N° 151/96 como órgano técnico de carácter deliberativo que centraliza el tratamiento de diversas cuestiones referidas a la armonización de las legislaciones nacionales en materia de regulación de la salud y a la compatibilización de los sistemas de control sanitario entre los Estados Partes.



Para su funcionamiento, este Subgrupo de trabajo tiene tres comisiones:



La **Comisión de Productos para la Salud**, que es la más antigua y tiene como función, principalmente, armonizar los parámetros, los atributos de cualidad de todos los medicamentos y tecnologías de la salud, propiciando que un medicamento o una tecnología que tiene un registro en un país, sea reconocido por el otro. Básicamente, los actores que participan en esta Comisión tienen que ver con lo que realiza la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) en Brasil y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en Argentina. La idea sería que un medicamento registrado en ANMAT, la Agencia Argentina, pueda ingresar en Brasil sin la necesidad de un nuevo registro sanitario, reconociéndose todos los procedimientos realizados por la autoridad sanitaria en todos los Estados Parte. Plantea avanzar en el ideal de reconocimiento mutuo.

La **Comisión de Vigilancia en Salud** plantea que la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos introducen la posibilidad de propagación de enfermedades, por lo que se propone armonizar los procedimientos de vigilancia y control de las enfermedades, en las aeronaves, transporte fluvial y automotor entre los Estados Parte. La idea es que todos tengan los mismos controles sanitarios y que, básicamente, si un camión de fuera del bloque entra y hace su control en una frontera no necesite hacer nuevos controles cuando está circulando dentro de los estados partes, o que haya procedimientos aceptados y racionales para que, caso exista una enfermedad, esta sea detectada en ese procedimiento.

La **Comisión de Servicios de Atención de la Salud** armoniza los parámetros y los atributos de cualidad de los servicios de salud y, dentro de ella, tenemos una subcomisión de Ejercicio Profesional.



Los principales temas que ha trabajado la Subcomisión de Ejercicio Profesional son:

- Requisitos de habilitación profesional para el nivel superior, técnico y auxiliar;
- Sistemas de Control de Ejercicio Profesional;
- Reconocimiento de Especialidades;
- Programas Conjuntos de Adiestramiento en Servicio y Fortalecimiento de entidades de salud formadoras de Recursos Humanos.

Los requisitos de habilitación profesional están relacionados con la idea de armonizar los conceptos de lo que entendemos como un profesional de nivel superior técnico y auxiliar de un país para que sea habilitado en otro, que haya sistemas de control del ejercicio profesional. Es decir, si soy médico, enfermero o técnico de salud ¿cuál sería la regulación que recibo en cada uno de los Estados partes? Esto es lo que la investigación del Politécnico intentó mapear. Básicamente la idea a la que se pretende arribar es al reconocimiento de especialidades, en el sentido de que los países vienen de una trayectoria sanitaria distinta, cada país tiene una historia donde las especialidades no tienen el mismo nombre y a veces no se corresponden sólo con el nombre. Por ejemplo, los profesionales denominados “Fisioterapeutas” en Brasil son conocidos como Kinesiólogos en Argentina. Puede existir solo una diferencia de denominación o también puede implicar competencias diferentes en uno u otro país.

Lo que se está haciendo en la Subcomisión de Ejercicio Profesional del MERCOSUR es, en primer lugar, registrar la totalidad de las especialidades de salud de los cuatro Estados partes, en seguida ver cuáles son las comunes, verificar las diferencias en lo que se refiere a las competencias que se supone que tiene cada especialidad e intentar avanzar en un camino común.

El último tema plantea avanzar en el desarrollo de programas conjuntos comunes a los Estados Partes de adiestramiento en servicio y fortalecimiento de entidades formadoras de recursos humanos en salud. Este camino va a plantear la articulación con las instituciones formadoras, porque no se puede desarrollar un programa de adiestramiento y formación, sobre todo, si uno no trabaja con el otro momento educativo que había planteado al principio.

En estos años de funcionamiento del SGT N°11 Salud se alcanzaron avances en estos temas con los siguientes logros:

Por medio de la Res. GMC N° 73/00 – Se aprobaron las Especialidades Médicas Comunes en el MERCOSUR. Se trata de un listado de especialidades médicas comunes a los Estados Partes que permite iniciar un camino en el proceso de armonización de criterios como: Tiempo de formación, contenidos de especialidades y formas de



evaluación. La Res. GMC N°58/01 - Principios Éticos Médicos del MERCOSUR, establece normas básicas para el ejercicio profesional médico. Otras dos resoluciones aprobadas desde la Subcomisión de Ejercicio Profesional, (Res GMC N° 27/04 y Res N° 66/06) están relacionadas con la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR. Esta Matriz se plantea como un instrumento donde se han depositado esperanzas, ya que permitirá consolidar información mínima armonizada de registro de profesionales de salud como medio para establecer un Registro de Profesionales en Salud. La idea es avanzar en el mapeo de los trabajadores de salud del MERCOSUR, no sólo los médicos, sino todos los trabajadores, incluyendo a los técnicos de salud.

¿Cuáles serían los próximos pasos?

Se priorizarán, en función de las necesidades y políticas de salud de los Estados Partes, las profesiones y áreas de salud a ser armonizadas, lo que implica la definición de criterios de evaluación y certificación de profesiones y especialistas de acuerdo con estas prioridades. Se plantea desarrollar el proceso de compatibilización de las especialidades de nivel superior. Para ello será necesario:

- a) 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.
- b) Identificar y priorizar las especialidades de las demás profesiones de nivel superior

La idea sería identificar cuáles serían las profesiones clave para las políticas sanitarias de los países, es decir, como el campo de los recursos humanos es muy grande y existen muchos actores, tenemos la necesidad de priorizar por cuáles vamos a comenzar y cuáles vamos a dejar para más tarde. Es lo que estamos haciendo ahora que tenemos la oportunidad de revisión de la pauta negociadora. Como es sabido, se avanza por una pauta negociadora, que sería la lista que establece todos los temas que se van a trabajar en el MERCOSUR Salud.

A partir de las especialidades priorizadas se avanzará en su compatibilización para obtener desarrollos curriculares en instituciones habilitadas que apunten al reconocimiento mutuo. Es aquello en que a menudo se pone de referencia a la Unión Europea (UE) cuando se habla de integración pero, a pesar de que en la UE hoy en día se tiene la libre circulación del ciudadano, de los trabajadores, cuando se habla de salud es poco lo que han avanzado hasta ahora. El médico de España no puede



automáticamente ejercer su profesión de salud en Francia, sólo son reconocidos automáticamente los que están formados por un procedimiento curricular específico. Entonces, éste es el camino que intentábamos trazar: Básicamente la idea de identificar y priorizar las demás especialidades de nivel superior.

En relación con la Matriz mínima se monitoreará su aplicación en los diferentes países del Bloque, con la intención de:

- Compatibilizar los tipos y niveles de sanciones de las profesiones de nivel superior para la aplicación de dicha matriz;
- Definir requisitos mínimos complementarios para solicitar autorización para ejercer actividad profesional en salud;
- Identificar organismos reguladores de la práctica profesional en Formación, Regulación del Ejercicio Profesional y del Mercado de trabajo;
- Armonizar los Sistemas de Información contenidos en la Matriz.

Deben destacarse las diferencias en cuanto a la regulación del ejercicio profesional entre los países del MERCOSUR. Por ejemplo, en Brasil, el ejercicio profesional está regulado por las Asociaciones Profesionales y los Consejos. En Argentina es diferente, ya que la mitad del país es regulado por los Estados provinciales y la otra mitad por los Consejos Profesionales. En Uruguay y Paraguay es regulado por el Estado a través de los Ministerios de Salud.

Algunas Conclusiones

Existen diversos modelos de integración en salud, que pueden ir desde algún tipo de integración en los servicios en las fronteras, hasta el máximo que es la portabilidad de derechos de salud de un ciudadano de un país a otro, con la posibilidad de acceder a los servicios de salud en otro país.

El Modelo de integración de salud en el MERCOSUR no ha definido con claridad una imagen-objetivo hacia donde avanzar en este sentido. La reflexión sobre este modelo, así como la definición de hacia dónde avanzar, constituiría un facilitador para el proceso de integración. En estos años de funcionamiento del MERCOSUR Salud se han instituido un conjunto de reglas del juego construidas a través del consenso. Hoy en día se avanzó con la posibilidad de la participación de nuevos actores, como son las Asociaciones y los Consejos Profesionales, lo que está dinamizando mucho el proceso de armonización en lo relativo al MERCOSUR.



Estos años de MERCOSUR Salud han permitido una dinámica interesante para la producción y el intercambio de información y conocimiento sobre la regulación en salud de los Estados Partes del Bloque, y se trabaja en el mejoramiento de estas capacidades reguladoras en salud. En este proceso de intercambio de información y mejoramiento de la capacidad reguladora en salud, se genera un círculo virtuoso para incorporar la innovación en el proceso de *policy making*.

La Matriz Mínima de datos de profesionales de la salud del MERCOSUR constituirá una herramienta muy importante para avanzar en la planificación de recursos humanos en salud. Tenemos muchas expectativas en este particular, porque pensamos que permitirá un instrumento más de regulación de políticas de salud a nivel nacional en cada uno de los países.

El proceso de armonización en el SGT N°11 Salud se ha venido concentrando en los profesionales médicos y es necesario que se extienda a otras categorías profesionales, donde los trabajadores técnicos en salud constituirían una categoría a ser incorporada a la brevedad.

Finalmente, la principal idea sería que para avanzar en este desafío de compatibilizar intereses de todos los actores del campo de recursos humanos hace falta, principalmente, una tecnología básica como es el consenso y definir una visión hacia la cual queremos llegar. Por eso me gustaría terminar con una historia de Mafalda, un personaje conocido en mi país, pero que ya se ha extendido a otros.

Estaba Mafalda hablando con sus amigos, Manolito y Felipe, y pregunta: “¿Hacia dónde creen que avanza la humanidad?”. Los dos responden: “Hacia delante”, pero uno agrega, señalando hacia la derecha: “Hacia adelante, para allá” y, el otro, dice al mismo tiempo, apuntando hacia la izquierda: “Para allá”. Entonces Mafalda concluye: “Ahora entiendo porqué cuesta tanto que la humanidad avance”. Este es nuestro desafío: Intentar compatibilizar los intereses de todos los actores del campo de los recursos humanos.



A formação dos trabalhadores técnicos em saúde e o processo de integração: a perspectiva brasileira

Maria Helena Machado

Gostaria de agradecer o convite para estar aqui e poder discutir um pouco sobre o Mercosul com vocês. Na verdade, acho que essa mesa é bem interessante porque é a fala oficial, representando os governos. De fato, o Sebastian Tobar já falou aqui bastante sobre o SGT n° 11, então tentarei não repetir.

Considero importante, ao discutirmos o Mercosul, apresentarmos alguns dados sobre o Brasil. O Brasil é um país de grande extensão territorial, apresentando pouco mais de 192 milhões de habitantes. Está dividido em 27 Estados e 5.564 municípios. Além disso, segundo dados do IBGE, possui nas fronteiras com outros países membros do Mercosul, 73 municípios, que englobam quase 2 milhões de habitantes e 14 mil empregos diretos na saúde.

A grandeza do Brasil, do ponto de vista da saúde no Mercosul, é que o Brasil tem mais de 2,5 milhões de empregos diretos, diferindo dos demais países membros do bloco. A composição desses empregos não difere muito do que é visto nos países de modo geral. No Brasil, tem crescido a participação do nível superior nos postos de trabalho, que hoje é de aproximadamente 34%. Tal percentual tende a crescer se levarmos em consideração o aumento do número de escolas de nível superior, especialmente Enfermagem, Medicina, Farmácia e Odontologia, conforme apontam os dados mais recentes do IBGE (2005).



Atualmente, o Brasil tem uma força de trabalho que atua na saúde constituída da seguinte forma: 34% de nível superior, que inclui médicos, enfermeiros, odontólogos, e todos aqueles postos que exigem nível universitário; 30% de técnicos e auxiliares; e 11,5% de nível elementar, que inclui um conjunto ainda razoável de atendentes de enfermagem (em extinção no país), além de 290 mil profissionais que representam os Agentes Comunitários de Saúde, categoria profissional que atua diretamente na comunidade do ponto de vista da Saúde Pública. Além de todos esses profissionais, cabe destacar o número crescente de pessoal que atua na administração, na gestão. Dos 2,5 milhões de trabalhadores em saúde, 25% atua diretamente na gestão dos serviços, na gestão do trabalho, dos ambulatórios, dos hospitais e na parte administrativa propriamente dita. É um número extremamente alto, pois utilizamos 25% de toda a nossa força de trabalho na administração, significando uma burocratização do Sistema Único de Saúde.

Na saúde, outro ponto importante para o Mercosul é a questão das profissões. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) definiu, por meio de Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998, as profissões que atuam na área da saúde, perfazendo um total de 14. São elas: Medicina, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Biologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Medicina Veterinária, Serviço Social, Psicologia, Educação Física e Biomedicina. Esses são os profissionais da saúde no Brasil, o que significa dizer que toda a nossa política deve englobá-los obrigatoriamente.

No entanto, o Conselho Nacional de Saúde tem uma dívida com os técnicos de saúde. Quando se firmou esse acordo através da resolução citada, só se pensou no nível superior. Por isso, esse é um ponto na agenda que precisa ser discutido pelo Conselho Nacional de Saúde. E os técnicos de saúde como ficam?

Do total das profissões que o Brasil define como da área da saúde, o Mercosul decidiu priorizar oito, a saber: Medicina, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Psicologia. Essas são as profissões que, prioritariamente, o Mercosul procurará harmonizar o seu exercício profissional e a sua formação. As demais profissões não são, nesse momento, alvo de discussão no Mercosul, porque ainda não se tem o consenso necessário.

Atualmente, o Brasil possui aproximadamente 300 mil médicos, mais de 100 mil enfermeiros, 70 mil farmacêuticos, quase 200 mil odontólogos, e em torno de 40 mil biólogos, atuando em todo o seu território. Entretanto, apesar do número expressivo de profissionais existentes, temos problemas graves de distribuição, principalmente na Região Amazônica. Além disso, em parte significativa das fronteiras, temos dificuldade de manutenção do profissional e às vezes até a sua ausência.



Outra questão importante para o nosso debate é a estrutura de regulação profissional no país, que é diferente de toda a América Latina. O Brasil tem Conselhos Profissionais que, por lei, registram, regulam e fiscalizam o exercício profissional. O Ministério da Saúde não tem em suas mãos o registro profissional como tem o Uruguai ou o Paraguai. Nesse aspecto, Argentina é mais parecida com o Brasil. No nosso país existem também as associações técnico-científicas que trabalham com toda a formação, chegando, em alguns casos, a ter a prerrogativa de ser detentora dos títulos de especialistas, como por exemplo, a Associação Médica Brasileira (AMB). E há, também, as confederações e federações sindicais que são o fórum da gestão do trabalho, que tratam das questões relativas ao mundo do trabalho. Pelo exposto, pode-se perceber a complexidade do processo regulatório brasileiro. Devido a essa estrutura, o diálogo permanente com as associações e conselhos profissionais é absolutamente obrigatório, pois quem registra, fiscaliza e controla os profissionais de saúde são essas instituições.

Por outro lado, cabe ressaltar que uma parte significativa das associações técnico-científicas participa, junto com o Ministério da Educação (MEC), das comissões de residência médica e residência multiprofissional. E pelo fato de o Ministério da Saúde ser o responsável pela ordenação da formação na área da saúde, cria-se uma área de tensão entre o MEC, o Ministério da Saúde e essas entidades, ou seja, a concertação política tem que se exercida o tempo todo.

No processo regulatório brasileiro, todas as profissões de saúde de nível superior são regulamentadas por lei e possuem um Conselho Profissional de âmbito nacional, responsável pelo registro e fiscalização do exercício profissional. Os Conselhos Profissionais mantêm registros centralizados de todos os profissionais e possuem estruturas estaduais ou regionais, que são responsáveis pela fiscalização do exercício profissional em sua área de atuação. Os títulos outorgados pelas instituições de ensino – públicas ou privadas – reconhecidas pelo Ministério da Educação possuem validade nacional e habilitam para requerer o registro profissional. Os títulos de instituições estrangeiras devem ser revalidados por uma universidade pública. Uma vez revalidados tem validade nacional e habilitam para requerer o registro profissional.

A própria residência é outro fator importante. Tanto a residência médica quanto a residência multiprofissional hoje tentam caminhar mais ou menos juntas, apesar ainda de existirem divisões importantes dentro do MEC em relação a essas duas instâncias de formação. É muito importante dizer que, para o Brasil, a forma mais comum de se tornar um especialista na saúde é através das residências, por causa dos médicos – residência médica – e, cada vez mais, pela discussão das residências multiprofissionais.



Há uma pergunta no ar que precisa ser feita o tempo todo. Eu coordeno uma câmara de regulação – é uma outra instância regulatória que o Ministério da Saúde criou recentemente – e nós temos, atualmente, aproximadamente 10 pedidos do Congresso Nacional para criar novas profissões ou novas especialidades. Por exemplo: acunpunturista é profissão de nível superior ou de nível médio ou uma especialidade? Provavelmente, será especialidade. Mas a pergunta que se faz logo a seguir é: Como é que eu me torno especialista? É com um programa de residência ou através de um curso de 360 horas? Para a Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), instituição do MEC que regula toda a formação de pós-graduação no Brasil, a carga mínima para um curso de especialização é de 360 horas. Mas, nós perguntamos: o que é um especialista na saúde? Não é a mesma coisa se tornar um especialista na gestão do trabalho do que se tornar um cardiologista ou oftalmologista ou enfermeiro obstetra são realidades muito distintas. Então, o Mercosul tem que trabalhar pensando nessa perspectiva também.

Importante ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde é um conselho deliberativo, com representação dos trabalhadores, usuários e gestores, sendo uma instância importantíssima de concertação política no país. Existem também a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, a Câmara de Regulação do Trabalho, a Câmara de Regulação da Educação e muitas outras instâncias de discussão. Entretanto, todos esses espaços se relacionam com o Ministério da Saúde, pois pela nossa legislação “ordenar a formação do trabalho é de responsabilidade da saúde”. Mesmo sendo o MEC responsável pela formação, o nosso Ministério da Saúde tem, por força da lei, a obrigação de dizer onde queremos formar, que profissionais queremos formar e de que formação necessitam essas pessoas. Para tratar dessas questões, nós criamos no Brasil – com caráter consultivo, mas extremamente importante – o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. É uma instância onde participam os trabalhadores e gestores, com todas aquelas composições de Conselhos, Associações e Sindicatos sob a coordenação do Ministério da Saúde, para subsidiar o governo na tomada de decisões. O Brasil é o único país do Mercosul, da América Latina, que tem esse tipo de Fórum. Então, quando tenho de representar o Brasil sobre alguma questão relativa ao exercício profissional, faço algumas reuniões com esse Fórum, ali me aconselho e fico sabendo exatamente a posição do médico, do enfermeiro, do odontólogo, do farmacêutico, dos técnicos, para poder tomar as decisões. Esse fórum foi criado desde 2004 e tem funcionado de uma forma extremamente ágil.

O Fórum trabalha com a agenda do Mercosul, sendo a definição das profissões prioritárias um dos pontos de importância colocados. Nós tínhamos trabalhado inicialmente no Mercosul, com a perspectiva de pensar, primeiro, o médico, depois o enfer-



meiro e agora o nutricionista. Mas, na última reunião, tomamos uma decisão política importantíssima: que todas as 8 profissões prioritárias serão automática e paralelamente trabalhadas. Então, estamos trabalhando com os fisioterapeutas, médicos, odontólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, etc. Vamos trabalhar com todos, porque com a lentidão que é natural no Mercosul, ao trabalhar profissão por profissão e especialidade por especialidade, nós não íamos terminar muito cedo. Dessa forma, poderemos trabalhar em conjunto todas as profissões de uma forma mais rápida.

Por outro lado, o processo de ampliação do Mercosul em curso, significa, em alguma medida, mais dificuldades. Se hoje temos dificuldades de chegarmos a consensos entre poucos países (Paraguai, Uruguai e Argentina), o que significará incluímos os outros países? Significa que nós vamos ter que ouvir mais a Bolívia, o Peru, o Equador, a Colômbia, o Chile, todos os países que, evidentemente, tem estruturas muito diferentes. Alguns dados rápidos podem nos ajudar a pensar esses problemas. O Mercosul é composto por cinco Estados-Parte (Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela) e, neste momento, por cinco Estados Associados (Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru). Algumas características merecem destaque: a extensão territorial dos Estados-Parte são bastante díspares, ou seja, enquanto o Brasil tem 8 milhões de km² e a Argentina mais 2 milhões, os demais Estados-Parte são bem menores, como por exemplo o Uruguai que possui menos de 200 mil km². Já os Estados Associados tem um equilíbrio territorial. Talvez a entrada deles possa equilibrar mais o Mercosul, já que são mais homogêneos e menores. Essa é a primeira assimetria: uma diferença territorial enorme que vai refletir sobre a população.

Da mesma forma, as populações são bem distintas: o Brasil tem 192 milhões de habitantes, 39 milhões a Argentina, Venezuela 27 milhões, Paraguai e Uruguai somam um pouco mais de 10 milhões de habitantes. Em relação aos Estados-Parte, apenas a Colômbia se destaca populacionalmente, com 47 milhões de habitantes. De um modo geral, o Bloco Associado tem populações similares. Resumindo, pode-se dizer que o Bloco Mercosul, com os seus Estados-Parte e Associados somam 17 milhões de km², com uma população de quase 400 milhões de habitantes – entendendo que quase a metade é do Brasil.

A taxa de urbanização populacional é mais equilibrada, oscilando entre 70 a 90%, excetuando Paraguai (58,4%), Bolívia (64,2%) e Equador (62,8%), com as menores taxas. Para o caso dos trabalhadores da saúde esses dados de urbanização são muito importantes.

Uma forte assimetria observada refere-se ao PIB. O Brasil apresenta um PIB da ordem de 700 milhões de dólares, a Argentina um PIB de 365 milhões de dólares



seguida da Venezuela com 154 milhões, Uruguai com 23 milhões e Paraguai com apenas 8 milhões. Quanto aos Estados Associados, o quadro se mostra com menor assimetria ou seja, dos cinco países, três têm PIBs equivalentes: Colômbia com 110 milhões de dólares, Chile com 102 milhões de dólares e Peru 74 milhões de dólares. Bolívia e Equador apresentam PIB de 10 e 22 milhões respectivamente. Esse é um ponto muito delicado que os países vem discutindo, no sentido de pensar como é que nós avançamos, também, na perspectiva de melhorar o padrão de vida, cultural, educacional, sócio-econômico e de industrialização desses países.

O crescimento demográfico é outro dado importante para a área da saúde. Ele é equilibrado (em torno de 1,2) excetuando dois opostos, Uruguai com a menor taxa de crescimento demográfico (0,6) e o Paraguai com a maior (2,4) – o Uruguai que resolveu não crescer em população e o Paraguai que resolveu povoar. Quanto à expectativa de vida, ela se apresentou também mais homogênea, excetuando a Bolívia onde a expectativa de vida é de 65,5 anos, bem abaixo das médias dos Estados-Parte e Associados. Chile e Uruguai têm as maiores taxas, ou seja: 78,5 e 76,1 anos, respectivamente. No Chile, essa expectativa de vida é equivalente a Europa e é diferente do resto dos países. De outro lado, a taxa de alfabetização, se apresenta razoável, superior a 88% da população no conjunto dos países. O Brasil, apesar do seu tamanho, do PIB, ainda tem o índice de analfabetismo muito alto, uns dos maiores da América Latina. O Brasil não faz bonito de jeito nenhum nessa área!

A mortalidade infantil, também é muito importante, porque estamos falando de profissionais que vão atuar diretamente nessas assimetrias dramáticas. Enquanto a Bolívia tem taxa de mortalidade infantil de 45,6 por 1.000 crianças nascidas vivas; Paraguai possui taxa de 34,0; Peru de 28,7; Chile tem taxa de 7,2 e Uruguai de 12,0. O Brasil apresenta a menor taxa de natalidade entre os países, ou seja: 6,4 por 1.000 habitantes. Por sua vez, Paraguai e Bolívia apresentam as maiores taxas de natalidade de 28,0 e 27,7 respectivamente. Ou seja, os países com mais dificuldades econômicas apresentam taxas mais altas de natalidade.

Voltando ao funcionamento institucional do Mercosul, Sebastian Tobar já falou sobre a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. O que importa da Subcomissão – eu participo dela há quase 6 anos, o mesmo período do Governo Lula – é que ela tem que criar parâmetros regulatórios para o exercício profissional. O que significa isso? Que ela tem que compatibilizar a formação com o conjunto de regras para atuar no mercado, o que significa ter parâmetros éticos, técnicos, jurídicos e organizativos. Parece simples, mas é absolutamente difícil de criar. Porque antes de dizer qual é o melhor currículo que devo ter, tenho que dizer o que é esse profissional. Hoje de manhã, eu ouvi a Marcela falando: “O que é um técnico?”, “Qual é a definição



de um técnico em saúde?”, “Qual é a definição de um profissional?”. E eu pergunto: “kinesiólogo” é o mesmo que fisioterapeuta? Sim ou não? O médico é o mesmo de lá e de cá? Sim ou não? Depois tenho que analisar o conteúdo da formação e resolver o seguinte: O que preciso para sair do país e atuar em outro lugar? Não é abrir a fronteira e dizer que os profissionais estão prontos.

Não tenho dúvidas que a Subcomissão foi criada exatamente porque os aspectos regulatórios da profissão na saúde têm que ser rigorosos. Então não basta ter o diploma reconhecido ou ter a chancela do Governo, é preciso criar regras que tenham parâmetros éticos e regulatórios, que permitam a atuação profissional independente da nacionalidade. Como é que eu me intitulo cardiologista? Como é que eu me intitulo técnico? Como é que eu me intitulo enfermeiro obstetra? O que é que define isso? Então, esse é um ponto extremamente delicado que precisa ser visto. Os desafios estão todos aqui.

Mas, no Brasil, o que acontece com os aspectos regulatórios do técnico? Parece até que não se discutiu os técnicos. É exatamente sobre os técnicos que nós vamos falar. Qual é o problema do Brasil em discutir sobre os técnicos? Quando nos debruçamos sobre a área técnica nós temos os seguintes problemas. Primeiro, o Brasil tem um conjunto de técnicos extremamente numeroso e diversificado. Nós temos técnicos em citopatologia, técnico de laboratório, técnico de radiologia, técnico de enfermagem, técnico de fisioterapia, técnico de equipamentos, técnico de registros, técnico em higiene dental, técnico de prótese dentária, etc. Podemos elencar aqui uns 15 a 20 técnicos considerados fundamentais. Uma parte significativa dessas carreiras de técnicos atua em conjunto com o profissional auxiliar no processo de trabalho.

Uma boa parte desses técnicos não tem nenhuma regulamentação em lei. Quer dizer, quem são esses profissionais? Qual é o aspecto oficial desses profissionais? Como é que ele se forma? Eu sei que a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) tem um papel extremamente importante na formação desses trabalhadores. Entretanto, o processo regulatório ainda não está resolvido no Brasil. A formação do técnico no país, de um modo geral, está entregue aos Estados – e eu acho que tem que estar mesmo – mas sem os parâmetros da formação. A maioria dessa formação é feita por escolas privadas e com pouquíssimo controle do Estado. Pior ainda, é a questão de saber quem são esses profissionais e com que perfil eles estão atuando no Sistema Único de Saúde. Além disso, existem vários processos para a abertura de novas profissões técnicas e novas profissões universitárias. O Congresso bate a porta criando optometrista (nível superior), acupuntura (nível superior), podólogo (nível superior), esteticista (nível superior), técnico em imobilização ortopédica, técnico em nutrição... São muitos, só estou dando exemplos de realidades que nos preocupam. A questão é: vamos dizer sim a todas as profissões, a todas as iniciativas de profissionais que surgem para a saúde ou



vamos rever essa situação? Vocês sabiam que tramita no Congresso do Brasil uma proposta de projeto para transformar as academias de ginástica em estabelecimentos de saúde? Os estabelecimentos que possuem pedicure, manicure, cabeleireiro podem também se tornar estabelecimentos de saúde! Isso significa estar dentro do Sistema Único de Saúde.

Em relação aos técnicos, queria dizer o seguinte: hoje nós temos dois movimentos muito claros. Por um lado, o crescimento do número de escolas de formação das quais, uma parte, está sem o controle do Estado – estou falando do Governo Estadual e dos próprios Ministérios da Saúde e da Educação – e por outro lado, um Congresso pedindo a aprovação de novos cursos técnicos na saúde. Então, hoje, o Brasil tem de discutir com as instituições, com os gestores, com as entidades técnico-científicas, com os Conselhos Profissionais, uma nova ordem de técnicos em saúde.

Devemos pensar em um técnico em saúde mais amplo, com uma formação mais consistente, que possa atuar nas várias possibilidades que a saúde exige ou somos favoráveis à criação de um técnico para cada especialidade, para cada profissão, como o Congresso está propondo? Provavelmente, é esse problema que a gente tem que discutir no Mercosul. A tendência para nós no Brasil, é querer discutir um outro profissional, um profissional da saúde, um técnico de saúde com formação básica, boa formação em enfermagem, em medicina, em fisioterapia, em farmácia, com especializações específicas para cada área de atuação. E não mais um técnico de enfermagem, um técnico de radiologia, um técnico de laboratório, um técnico de prótese, um podólogo, uma lista sem fim. Essa é uma discussão que, espero, o Politécnico nos ajude a pensar junto às Escolas Técnicas: para onde vão os técnicos? Na verdade, em vez de eu trazer soluções ou questões que o Governo aponta para vocês, trago um grande problema. E quero ouvir o que a pesquisa aponta: para onde caminham os técnicos. Para a pulverização das especialidades ou para a busca de uma nova ordem de formação, de exercício profissional para os técnicos? Como vamos regular e o que vamos regular do trabalho desses profissionais no Mercosul?

Gostaria de apontar outra questão que está relacionada aos técnicos: a equipe de enfermagem é a equipe, talvez, mais delicada hoje do Brasil. Eu estive recentemente no México em uma reunião com pesquisadores, e lá se discutiu para onde caminham os profissionais da saúde. Havia uma discussão muito forte com os seguintes elementos: o *boom* das escolas de saúde e, conseqüentemente, o boom das ofertas de cursos, o que levou a um desequilíbrio entre oferta e demanda, uma vez que estão sendo ofertados mais profissionais do que o sistema pode absorver. Esse desequilíbrio está por vir, já está anunciado. E para onde caminha isso? No México foi dito que, além do desequilíbrio entre oferta e demanda, precisamos hoje nos preocupar, também, com o desemprego.



O México detectou desemprego aberto entre enfermeiros e médicos. Então, para onde caminhamos? Qual é o equilíbrio? Não basta ficar dizendo que a África não tem profissionais de saúde. Aqui se vislumbra um desequilíbrio entre oferta e demanda, entre enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem. Cabe, então, perguntar: para onde caminha a equipe de enfermagem?

Por fim gostaria de deixar um assunto para o debate: o tecnólogo. O Conselho Nacional de Saúde do Brasil definiu que somos contra a criação do tecnólogo. Mas o Mercosul aponta para sua existência. Aqui – embora eu ache que é uma forma equivocadíssima – a gente continua falando que tecnólogo é um profissional de nível superior inacabado! Discordo, porque não sabemos bem o que seja um tecnólogo. Quem é o tecnólogo? Onde cabe o trabalho do tecnólogo? Qual é o conceito de tecnólogo? Qual é o conceito de técnico? Qual é o conceito de profissional? Eu acho que esse é o ponto que está em discussão. Diria aqui, sem medo de cometer equívocos, que nós do Mercosul não enfrentamos ainda o problema dos técnicos. Não, porque, como Sebastian Tobar falou, “é muito complexo”. Eu diria que é mais que complexo, é difícilimo!

No âmbito do Mercosul foi definido que o técnico de radiologia, de laboratório, de enfermagem, seriam os prioritários, por conta da equipe da qual eles fazem parte. Como é que nós vamos trabalhar? Quais são os critérios regulatórios dessa equipe? Qual seriam os parâmetros para fazer o que a gente chama de chancela, para que um técnico de enfermagem ou de radiologia sejam parecidos, semelhantes de um país para outro?

O Parlamento do Mercosul já está instalado e nós esperamos que no parlamento possa avançar mais rápida a discussão dos trabalhadores, da formação do ponto de vista regulatório. Acho que esse é o ponto mais delicado. O que regulo? Como regulo? Mas, para avançar, creio que o ideal seria a gente avançar junto. Avançar não deixando de lado nossa responsabilidade como Governo, de saber qual é o nosso papel nesse processo. Mas não tenho dúvida de que os trabalhadores têm que estar junto nessa discussão. Defendo isso ardorosamente. Assim, o Fórum do Mercosul do Brasil um dia será realidade como Fórum Mercosul do Mercosul.

Muito obrigada!



La formación de trabajadores técnicos en salud y el proceso de integración: la perspectiva paraguaya

Raúl Fernando Gulino Canese

El Presidente de la Fundación Osvaldo Cruz, Dr. Paulo Buss, en la mesa de apertura del Seminario, destacó la importancia que tienen, para todos los países de la región, los recursos humanos o trabajadores en el área de Salud, poniendo mucho énfasis en que, para el cumplimiento de las metas del milenio para el año 2015, si no nos apresuramos, probablemente llegaremos tarde. Por lo tanto, sí tiene mucha importancia lo que fue tratado en este encuentro, porque se refiere al recurso humano trabajador técnico en el área de Salud.

Límites y Desafíos para la integración y libre circulación de los trabajadores

Ante un emprendimiento de tanta envergadura, que torna posible la integración y la libre circulación de los trabajadores, también aparecen límites y esos límites significarán desafíos para los países involucrados en el sentido de corregir lo que, puntualmente, se denominan “asimetrías”. Estas asimetrías se dan indistintamente en el área de educación y en el área de trabajo.



Asimetrías en el área de educación: Los matriculados en los cursos técnicos en salud en Paraguay deben tener la educación media concluida; en Brasil se pueden cursar concomitantemente con la enseñanza de nivel medio (esta práctica ya existió en Paraguay pero fue abandonada). En Uruguay la formación del técnico es una formación universitaria. Por otro lado también es de notar que el perfil del egreso es diferente en cada carrera y aquí hablamos de las competencias. Muchas de estas competencias se adaptan a las necesidades propias de cada país, entonces es importante buscar un modelo de atención en el cual se puedan centrar las competencias en el área educativa o formativa.

En el “Llamado a la Acción de Toronto”, uno de los desafíos se refiere al modelo de atención con altos contenidos de Atención Primaria de Salud y Medicina Comunitaria y, específicamente, la meta 17 establece que en todos los programas educativos, los contenidos de atención primaria deben ser cercanos al 80%. Para Paraguay, hablar de Atención Primaria de Salud es algo demasiado nuevo y estimo que llevará algunos años para llegar al 80% de los contenidos académicos.

En lo que se refiere a la malla curricular, al contenido programático, a la carga horaria mínima, al modelo de enseñanza-aprendizaje, son todos aspectos educativos que podrán ser consensuados cuando se hayan establecido bien las competencias y se podrán establecer foros de educación, talleres, reuniones y grupos de trabajo, buscando el modelo que pueda ser implementado en los países miembros del bloque.

Finalmente se encuentra la articulación con el grado académico superior en el alcance de las competencias. En Paraguay no se encuentra bien delimitado donde termina la competencia del técnico y donde empieza la competencia del profesional universitario (Licenciado). Este tema debe ser tratado dentro del MERCOSUR, no como un límite rígido, sino bastante flexible para que permita una perfecta armonía de trabajo entre un nivel y el otro.

Asimetrías en el área de trabajo: Hay países que están mucho mejor posicionados que Paraguay en el área laboral y realmente eso representa una debilidad a la cual nos abocamos para poder alcanzar niveles óptimos de trabajo. En ese sentido, es importante conocer la disponibilidad del recurso humano de nivel técnico, su distribución en el Sistema de Salud y las condiciones laborales de este trabajador.



Disponibilidad, distribución y condiciones laborales de los trabajadores técnicos

En Paraguay están registrados 27.342 trabajadores en los niveles de Técnico Superior y Auxiliar. De este total 17.832 (65%) corresponden al nivel auxiliar. La cantidad ideal de trabajadores de salud, establecida como meta a alcanzar en el año 2015, es de 25 profesionales por 10.000 habitantes (número que incluye exclusivamente a médicos, enfermeras y obstetras calificadas). Este concepto excluye a los trabajadores del nivel auxiliar ya que no poseen competencias mínimas debido a su escasa formación. Un plan incluye nivelar a los trabajadores de nivel auxiliar al de nivel técnico mediante un proceso de capacitación.

Un porcentaje importante de los técnicos registrados a la fecha corresponden al área de enfermería (25%) y un poco menos a la de obstetricia (13%). En el área de auxiliares, se ha potenciado más el área de enfermería (74%).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social atiende aproximadamente al 70% de la población del país, quedando el 30% restante bajo la protección de la seguridad social y de seguros privados.

El personal que está en actividad y que corresponde a los Licenciados en Enfermería y Obstetricia es bajo (16%), aumenta un poco con el acople de los técnicos superiores en dicha área (5%); pero aún así esa proporción con relación a los médicos (que representan 32%) no es la ideal (debería ser una relación 1 a 1). La nivelación de los auxiliares a técnicos puede mejorar esta relación. Los datos estadísticos sobre los Recursos Humanos del Ministerio de Salud corresponden al mes de octubre 2008.

En lo que se refiere a la distribución geográfica de los Recursos Humanos en salud, ésta es muy injusta, como puede observarse en la siguiente tabla:



Tabla nº 1 – Distribución de RRHH en el Sistema de Salud en Paraguay

	Médicos	Lic.Enf	Lic.Obs	Téc. Enf.	Téc. Obs.	Aux. Enf.	Aux. Obs	Totales
Concepción	64	39	16	5	3	234	1	362
San Pedro	104	105	18	24	24	391	9	675
Cordillera	121	29	51	14	48	338	9	610
Guaira	97	76	10	2	24	267	15	491
Caaguazu	121	104	36	7	25	299	15	607
Caazapa	51	20	6	3	16	267	0	363
Itapua	141	81	9	11	7	281	10	540
Misiones	61	20	10	15	9	189	16	320
Paraguari	121	25	51	29	23	388	3	640
Alto Paraná	194	51	43	9	15	340	5	657
Central	1575	533	225	45	77	1488	14	3957
Neembucu	45	36	5	5	9	202	10	312
Amambay	57	48	11	3	1	80	0	200
Canindeyu	44	18	6	2	5	187	2	264
Chaco	69	16	6	4	7	128	5	235
Alto Paraguay	10	8	1	1	0	48	0	68
Goqueron	16	4	3	3	0	42	0	68
Capital	1568	501	110	150	29	1250	6	3614
TOTALES	4459	1714	617	332	322	6419	120	13983

El 70% de los Recursos Humanos está concentrado en la Capital y en el Departamento Central, mientras que el 70% de la población está en otras áreas, en otros departamentos. De hecho esta distribución es injusta, como ocurre en el Chaco en donde es demasiado baja la presencia de personal de salud. Entre las metas regionales para el 2015 también figura la de disminuir esta desproporción a, por lo menos, la mitad.

Las condiciones laborales. Está en marcha la realización de proyectos rápidos que lleven a la flexibilización del trabajo, del contrato, la desprecariación del trabajo, la remuneración justa para corregir el pluriempleo. Hace un año, aproximadamente, la carga horaria para la enfermera se redujo a seis horas diarias para que pueda descansar, pero en realidad fue para que esta profesional pudiera hacer otros turnos y ganar más dinero. Por otro lado, siempre hablamos de castigos o sanciones disciplinarias cuando se falta al trabajo pero nunca hay premios o incentivos cuando el trabajo es bueno.

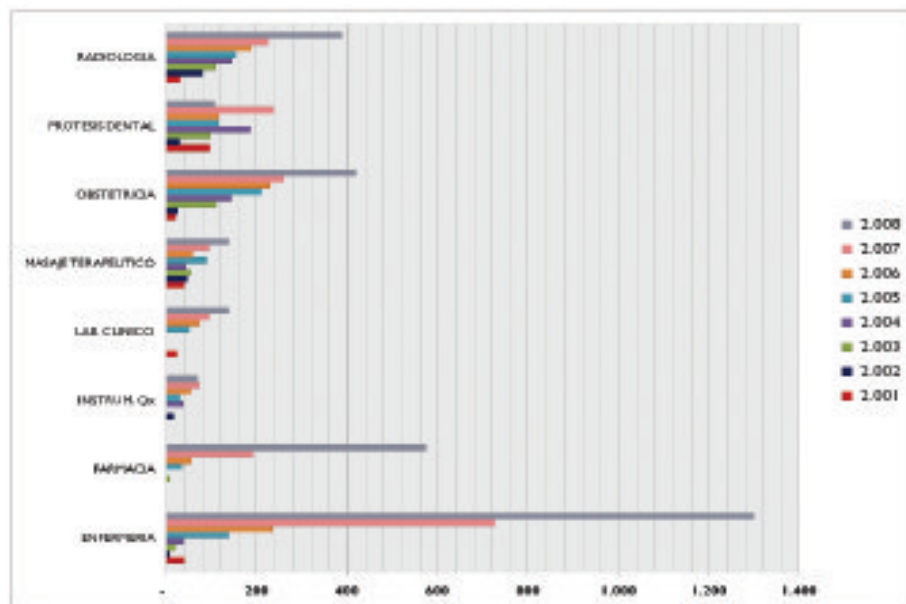


La modalidad de contratación también es un problema, porque tenemos el personal que es permanente y aquél que se llama “permanentemente” temporal. En este último caso al terminar el contrato temporal el profesional vuelve a ser contratado (contrato precario).

La Seguridad Social del trabajador de la salud no existe.

Fortalezas identificadas:

- **Aumento de la oferta en la Educación:** Han aumentado los Institutos Técnicos Superiores del área de salud y también han aumentado los alumnos matriculados. En el Gráfico 1 puede observarse cómo ha ido evolucionando esa matrícula desde el 2001 hasta el 2008, con un llamativo repunte a partir del año 2005 en adelante.



- **Articulación con el Ministerio de Educación y Cultura (MEC),** año 2004. El MEC es el ente rector de todo el sistema educativo. En el marco de la constitución nacional, carta magna de nuestro país, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que regula todas sus actividades mediante una ley que se llama Código Sanitario y el MEC que también está regulado por la Ley General de Educación, han incorporado al Instituto Nacional de Salud como un ente regulador (rector) de la educación técnica en el área de salud firmándose, por lo tanto, un convenio que hasta la fecha está vigente. En virtud de ese convenio se tiene un reglamento académico que, para el funcionamiento de los Institutos



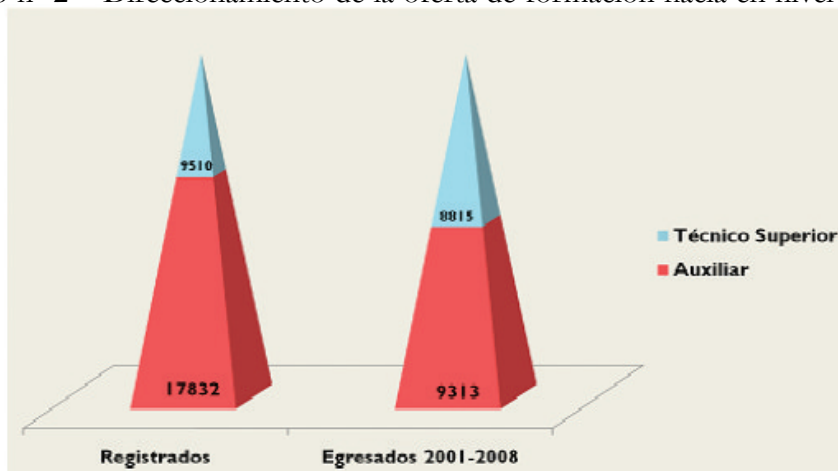
Técnicos Superiores, es su carta magna. Entonces buscamos ir perfeccionando esta articulación con el MEC siempre haciéndolo bajo lo que la ley establece para este tipo de actividad.

- **Proyecto TCC de cooperación entre Bolivia, Brasil y Paraguay**, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y también de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), para llevar adelante talleres, reuniones y seminarios. Están involucrados por Bolivia, las Escuelas Técnicas de Salud de la Paz y de Cochabamba; por Brasil, la EPSJV/Fiocruz y por Paraguay, el Instituto Nacional de Salud (INS). Gracias a esta actividad se ha podido implementar en nuestro país el primer curso de Técnicos en Registros e Información en Salud (Cutris), que ha fortalecido el Sistema Nacional de Informaciones en Salud (SINAIS).

- **Direccionamiento de la oferta de formación hacia el nivel Técnico superior.** En Paraguay, no vamos a llegar a la meta de 25 profesionales por 10.000 habitantes en el año 2015 sino incorporamos la fuerza de los técnicos superiores, específicamente del área de enfermería y obstetricia. Por lo tanto, además de direccionar la oferta hacia el nivel técnico, un segundo direccionamiento va dirigido al área de enfermería y de obstetricia.

En el 2004, la gran base de la pirámide del personal de salud en el área de enfermería está representada por los auxiliares. Actualmente, en virtud del direccionamiento de la oferta hacia un nivel técnico superior y por estarse abandonando la formación de los auxiliares, esa base aún sigue descansando en los auxiliares, pero en menor proporción (gráfico 2).

Gráfico nº 2 – Direccionamiento de la oferta de formación hacia en nivel técnico





Sugerencias para la integración y la libre circulación de trabajadores

1. Fortalecimiento del proceso de regulación para garantizar la calidad de la educación. Cada país podrá adoptar el modelo de regulación de acuerdo a cuestiones particulares. Nosotros abogamos a trabajar articuladamente con el MEC para la regulación de los Institutos Técnicos Superiores;
2. Direccionamiento de la oferta de la educación hacia aquellas carreras pertinentes a las necesidades del Sistema de Salud de cada país. En nuestro caso, se hace referencia al área específica de enfermería y obstetricia;
3. Fortalecimiento de la cooperación técnica entre países (TCC) para el intercambio de experiencias;
4. Integración de los Sistemas de Información relativos a los recursos humanos de nivel técnico. Actualmente, manejamos muy poca información con referencia a requisitos de habilitación o certificación de títulos extranjeros en el área técnica. Así como se está llegando a una matriz en el área profesional, también es importante llegar a una matriz en el área técnica, permitiendo la definición de criterios técnico-académicos para el reconocimiento de títulos expedidos en países miembros del MERCOSUR;
5. Definición de criterios para la certificación de competencias laborales en el momento del egreso.

Conclusión

Quisiera dejar la imagen de un horizonte lleno de cosas buenas y bonitas cuando se habla de la integración y de la libre circulación de los profesionales técnicos en el área de salud. A esas cosas buenas, para que lleguen a buen fin, hay que trabajarlas corrigiendo sus asimetrías. Para ello se deben desarrollar foros y talleres con la finalidad de llegar al consenso.

Pero existe algo preocupante: Ese horizonte también puede significar una mala palabra que se llama “migración”. Al principio, tenía la idea fija de que nuestro país, que se encuentra en vías de desarrollo, tenía que adoptar medidas proteccionistas para que no pierda a su personal de salud calificado, pues invertimos mucho en formarlo y después lo perdemos (nos han migrado una cantidad impresionante de enfermeras y obstetras calificadas). Sin embargo, creo que cada nación tiene que preocuparse por su trabajador y mejorar las condiciones laborales para que se quede en el país. No existe otra forma porque, finalmente, el trabajador es libre de decidir dónde quiere ir a ejercer su profesión.



La formación de trabajadores técnicos en salud y el proceso de integración: la perspectiva uruguaya

Gilberto Ríos Ferreira

Agradezco la invitación a los organizadores del Seminario, pues al haber ido cambiando el tema la mesa que me correspondió a partir del momento en que me contactaron, y al coincidir con el curso de especialización en gestión de recursos humanos que estaba teniendo, tuve que analizar mucho la problemática, no sólo del país, sino de la región. El tema me fue interesando cada vez más y me parece, incluso por las ponencias realizadas, que amerita un análisis con un enfoque mucho más profundo.

El propósito de mi presentación era dar una visión descriptiva del MERCOSUR desde el nivel más macro al nivel más micro, que es el de la Subcomisión de Ejercicio Profesional del Sub Grupo de Trabajo N° 11 “SALUD”, que ya fue mencionado por algunos de los que me precedieron, pero dando también una visión de Uruguay sobre el tema, desde la óptica de la Autoridad Sanitaria que es la responsabilidad que hoy tenemos. Verán otras cosas vinculadas a lo que son los aspectos más macros del MERCOSUR, donde lo que quiero resaltar, sobre todo desde que tomé conocimiento del Documento de Manguinhos, es que el MERCOSUR es un proceso dinámico. Algunos dicen que va muy lento, otros dicen que va muy rápido, pero en realidad, lo que sí es claro, es que se trata de un proceso muy complejo, muy difícil. Partió como un acuerdo esencialmente económico-comercial y se fueron incorporando otros componentes, pero



lo que me interesa remarcar es que, en el MERCOSUR, el tema de la Salud no fue una decisión del Bloque porque lo visualizó como un tema social y tenía que incorporarlo y analizarlo, sino que se agregó como un componente más, en realidad, por razones económicas-comerciales.

Las distintas dimensiones del MERCOSUR

Para nosotros, el MERCOSUR tiene tres dimensiones que nos ubican para poder trabajar en él, desde que la actual administración asumió en marzo del 2005 en Uruguay. En ese sentido, se visualiza un MERCOSUR con una dimensión económico-comercial; un MERCOSUR institucional donde lo último es la constitución del PARLASUR y, finalmente, una dimensión de MERCOSUR REAL que es el que no podemos perder de vista y sobre el cual proyectamos nuestras políticas. En definitiva, lo que nosotros necesitamos para poder avanzar es que aparte de la voluntad política en los temas más macros, existan políticas de Estado, que den señales claras, pasos concretos y simbología adecuada profundizando la identidad del bloque.

En el ámbito de la dimensión económico-comercial, el MERCOSUR tiene como propósito ser una zona de libre comercio, con el objetivo de reducir o eliminar las tarifas aduaneras. Actualmente, ésta es la fase más crítica del proceso de integración condicionando las demás dimensiones. El propósito final será la fase de unión aduanera, en que la circulación de bienes entre los países del bloque se vea favorecida, con vistas al establecimiento de una coordinación macroeconómica que tienda a la integración de las cadenas productivas.

En la dimensión institucional, el MERCOSUR estableció varios foros de negociación, algunos de naturaleza técnica y otros con funciones políticas o ejecutivas. Entre ellos se destacan: El Consejo Mercado Común (CMC), el Grupo Mercado Común (GMC), los Subgrupos de Trabajo (SGT), las reuniones de ministros, el comité de cooperación técnica y el Parlamento MERCOSUR. De los foros mencionados, el CMC es el órgano superior del MERCOSUR al cual le incumbe la conducción política del proceso de integración y la toma de decisiones para asegurar el cumplimiento de los objetivos establecidos por el Tratado de Asunción y para alcanzar la constitución final del mercado común. Está integrado por los Ministros de Relaciones Exteriores y por los Ministros de Economía, o sus equivalentes, de los Estados Partes. El GMC es el órgano ejecutivo del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), constituido por los SGT, por las reuniones especializadas, por los grupos ad hoc y por otras instancias de negociación como, por ejemplo, el comité de cooperación técnica.



En lo que denominamos la dimensión real, algunas cuestiones han sido motivo de preocupación y discusión, como la preservación de los recursos naturales de la región, el favorecimiento de la circulación de personas y la aprobación de un protocolo socio-laboral.

Estos son los organismos del MERCOSUR, que han ido funcionando y que han permitido darle también esa imagen que permite percibir al MERCOSUR como un bloque que efectivamente se está integrando.

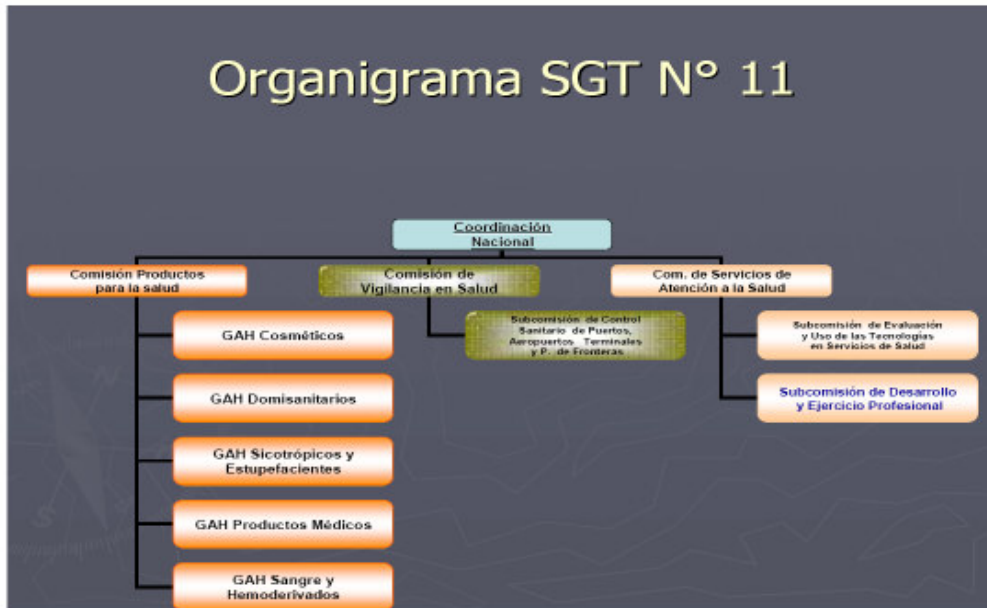
Para sintetizar, los problemas del MERCOSUR, tenemos que, por un lado se plantean objetivos tempranamente y frecuentemente nos encontramos y los ratificamos, pero escasamente se cumplen y eso genera frustración, erosión a las perspectivas de integración y mucha incertidumbre.

Salud y MERCOSUR

El tema salud surgió por el hecho de que la liberación comercial no sólo implica reducciones arancelarias, que era el propósito principal del MERCOSUR, sino que además también elimina restricciones no arancelarias. Para que productos y/o servicios circulen libremente en un mercado integrado, hay que armonizar leyes y reglamentos técnicos para evitar que se constituyan en restricciones no arancelarias, y en el área de salud los reglamentos sanitarios son los tipos más frecuentes de medidas no arancelarias. Fue por esa vía que se introdujo el tema de salud en el MERCOSUR. Inicialmente, a través del SGT n° 3 que establecía las normas técnicas subordinadas a lo estipulado por el GMC. Después, en 1995, a través de la decisión n° 03 del CMC, fue creada la reunión de Ministros del MERCOSUR que se propone aproximar las políticas sobre temas prevalecientes en la región y apuntar a enfoques regionales.

A través de la resolución GMS n° 151/96 fue creado el SGT n° 11, que pasó a tratar de armonizar reglamentos sanitarios para que estos no actúen como restricciones no arancelarias. Esto, como un ejemplo del dinamismo del proceso de integración y de como existen variables que no estaban previstas, que permiten, como en este caso, agregar a la salud como un elemento de integración. Y a partir de los reglamentos sanitarios vinculados a los productos para la salud, se fueron agregando la evolución de la tecnología médica, la vigilancia epidemiológica, la salud de fronteras, el ejercicio profesional, etc.

Para entender mejor su funcionamiento, el siguiente cuadro presenta el organigrama del SGT n° 11.



La Comisión de Servicios de Atención a la Salud del SGT 11, en cuya órbita funciona la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, fue donde comenzó a abordarse el tema de los recursos humanos del sector salud. Las pautas negociadoras de la Comisión incluían la identificación y especificación, en función de las necesidades y de las políticas de salud de los Estados Partes, qué profesiones y áreas de actuación serían priorizadas; la definición de criterios de evaluación y certificación de profesionales y especialistas; la identificación de las instituciones formadoras de los Estados Partes para las profesiones de nivel superior; el desarrollo del proceso de compatibilización de las especialidades de las profesiones de nivel superior; y la definición y acompañamiento del proceso de implementación de la Matriz Mínima para el Ejercicio Profesional.

Las discusiones del SGT comenzaron con una serie de categorías profesionales donde el tema de los técnicos y auxiliares no estaba presente. Eso tiene una explicación muy clara: Se decidió priorizar algunas profesiones y trabajar sobre ellas. Es un proceso lento de trabajo y los auxiliares y tecnólogos no están comprendidos en lo inmediato en la agenda, pero ello no quiere decir que no lo vayan a estar nunca.

Nosotros insistimos mucho en que el MERCOSUR no es una cosa inmutable, rígida y que no se modifica, al contrario es dinámico y, por lo tanto, si aparece un problema en los recursos humanos que tiene trascendencia puede tener suficientes argumentos como para que el tema sea incorporado a la discusión. La comisión ha avanzado mucho pero se ha concentrado notoriamente en profesiones de grado de medicina, odontología, licenciatura en enfermería, psicología, farmacia, bioquímica y licenciatura en nutrición.



Para problematizar, pregunto: ¿Conocemos la realidad de la formación de los técnicos de la región? Me parece que hay un problema en la nomenclatura, el nivel de formación, la cantidad que existe, si sobran, si faltan; creo que faltan. ¿Cuál es la perspectiva futura, con el desarrollo de los Sistemas de Salud y la reforma? ¿Van a sobrar o van a faltar? ¿Van a sobrar de un título y van a faltar de otro? ¿Los criterios de admisión son similares? Existen asimetrías importantes. Ya hemos escuchado propuestas, debates, sobre la formación de técnicos a partir de la formación básica y, en todo caso, su tránsito posterior al nivel universitario, si todos deben tener formación terciaria, etc. Hay una cosa que es clara: Los auxiliares existen, en todos los países y en una cantidad muy importante, y en muchos países si no existieran los auxiliares, muchos cometidos del Sistema Sanitario no se estarían realizando. Eso no quiere decir que estoy afirmando que se resuelve con eso, pero es una realidad y por algunos criterios de admisión que existen, nunca vamos a homologarlos, llevarlos al nivel de formación terciaria.

¿La disponibilidad se ajusta a la demanda?, ¿Esa demanda que hay hoy de técnicos es la demanda en función de las reformas o es la demanda del modelo predominante?, ¿Si cambian los modelos hegemónicos no va a dar otra demanda de recursos técnicos que implique otra capacidad de oferta de parte de la formación? Y después, a mí me parece que también sirve debatirlo en el MERCOSUR: ¿Cuáles han sido las políticas de intervención de cada país en esta materia?

Cuando estuve aquí en Río por el curso de Recursos Humanos, me fui maravillado con la estrategia del Ministerio de Salud de Brasil de tener a la Escuela Nacional de Salud Pública como un espacio para la formación en función de las necesidades de su Sistema de Salud. Nosotros estamos en otra situación totalmente diferente por la realidad de nuestro Sistema de formación de recursos humanos, por la autonomía de la Universidad y porque además nosotros teníamos un espacio para formar auxiliares dentro del Ministerio de Salud Pública y como parte del proceso de reforma lo trasladamos a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Republica. Cada país tiene su estrategia, quizás las experiencias buenas y las malas pueden colectivizarse y servir para que los demás países avancen en ese sentido.

La realidad uruguaya

Desde mi cargo en el Ministerio de Salud Pública (MSP), en el área de la rectoría y la autoridad sanitaria, somos los responsables por el registro y la habilitación de todos los profesionales en salud para el ejercicio legal de su respectiva disciplina. La actual estructura del Ministerio está conformada por dos direcciones: La Dirección General



de Salud (DIGESA) y la Dirección General de Secretaria (DIGESE), como se muestra en el siguiente cuadro:



Tal estructura también está en proceso de cambio, pues Uruguay está desarrollando una reforma profunda en su sistema de salud y la transformación tampoco es estática. No hay que hacer la reforma y después pensar qué hacemos con los recursos humanos, sino que la reforma nos está haciendo chocar con un montón de necesidades que nos obligan a tomar decisiones en la política de recursos humanos. Nuestra reforma implica un cambio del modelo de atención, para el cuál necesitamos determinado tipo de recursos humanos que no tenemos, porque los existentes responden a la lógica de un modelo hegemónico que hoy queremos cambiar.

En nuestro país existe una profusa legislación que regula todo lo que tiene que ver con la formación de los recursos humanos del sector salud, que creo que es pasible de modificación. El MSP tiene un valor agregado, en ese sentido. Desde el año 1934, cuando se crea el Ministerio de Salud Pública, somos la policía sanitaria y los responsables por el registro y habilitación para el ejercicio de todas las profesiones de la salud. En un proceso de negociación, ésta es la fortaleza principal del MSP, ante el proceso acelerado y dinámico de aparición de nuevas profesiones en el sector salud.

El marco normativo que establece esas decisiones, está compuesto por:

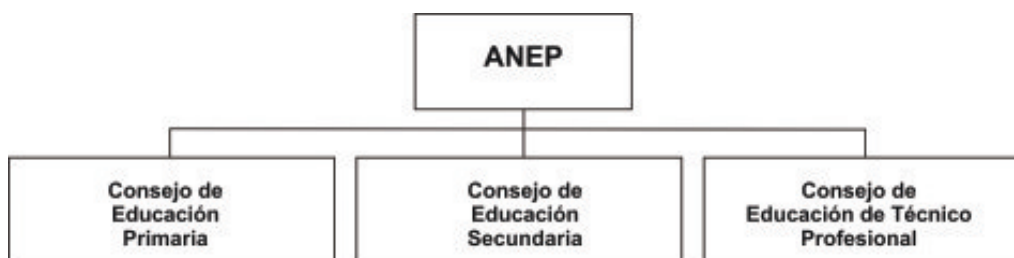
- La Ley 9202/1934 – Ley Orgánica del MSP;
- La Ley 12.549/1958 - Carta Orgánica de Udelar;



- El Decreto 346/1972 - Especialidades Médicas;
- La Ley 15.372/1983 - Residencias Médicas;
- La Ley 15.661/1984 - Universidades Privadas;
- La Ley 16614/1994 - Tecnólogos Médicos;
- La Ley 17.155/1999 y el Decreto 308/1995 - Ordenamiento ETP (Educación Técnico Profesional);
- La Ley 17.154 – Psicólogos.

Si miramos el sistema formador, vemos que nuestro Sistema Educativo Medio tiene un Consejo de Educación Técnico-Profesional, donde a partir de un nivel básico hay un primer abordaje de experiencias de formación en algunas disciplinas vinculadas al sector de salud.

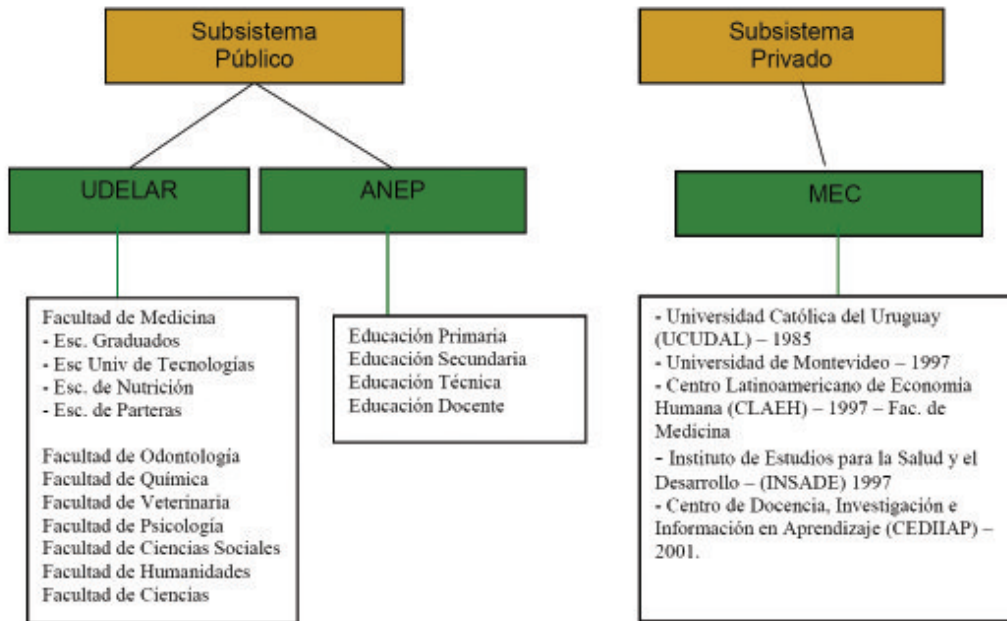
Administración Nacional de Educación Pública (ANEP)





Pero lo que interesa es que vean que esa estructura formadora, ya en el nivel superior universitario, tiene un peso predominante del sub-sector público, con un enorme peso de la Universidad de la República (UDELAR).

Estructura del Sistema Educativo



Existe además un subsistema privado que es relativamente pequeño, que apareció a finales de la dictadura y que tiene alguna experiencia en algunas carreras de grado y, sobre todo, a nivel de auxiliares.

Lo característico de este sistema formador es que funciona autónomamente. Prácticamente el sector salud tiene muy poca ingerencia sobre él y el Ministerio de Educación tiene muy poca ingerencia tanto sobre el sistema público como sobre el privado. En función de ello pretender establecer políticas que coordinen todos estos actores implica modificaciones de fondo en la estructura organizacional del Estado uruguayo.

Quiero mostrar que en nuestro país el peso predominante es del Sector Formador Público. El Sector Formador Privado es pequeño, trabaja en algunas carreras de grado y algunas carreras de auxiliares, pero también es muy dinámico. Hoy tiene un peso, pero puede ser mayor, en el caso de que el Sector Público no se adecue a las nuevas necesidades de la reforma. Por otro lado, esta realidad de un peso predominante del subsector público formador facilita la conformación de una alianza estratégica



entre salud y educación hacia un abordaje integral de la formación de RRHH de la salud. Y si a ello sumamos el valor agregado que tiene el Ministerio de Salud Pública, en el sentido de que al no haber colegiación de las Profesiones de Salud, la única forma de habilitación para el ejercicio profesional es pasar por el registro y la habilitación del Ministerio de Salud Pública, esta realidad genera condiciones para avanzar en una política de recursos humanos negociable y de concertación con actores dentro y fuera del Estado.

El capítulo III de la Ley Orgánica del MSP, n° 9.202 de 1934 establece que:

Artículo 13 – Nadie podrá ejercer la profesión de médico-cirujano, farmacéutico, odontólogo y obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las oficinas del Ministerio de Salud Pública

Artículo 14 – Corresponde al Ministerio de Salud Pública reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina.

También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia, de las sociedades mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo.

Así, el Ministerio de Salud registra títulos de grado, de las especialidades médicas que nosotros denominamos postgrados, las especialidades en enfermería, en odontología, psicología, farmacia, etc. Este cuadro muestra la variedad y cantidad de títulos que existen a nivel del país relacionados con el sector salud.

Cuadro n° 1 – Número de Títulos de Grado Terciarios y de Postgrado

Títulos de Grado	40
Esp. Médicas	54
Esp. Enfermería	35
Esp. Odontología	1
Esp. en Psicología	3
En Farmacia	3

Si miramos el siguiente cuadro vemos el peso del sector público, en las profesiones de grado, donde es notoria su incidencia en la formación. Se visualiza además la presencia del Sector Privado en algunas profesiones, en las cuáles, como en el caso de



Medicina, son una experiencia reciente en el país. La primera Facultad de Medicina privada fue creada hace tres años y el primer cohorte de alumnos está cursando el tercer año.

Cuadro n° 2 – Formación Universitaria de algunas carreras de grado

Profesión	Público	Privado
Médico	UDELAR/FM	Inst. Univ. CLAEH
Odontólogo	UDELAR/FO	Universidad Católica
Lic. en Enfermería	UDELAR/FE	Universidad Católica Inst. Univ. INSADE
Psicólogo	UDELAR/FP	Universidad Católica
Q. Farmacéutico	UDELAR/FQ	_____
Bioquímico	UDELAR/FQ	_____

En la formación en salud, los criterios de distinción entre Universidades e Institutos Universitarios son los siguientes:

- Universidad: Cuando se realizan actividades de enseñanza, investigación y extensión en tres o más áreas disciplinarias no afines, orgánicamente estructuradas en facultades, departamentos, o unidades académicas equivalentes;
- Instituto Universitario: Cuando se realizan actividades de enseñanza, investigación y extensión en una o más áreas disciplinarias afines o en dos no afines, orgánicamente estructuradas en facultades, departamentos o unidades académicas equivalentes.

Algunas Conclusiones

En Uruguay hay una heterogénea modalidad de formación de Técnicos y Auxiliares. Por un lado, hay una presencia muy fuerte de la Universidad en la formación de técnicos, pero en la formación de auxiliares hay también una presencia del sector privado. Como lo mencionamos anteriormente, también la había del sector público que ahora pasó a la Universidad y se crean dilemas: ¿A esa formación de auxiliares que hacía el sector público a través de una Escuela del Ministerio de Salud Pública que pasó a la Universidad se le van a hacer las mismas exigencias que a la formación



universitaria? Eso puede significar una mejora en la formación porque necesitan tener toda la secundaria completa para poder cursar, pero tal vez signifique una baja tasa de egresos de auxiliares en el sector público, lo que puede dar lugar a que el sector formador privado, aún poco regulado, aumente la capacidad de formar auxiliares y ocupe un espacio que puede ser de alta demanda.

Debemos tener en cuenta las fortalezas de un sector formador público que tiene un gran peso que debe ser aprovechado. Tiene que considerarse si toda la formación de tecnólogos y auxiliares debe necesariamente ser de nivel terciario; si es posible proyectar formaciones desde el nivel medio con un enlace con el nivel terciario.

Hay otros aspectos que me interesa colocar, que no son menores, para seguir problematizando sobre el tema y es lo referente a los indicadores internacionales sobre dotación de recursos.

Es muy fácil leer en el papel que sobre tal profesión la dotación adecuada es de X para cada mil habitantes. Pero si eso lo bajamos a la realidad, nos encontramos con una clara asimetría en su distribución, con altas concentraciones en la capital y en los grandes centros urbanos, determinando repercusiones directas sobre la resolutiveidad de los sistemas de salud.

Nosotros aprovechamos esta oportunidad para problematizar desde un aspecto más macro en la política de recursos humanos para el sector salud del Uruguay y, en particular, en el campo de los auxiliares y tecnólogos. Lo vemos como una necesidad ya que el año que viene en el país va a haber una incorporación intensiva de tecnología, de grande, mediano y bajo porte en función del proceso de reforma que estamos llevando adelante y esa tecnología está unida, indisolublemente, a recursos humanos para su aplicación. No queremos que se de la paradoja de que después del gran esfuerzo financiero para adquirir esa tecnología para que el primer nivel sea resolutivo, nos encontremos con que no tenemos la mano de obra calificada para su aplicación.

Básicamente lo que considero de mayor interés es el tema de los técnicos y auxiliares, que es un problema de la región y que hay que empezar a abordarlo, debemos conocerlo en toda su dimensión y debería integrarse a la agenda del MERCOSUR.

No obstante las prioridades que se han analizado en el SGT N° 11 hasta ahora, creo que en cualquier momento este tema nos va a tocar a todos en mayor o menor grado, por lo que es bueno que el ámbito del MERCOSUR sea un vehículo para el intercambio de información de las diferentes realidades y que, además, a nivel de cada uno de nuestros países, comencemos un debate para visualizarlo como problema, cuantificarlo y discutir colectivamente estrategias de intervención.

PARTE II

**Os desafios e as perspectivas da formação dos
trabalhadores técnicos em saúde: a situação dos
países do Mercosul**



Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina

Isabel Duré

Una mirada al sistema de salud

Para comenzar, comento brevemente que en Argentina el sistema de salud está muy fragmentado y es muy complejo. Se organiza en tres subsectores: El público, el privado y el de la seguridad social, de acuerdo con el lugar que cada persona ocupa respecto a su situación de trabajo. Al sector público acude la mitad de la población, en general población de escasos recursos o con situaciones de empleo precario, y quienes poseen trabajo formal se atienden a través de la Seguridad Social. Sólo una pequeña minoría cuenta con aseguramiento directo a través de empresas privadas de “medicina prepaga”.

El subsector de la Seguridad Social también está bastante fragmentado, ya que existen obras sociales de alcance nacional con regulación a través del Ministerio de Salud de la Nación, obras sociales provinciales con autonomía que nuclean a los trabajadores de las administraciones públicas provinciales y también una obra social muy importante que presta servicios a todos los jubilados y pensionados. Las obras sociales no suelen contar con prestadores propios y contratan servicios de salud con el sector privado. Por otra parte, la cobertura del sector público se da a distintos niveles jurisdiccionales: A nivel nacional se aporta financiamiento a través de diver-



tos programas, pero la mayoría de los servicios se prestan y financian a nivel provincial y municipal.

Argentina es un país federal y tanto la salud como la educación son competencia de las 23 provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Quizá se pueda comprender mejor la complejidad de este federalismo sabiendo que el país nace como Provincias Unidas del Río de la Plata. No hay un gobierno central que descentraliza sino que, cuando se forma el Estado Nación, las provincias le delegan algunas competencias a éste, entre las cuales no se incluyen las referidas a educación y salud. Ello genera problemas de equidad en el acceso a la educación y a la salud en todo el país y dificultades para armonizar estos servicios. Otro problema, que no es menor, es en relación con la disponibilidad de la información.

Una consideración general a tener en cuenta en el tema que nos ocupa es que el sistema de salud en Argentina es un sistema fuertemente médico hegemónico.

El sistema Educativo de la República Argentina

Respecto del Sistema Educativo, el derecho a enseñar y aprender está contemplado en la constitución nacional de la República Argentina y existe un extenso cuerpo normativo que da forma y regula a las instituciones del sistema. La educación obligatoria, en lo formal, se extiende desde el preescolar hasta la escuela secundaria y el Estado garantiza la accesibilidad de las personas.

Ya se ha hecho mención al carácter federal del país, que ha determinado una gran disparidad en el desarrollo de la oferta formativa. La educación superior se distribuye entre instituciones universitarias y de educación técnico profesional (de pregrado). Dentro de las universitarias se encuentran los institutos universitarios y las universidades, que gozan de plena autonomía tanto en lo administrativo como en lo académico, lo que implica que puedan decidir la apertura de nuevas formaciones sin ningún tipo de consenso previo, aún cuando deban pasar por un proceso de aprobación. Las escuelas técnico profesionales, por otra parte, son controladas por los ministerios de cada jurisdicción. Tanto las entidades universitarias como las técnico profesionales se inscriben en los ámbitos público y privado.

La formación de Postgrado en el sector de Salud incluye Especialidades, Maestrías y Doctorados. La misma se desarrolla a través de dos modalidades: La primera corresponde a la forma clásica, academicista, que tiene lugar en la institución educativa; la segunda, a nuestro juicio la más apropiada, corresponde a lo que se denomina formación en servicio. Un ejemplo de este último es el de las Residencias del Equipo de Salud.



El organismo rector en materia de Educación es el Ministerio de Educación, pero existe un órgano colegiado que reúne a los Ministros de Educación de las 24 jurisdicciones, el Consejo Federal de Educación, que es donde se toman las decisiones y los acuerdos educativos.

En síntesis, el sistema educativo está marcado por la autonomía universitaria y las competencias provinciales para los niveles técnicos, y, además, en estos niveles educativos tienen presencia el sector público y el privado.

¿Qué pasa en el campo de las Tecnicaturas?

Comencemos por aclarar a qué denominamos tecnicaturas en nuestro país. En Argentina las denominaciones están ligadas a los procesos de Educación Formal más que a la función. En nuestro medio, los “técnicos” son aquellos que tienen una formación superior, a la que pueden acceder con el nivel secundario completo. A los “auxiliares” no los incluimos en la categoría de “técnicos” porque su formación es de 900 horas, con una exigencia de un nivel primario previo. Entonces, en un contexto de jerarquización y reconocimiento profesional de los técnicos, para nosotros el auxiliar cumple una actividad técnica, pero no lo consideramos dentro de las Tecnicaturas. Todo esto tiene que ver además con una concepción y organización de nuestro sistema de salud, que es muy estratificado y jerárquico.

Entrando en la problemática específica del campo de las Tecnicaturas, el federalismo se expresa en la diversidad de formaciones y titulaciones: Nos encontramos con casos de una misma formación para distintas titulaciones o de una misma titulación para distintas formaciones. Se registran en el país (habilitadas para el ejercicio) 149 Tecnicaturas que corresponden a 47 ramas de formación, 14 Auxiliarios correspondientes a 9 ramas, y en la perspectiva legal también muchas superposiciones. Si se observan las Tecnicaturas que aparecen en todas las jurisdicciones, en las 24 provincias, se comprueba que únicamente son cuatro: Enfermería, Instrumentación Quirúrgica, las Tecnicaturas de Laboratorio y de Radiología, y dentro de los auxiliares, solamente los auxiliares de Enfermería. Respecto al resto, pueden estar unas u otras, es absolutamente variado. Entonces, el problema que enfrentamos es cómo organizamos el campo de la formación y lo articulamos con el campo laboral.

¿Dónde se forman los técnicos?

Estamos en camino hacia que todas nuestras Tecnicaturas sean de nivel superior. Actualmente, las Tecnicaturas se cursan en Institutos Terciarios públicos o



privados que dependen o están regulados por las jurisdicciones provinciales. También algunos técnicos se forman en las Universidades.

Las Tecnicaturas crecieron mucho en la década del '70 siguiendo la lógica del mercado, pero también lo han hecho por una necesidad de las distintas jurisdicciones provinciales de ir incorporando de manera rápida trabajadores a su sistema, paliando en algunos casos la falta de profesionales de grado. Las jurisdicciones, con la potestad de abrir Escuelas de Formación, se planteaban qué perfiles les hacían falta, cómo formar técnicos en un plazo de dos a tres años, y de paso contar con estudiantes que se insertaban en el sistema para realizar sus prácticas y reducían el déficit de recursos humanos.

Con respecto a la regulación de la formación, la Ley de Educación Superior cuenta con un instrumento (Artículo 43 Ley N^o 26.521) para apuntar a la calidad y a la armonización de la formación en las profesiones de grado denominadas “de riesgo social”, contemplado a través de un sistema de acreditación con la intervención de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. De las profesiones de salud hoy solamente están incluidas las carreras de Medicina y Odontología.

Entonces, ¿cómo estamos trabajando desde el Ministerio de Salud de la Nación para poder avanzar en un proceso de articulación y armonización entre la validez de los títulos y el otorgamiento de la matrícula en las Tecnicaturas del Equipo de Salud?

En el marco del Ministerio de Salud trabaja una Comisión Interministerial Salud-Educación, desde la cual se propone una política de articulación entre ambos sectores, que oriente los procesos de formación según criterios compartidos y promueva una articulación entre el otorgamiento de validez nacional y otorgamiento de la matrícula nacional para el ejercicio de la profesión. La validez nacional garantiza la validez del título profesional en todo el territorio y la matrícula habilita para el ejercicio de la profesión.

Esta Comisión viene trabajando desde 2002, a partir de un convenio que se estableció entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación y que se encuadra dentro de toda la normativa vigente – la Ley de Educación Nacional, la Ley de Educación Técnico Profesional y la Ley de Educación Superior-, y dentro de esta normativa merecen mencionarse los acuerdos del Consejo Federal de Educación y en especial el Acuerdo 23, que da marco específico a las Tecnicaturas. En este acuerdo se establecen los campos de formación, que deben garantizar una formación tanto general como específica. Se trata de cuatro campos:



- *El campo de formación general*, destinado a abordar los saberes que posibiliten la participación activa, reflexiva y crítica en los diversos ámbitos de la vida laboral y sociocultural y el desarrollo de una actitud ética respecto del continuo cambio tecnológico y social;
- *El campo de la formación de fundamento*, destinado a abordar los saberes científico-tecnológicos y socioculturales que otorgan sostén a los conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes propios del campo profesional en cuestión;
- *El campo de formación específica*, dedicado a abordar los saberes propios de cada campo profesional, así como también la contextualización de los desarrollados en la formación de fundamento;
- *El campo de formación de la práctica profesionalizante* destinado a posibilitar la integración y contrastación de los saberes construidos en la formación de los campos descritos, y garantizar la articulación teoría-práctica en los procesos formativos a través del acercamiento de los estudiantes a situaciones reales de trabajo.

En su conjunto, estos campos apuntan a desarrollar no solamente la base de conocimientos dirigidos al desempeño profesional sino también, desde un criterio más amplio, a formar trabajadores que puedan avanzar en el ejercicio de una ciudadanía activa. Entonces el saber técnico deja de constituir un mero conocimiento instrumental para desarrollarse como una profesión con fundamentos y práctica reflexiva. En ese sentido, está en línea con la búsqueda de una capacidad en los técnicos que les permita abordar los desafíos frecuentes que se plantean tanto desde el desarrollo tecnológico como desde las problemáticas sociales complejas.

¿Cómo se trabaja en la Comisión Interministerial?

Se trabaja en la elaboración de un Documento base. Este documento base, que va a ser aprobado tanto por la autoridad federal de salud como por la de educación, se transforma en el marco referencial para el desarrollo de la formación de la tecnicatura. Por supuesto, para la construcción de este documento se trabaja atendiendo a las regulaciones de los ejercicios profesionales y sus correspondientes habilitaciones, con una carga horaria mínima de 1600 horas reloj, a las cuales deberán adecuarse las Tecnicaturas Superiores en todo el país.



¿Cómo está constituido este Documento base?

El documento base tienen 4 capítulos: el perfil profesional, los contenidos básicos de la formación, los requisitos mínimos para el funcionamiento de la carrera y las actividades reservadas. Este documento permite orientar no sólo los procesos formativos a través del perfil profesional y los contenidos básicos, sino también el proceso de titulación y matriculación a través de la definición de las actividades reservadas, y a la vez, ir precisando las relaciones de los técnicos dentro del equipo de salud.

¿Cómo se elabora el documento base?

Se comienza por una observación de campo. El equipo de la Comisión Interministerial - quiero mencionar a sus integrantes ya que en el Seminario estuvo presente Jorge Rosenbaum, que es la contraparte de Educación, y por el lado del Ministerio de Salud, Lía Cordiviola y Alejandro Valitutti - va a ver el trabajo del técnico a Instituciones de distinta complejidad, tanto del sector público como del sector privado. No solamente se observa el trabajo, sino también el proceso de trabajo en el cual el técnico está inserto y el ámbito en el que desarrolla su actividad. En paralelo, se realiza una búsqueda documental de los antecedentes nacionales e institucionales que existen respecto de los programas de formación.

Finalmente, se conforma una *Comisión Consultiva* intersectorial interdisciplinaria. Esta es la parte más interesante de la elaboración del documento. Se convoca a los referentes del campo de esa Tecnicatura - responsables de formación de nivel superior universitario y no universitario, de las Asociaciones Profesionales, de Sociedades Científicas de Profesiones de Grado vinculadas con la práctica en análisis, Universidades - y se comienza con ellos un proceso de discusión sobre los contenidos del documento, en los que se consensua renglón por renglón. La elaboración de un documento puede llevar desde 9 meses hasta 3 años, un tiempo que en el momento en que se comienza se desconoce, aunque se puede inferir de acuerdo con las problemáticas del campo. Se utilizan estrategias de negociación y de mediación para ir resolviendo los problemas y, si hay puntos de conflicto, se puede convocar a referentes claves. Es importante resaltar que, en este proceso de construcción conjunta, las Asociaciones de Técnicos van sinérgicamente descubriendo, redescubriendo y redefiniendo cuál es el perfil y cuáles son sus actividades, las van identificando y a la vez poniéndole nombre, lo cual también les sirve para su desarrollo como Asociación y para ver qué puntos tienen que fortalecer como corporación para afianzar la actividad profesional de sus miembros.



¿Qué se toma en cuenta en la definición del perfil profesional?

En principio, se entiende que el técnico está inserto en un proceso de atención a un sujeto y que tiene competencias específicas, es decir, que el eje no está puesto en lo instrumental. Se trabaja sobre la adquisición de autonomía, el poder hacer con fundamento y poder dar cuenta de esos fundamentos, la responsabilidad sobre su propio trabajo y sobre quienes tiene a cargo, la participación del técnico en los procesos de control de calidad y de mejora permanente de los servicios, los procesos de investigación y acción y los de educación permanente en los que participa y su rol en los procesos de capacitación en servicio de los estudiantes. Desde la perspectiva del proceso de trabajo global, en la definición del perfil profesional se atiende a cuestiones que integran a las políticas de salud y a la inserción institucional. El técnico no sólo participa en los procesos de diagnóstico y tratamiento sino también en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que es un eje de la política sanitaria de nuestro país. El técnico integra el equipo de salud como un participante activo que trabaja interdisciplinariamente y, a la vez, intersectorialmente.

En cuanto a las bases curriculares, la idea es que haya bloques de contenido común, que contemplen la formación general, en la cual el tema de la comunicación que nos parece sumamente importante. La formación de fundamento incluye contenidos de salud pública, medio ambiente de trabajo, organización y gestión de las instituciones de salud, ética y actitudes relacionadas con el ejercicio profesional. En suma, contenidos que amplíen la perspectiva del técnico y cooperen para una mayor comprensión del campo y para su mejor inserción en el mismo. Se agregan a estos los de Formación Específica, tanto de fundamento desde la perspectiva del sujeto de atención y desde la perspectiva de la fundamentación técnica y tecnológica, así como los procesos tecnológicos específicos.

Una vez que el Documento base ha sido consensuado y suscripto por todos los actores que participaron en la Comisión Consultiva, se lo lleva al Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por los Ministros de Salud de todas las jurisdicciones, para que sea analizado por sus equipos técnicos. En alguna oportunidad las provincias formulan objeciones, en cuyo caso el documento vuelve a la Comisión, pero si el documento es aprobado por unanimidad es remitido al Consejo Federal de Educación, en donde se realiza el mismo proceso. Una vez aprobado por ambos Consejos, el documento está en condiciones de ser utilizado por cada jurisdicción para avanzar desde el perfil profesional y los contenidos curriculares en los diseños curriculares, para poder evaluar y supervisar a las Instituciones Formadoras con los requisitos de acreditación mínimos consensuados y para formalizar la habilitación del ejercicio profesional y el otorgamiento de la matrícula a partir de las actividades reservadas.



¿Qué conflictos aparecen en la Comisión Consultiva?

La duración de la discusión y la naturaleza de los conflictos tienen mucho que ver con los conflictos que se dan en el campo de cada Tecnicatura. El primer conflicto suele aparecer entre los profesionales de grado y los técnicos, en los puntos de contacto de las actividades, aunque un conflicto similar se hace evidente en aquellas profesiones que tienen un corte más generalista como la Enfermería. Otros puntos de discordia son la falta de reconocimiento de la transversalidad de actividades entre distintos técnicos o del grado de autonomía con que trabajan. En algunos casos particulares surge el reclamo de matrículas diferenciadas de acuerdo con el nivel de formación, por ejemplo, los instrumentadores quirúrgicos que realizan formación de grado están exigiendo contar con matrícula de “Licenciado en Instrumentación Quirúrgica” cuando en realidad la incumbencia sobre la cual se habilita el ejercicio profesional es la misma y la formación de grado no genera diferencia en relación con la asistencia a los pacientes.

¿Qué tecnicaturas están aprobadas?

Enfermería, Técnico Superior en Hemoterapia, Técnico Superior en Medicina Nuclear, Técnico Superior en Esterilización e Instrumentador Quirúrgico.

¿En qué Tecnicaturas se está trabajando?

Está en vías de ser aprobado por el Consejo Federal de Salud el documento completo de Técnico Superior en Neurofisiología. Hay Comisiones Consultivas funcionando en este momento para dos Tecnicaturas con presencia en las 24 jurisdicciones, que son: Radiología y Laboratorio. La Tecnicatura de Laboratorio fue una de las primeras en analizarse, pero quedó rezagada por las tensiones entre técnicos de laboratorio y bioquímicos, ya que en nuestro país hay una oferta importante de bioquímicos que en algunos casos realizan tareas de técnicos. Se está trabajando también en la formación profesional en Perfusión y revisando el Documento Superior de Técnicas de Prácticas Cardiológicas. En Enfermería, la Comisión que más ha avanzado, está en proceso de discusión un currículo modelo de referencia.

En un esfuerzo por sistematizar el campo se ha visualizado la Familia de los Técnicos del siguiente modo:

- Los que producen información acerca del paciente en imágenes;
- Los que elaboran información a partir de materiales biológicos;
- Los que producen “artefactos”;



- Los que procesan insumos;
- Los que brindan cuidados;
- Los que median instrumental, equipamiento y fármacos;
- Los que procesan información para la Gestión.

Esta categorización ha sido pensada teniendo como eje la atención a la persona y la competencia principal de cada Técnico Superior e involucra un esfuerzo por contener las 149 Tecnicaturas e ir ordenando el campo.

Un comentario respecto a la Tecnicatura de Enfermería. En este momento nuestro país está lanzando una Ley de Emergencia de Enfermería con un Plan Nacional de Desarrollo de esa profesión, por el cual se van a formar 45.000 enfermeras. Lo traigo a colación porque, más allá de las becas y de cómo va a estar organizado el plan, el proyecto de ley prevé que la Enfermería sea incorporada a estas carreras universitarias de riesgo social reguladas por la Ley de Educación Superior. Ello, sumado a que para la formación no universitaria ya contamos con un Documento de Enfermería, va a permitirnos contar con lineamientos curriculares comunes en todo el país. Así podremos avanzar en garantizar la equidad de la formación de un trabajador tan relevante como es el de enfermería a lo largo de todo nuestro territorio.

El proyecto de ley contempla además la exigencia del nivel secundario completo para cursar la formación de Auxiliar de Enfermería, que fue producto de una discusión muy ardua respecto de cómo avanzar en la profesionalización de las enfermeras si se seguían formando auxiliares que tenían nivel primario y 900 horas de formación. En un país con educación secundaria obligatoria, no deberíamos seguir pensando en ningún nivel de auxiliar que no tuviera el secundario completo.

Para terminar, **¿cuáles son los desafíos que enfrentamos?** Un primer desafío es el de contar con información adecuada sobre los técnicos de salud, ya que recordemos que coexisten tres niveles jurisdiccionales que emplean trabajadores de salud y tres subsectores que dan cobertura de salud. Así, el acceso a la información de recursos humanos es sumamente arduo y esto no es solamente para los técnicos, es para todos. Para poder avanzar en un proceso de toma de decisiones, en temas que incluso parecen tan sencillos como la denominación, necesitamos información.

Desde el punto de vista de la formación, el desafío es el de armonizar los currículos de nivel superior universitario y no universitario. Desearíamos que sucediera con las tecnicaturas de mayor desarrollo lo que se está dando con Enfermería, alcanzar una formación más uniforme a nivel federal. Pero también pensamos que, como lo dijo María Elena Machado, se debe instalar una discusión a respecto de qué procesos de



trabajo requieren una formación técnica terciaria y qué procesos de trabajo requieren una formación de grado. En ese sentido, observamos cómo impacta el mercado de trabajo a través de las carreras sanitarias del sector público, ya que la jerarquización salarial de los profesionales de grado universitario genera que los trabajadores técnicos busquen una mayor formación, lo que a su vez deriva en una mayor oferta universitaria, que realimenta el proceso.

Por otra parte, creemos que las Tecnicaturas deben profundizar su proceso de profesionalización. En Enfermería se han logrado avances no sólo desde la definición de sus saberes científicos, sino desde su crecimiento como corporación, entendiendo que la corporativización es uno de los componentes de la profesionalización. Creemos que los técnicos todavía tienen un camino a recorrer en ese sentido, pero sin llegar al extremo de que las discusiones se centren exclusivamente en problemas corporativos, porque entonces los médicos discutirían sus problemas, los técnicos y las enfermeras los suyos y no discutiríamos problemas de salud.

Para finalizar, les recuerdo que todo esto es un problema más del área de los Recursos Humanos y que no debemos perder la perspectiva de que estamos dentro de este campo.



La formación de trabajadores técnicos en salud en Bolivia: desafíos y perspectivas de la formación de los trabajadores y técnicos en salud

María Isabel Fernández Canqui

Elba Oliveira Choque

Ustedes saben que nuestro país en este momento está pasando por un proceso de transformación muy profundo. Al margen de los conflictos sociales y políticos, el sistema de salud también atraviesa por esos procesos de cambio, pues desde hace 2 años y medio, casi 3, ha entendido que su diversidad tiene mucho que ver con el tema de la salud y su complejidad, también en función de demandas de derechos, en el afán de encontrar la equidad, la igualdad para todos nosotros como ciudadanos bolivianos. En este contexto vamos a hacer una pequeña remembranza de lo que fue la Escuela Nacional de Salud Pública.

La Escuela de Salud Pública de La Paz

La Escuela de Salud Pública de La Paz es una unidad desconcentrada del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se funda en el año 1962 por una necesidad de responder a la demanda del sistema en función de una reestructuración y un posicionamiento en toda la estructura del gobierno.



¿Y qué ha hecho la Escuela desde el año 1962, qué actividades ha desarrollado?

Su primera actividad prioritaria, desde ese entonces hasta ahora, es la formación de auxiliares en Enfermería. Cuando se inicia este proceso el requisito para postularse a este curso era haber concluido la secundaria. Tenía una carga horaria que no sobrepasaba las 600 horas y ante todo se dedicó mucho tiempo a profesionalizar el recurso empírico que teníamos hasta ese entonces. Posteriormente, también ya en función de la necesidad del sistema, pasó a formar Técnicos en Radiología o Técnicos Operadores en Radiología, Auxiliares Dentales o Asistentes Dentales, Técnicos en Salud Ambiental y Técnicos en Estadística. Cada uno de éstos con sus propias particularidades, pero siempre con la debilidad de no haber concluido la escolarización secundaria.

La Escuela Nacional de Salud ha formado, desde su fundación un total de 4.846 profesionales, auxiliares y técnicos. Entre ellos, obviamente, predominan los auxiliares de Enfermería, como puede observarse en la siguiente tabla.

Tabla n° 1 – Estudiantes formados en la Escuela Nacional de Salud Pública

CATEGORIAS	AÑOS	TOTAL
Aux. de Enfermería	1960 - 1969	208
Aux. de Enfermería	1970 - 1979	683
Aux. de Enfermería	1980 - 1989	1607
Tec. Opera. R.X.	1980 - 1989	66
Tec. Estadística	1980 - 1989	53
Aux. de Odontología	1980 - 1989	47
Aux. de Enfermería	1990 - 1999	1607
Tec. Saneamiento	1990 - 1999	46
Aux. de Enfermería	2000 - 2007	487
Tec. Estadística	2000 - 2007	23
Tec. S. Ambiental	2000 - 2007	19
TOTAL		4846

Lamentablemente, en el año 1993 nuestro país entra en otro proceso de cambio traumático y profundo, cuando se implanta la ley de la Reforma Educativa (Ley n° 1.565 de 7 de julio de 2004).



La ley de la Reforma Educativa hace que el tema de la formación del recurso auxiliar y técnico pase al control del Ministerio de Educación. Hasta aquel momento quien regulaba el tema de la formación del recurso auxiliar y técnico era el Ministerio de Salud, que era la única instancia que, en función de la necesidad, planificaba y definía el total de recurso humano que podía requerir el sistema en general, incluyendo la Seguridad Social y las instituciones dependientes del Ministerio.

Después de muchos procesos de transformación llegamos a este momento, que es muy trascendental, pues tenemos una nueva política de salud que responde tal vez a la necesidad sentida de la mayoría de la población.

Ustedes saben que nuestro país tiene un 70 % de población indígena originaria que siempre ha estado excluida también del sistema de salud, que hasta hace 2 años y medio era fragmentado, dividido e incluso corrupto. Todavía no hemos logrado superar algunos problemas, como por ejemplo: tenemos instituciones del Seguro de Salud que se dan el lujo de gastar 500U\$ para asistir a un individuo y tenemos el Sistema Público, el sistema más grande de nuestro país, que es la Seguridad Social, que apenas gasta 35 \$bolivianos (U\$ 5.00) para asistir a un individuo.

En este sentido se ha discutido bastante con la participación activa de las organizaciones sociales, quienes han manifestado su preocupación y su demanda, y es ahí que nace la propuesta de una nueva política de salud, sustentada en pilares muy fundamentales, muy relevantes que, estamos seguras de ello, va a surtir efecto en los próximos años.

Los cambios en la política de salud

Bolivia está pasando por un proceso de cambio profundo dirigido por nuestro Presidente Constitucional de Bolivia, Juan Evo Morales Ayma, en el que la Salud y la Educación son prioridades.

El Ministerio de Salud y Deportes está regido por una política pública emitida mediante un Decreto Supremo, que tiene como base el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). El SAFCI constituye la nueva forma de pensar y comprender la salud, pues vincula, involucra y articula al equipo de salud, la persona, la familia, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud, por medio de la promoción de la salud. Revaloriza, articula y complementa las medicinas existentes en el país (particularmente las medicinas originarias indígenas campesinas) en la atención, así como en su interacción, mediante la aceptación, el respeto y la valoración de los saberes o conocimientos ancestrales y prácticas. Se



basa en 4 principios fundamentales: la participación social, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad .

La participación social es el proceso en que las personas, las familias, las comunidades y los barrios se involucran en la gestión de la salud, siendo responsables por la toma de decisiones en la planificación, la ejecución, el seguimiento-control, junto al equipo de salud, y dentro y fuera de los establecimientos.

La intersectorialidad es el trabajo coordinado con diferentes sectores de Educación, Vivienda, Justicia y otros, de forma a dinamizar las acciones de salud y optimizar recursos. La intersectorialidad es muy importante porque, por ejemplo, estamos aquí hablando de viviendas saludables, es por eso que en esta perspectiva vamos a formar a los Técnicos en Salud Ambiental, que son muy indispensables en las diferentes comunidades. Pero queremos formar Técnicos que realmente sean de la comunidad, que sean los mismos indígenas que viven en la comunidad. Es por eso que la Escuela Nacional de Salud está promoviendo una política grande que va a ser la formación de recursos humanos dentro de la comunidad.

La interculturalidad engloba las relaciones de personas o grupos culturalmente distintos basadas en el diálogo, la aceptación, el reconocimiento, la valoración, la articulación y la complementariedad de los diferentes conocimientos y prácticas existentes.

La integralidad es la capacidad del servicio de salud de concebir el proceso de salud y enfermedad como una totalidad.

Las experiencias o desafíos institucionales que se plantean actualmente para la Escuela de Salud Pública se concentran en los centros de capacitación que vamos a formar. Como bien lo sabemos, estamos en un proceso de cambio grande que va a durar años y es por eso que la Escuela Nacional de Salud tampoco puede quedar atrás, porque es una entidad desconcentrada del Ministerio de Salud y Deportes, formadora de Recursos Humanos, técnicos y auxiliares en salud. En el área urbana se van a formar auxiliares de Enfermería, Técnicos Estadísticos en Salud y Técnicos en Salud Ambiental. En el área rural, se van a formar auxiliares de Enfermería, de Nutrición, Técnicos Estadísticos, Técnicos en Laboratorio y Técnicos en Salud Ambiental.

El desarrollo y las perspectivas de la formación de los técnicos y auxiliares en el marco actual de la salud se basan en características humanistas: primeramente, ser humano, antes de ser profesional en la salud, que tenga compromiso social, un compromiso hacia la comunidad, y que sea capaz de atender a su misma comunidad. La calidad y la ética son muy importantes, ya que con esto se logra que el profesional esté apto para ofrecer toda atención. La interculturalidad, que es indispensable, signifi-



ca que el profesional de salud tenga un vínculo exacto con la comunidad, de forma que al ganar la confianza de la comunidad pueda haber una mejor atención.

En Bolivia las comunidades son atendidas por la medicina tradicional mediante el trabajo de los médicos tradicionales y las parteras. El personal de salud se fue alejando de la medicina tradicional, pero hoy estamos volviendo a retomar la confianza de la comunidad y respetando la medicina tradicional. Hoy tenemos la Residencia Médica SAFCI que es un modelo de grado dirigido a los médicos.

¿Cómo se logra la confianza de la comunidad?:

Antes, principalmente en los pueblos indígenas, teníamos un rechazo hacia el personal de salud porque a veces pensábamos que venían y nos lastimaban, y por este motivo les teníamos más confianza a los médicos tradicionales. Hoy estamos cambiando esto, pero con nuestra misma gente indígena, campesina, y es por eso que la Escuela Nacional de Salud se va a desconcentrar para formar Recursos Humanos Técnicos y Auxiliares en Salud Comunitaria en el área rural. Queremos que el comunario sea partícipe de lo que es la salud, sea parte de los otros, que opine, que diga “esto es lo que necesitamos” o “esto lo podemos hacer”. Si la comunidad te acepta y eres parte de la comunidad, vas a lograr lo que es realmente la atención en salud.

Perspectivas y desafíos

Creemos que habría que complementar 2 aspectos importantes cuando hablamos del tema de perspectivas y desafíos. Hay una situación en nuestro país que en este momento es el mayor desafío que tiene el Sistema de Salud: recuperar el sentido humanístico, ese compromiso social del profesional, porque existe el desplazamiento de los demás como gente del pueblo, de las comunidades originarias. Esto ha tenido un efecto negativo en el sistema de salud y obviamente pensamos que no pasa solamente en nuestro país, sino en la mayoría de los países.

Entonces, nos hemos aculturizado, hemos aprendido otras prácticas, otras formas de vivencias que obviamente no han respondido a las necesidades de nuestro país y ustedes deben saber que en Bolivia, en este momento, tenemos 321 muertes de madres, simplemente por haber una deficiencia de un recurso calificado para atender en el momento del parto. Como pueden ver, nuestra situación en el sistema de salud ha sido crítica, el modelo neoliberal ha influido bastante en que también se fragmente nuestro Sistema de Salud, se parcele y se medicalice al 100 %. Ahora, con esta nueva propuesta del Gobierno, vamos a cambiar en función de mirarnos primero a nosotros mismos, encontrarnos y luego seguir caminando.



En el tema de formación del recurso técnico tenemos un nuevo proyecto de constitución política del Estado donde en uno de sus artículos hay una propuesta de priorizar el tema de la formación técnica. Al momento de legalizar, o sea, de elaborar las leyes, se definirá qué tipo de recurso técnico tenemos, porque también estamos mirando las experiencias de otros países, el hecho de parcelar de pronto demasiado las profesiones, por ejemplo, que tampoco nos conduce a nada bueno. Pretendemos, más bien, mirar este tema de una manera más integrada y ver qué necesita el país.

Sobre la formación de técnicos en nuestro país, podemos decir que tenemos muy pocas carreras técnicas y desde el año 1993 se abre, incluso sin un control riguroso, el tema de la apertura de formación en Institutos privados, lo cual ha hecho mucho daño al país. En eso sí tenemos que ser muy claros, tenemos un código de Salud que, por muy obsoleto que esté, tiene sus categorías claramente reconocidas en el tema de la tecnificación y la auxiliatura y en el tema de Enfermería, pues ha sido una de las principales actividades desarrolladas por la Escuela Nacional de Salud. El total de recurso humano que se formó hasta ese entonces respondió a la demanda de 3.200 auxiliares de enfermería que supuestamente iban a cubrir todo el sistema.

En este momento tenemos más de 120 Institutos Privados de formación de auxiliares de Enfermería, somos casi 9.000.0000 de habitantes en todo el país e hicimos un estudio hace 3 años, exactamente del quinquenio del 2000 al 2005, donde lamentablemente encontramos, con mucha angustia, que los Institutos privados habían formado un total de 18.000 auxiliares de Enfermería.

El mercado laboral de Bolivia no es amplio, no da muchas posibilidades de acceder a este recurso, pues anualmente no pasan de 120 las ofertas laborales que hay en el sistema, entonces eso significa que tenemos nosotros otro conflicto social detrás y no estamos mirándolo con responsabilidad. Es por eso que, cuando hablamos del tema de los técnicos y las otras categorías que podríamos tener, nosotros estamos también discutiendo con el Ministerio de Educación, porque ahora el vínculo que tenemos con el Ministerio de Educación es sólido.

Así como está haciendo Argentina el tema de la profesionalización de los auxiliares de Enfermería, nosotros tenemos una demanda, tenemos sólo 2.662 enfermeras formadas y tenemos 6.000 auxiliares de enfermería. Nuestro gobierno se ha sumado a ese compromiso de responder hasta el 2015 al estándar de una enfermera por médico, y seguramente en el tema de los auxiliares, de acuerdo a la norma interna que se tiene en Enfermería, se va a definir cuál va a ser el recurso que hará falta en el futuro.



Entonces, queremos simplemente concluir esta presentación diciendo que la prioridad de Bolivia en el Sistema de Salud es recuperar estas 5 particularidades que debe tener el recurso humano. Tal vez dentro de un año, cuando nos volvamos a ver o cuando nuestro país consolide toda la estructura de su modificación, ya les haremos conocer con gusto qué tipo de recurso humano vamos a precisar y cuál va a ser la necesidad y la perspectiva de nuestro país.



A formação profissional técnica de nível médio na área da saúde no Brasil: desafios e perspectivas

Maria Auxiliadora Córdova Christóforo

Apresentação

Para este painel sobre a “*Os Desafios e as Perspectivas da Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde: a Situação dos Países do Mercosul*”, o convite fora feito, muito acertadamente, para a Dra. Ana Estela Hadad – Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) brasileiro. Contudo, motivos alheios a sua vontade, comunicados à Organização do Evento, justificam sua ausência. Assim sendo, a minha indicação pela SGTES para participar deste painel é uma oportunidade especial e uma responsabilidade que muito me honram.

Os pontos apresentados durante o Painel, e sistematizados neste texto, se basearam em apresentações do DEGES¹ em diferentes eventos – contudo, a síntese feita é da minha inteira responsabilidade. Espero tratar com pertinência os desafios e perspectivas da formação profissional técnica de nível médio no Brasil, e assim atender aos objetivos propostos.

¹Na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Brasília, 07 de dezembro de 2007.



Antecedentes

A formação de técnicos em saúde no Brasil é objeto de regulação desde o início do século XX. No contexto de abertura política que caracterizou o final da década de 1970 e início da década de 1980, as diversas categorias que compunham a força de trabalho da saúde se organizaram e reivindicaram o estabelecimento de políticas que definissem a educação na área da saúde, apontando para a necessidade de validação de estudos anteriores e também de conhecimentos tácitos de uma forma qualificada e legal.

Diferentes normativas, consubstanciadas ao longo dos processos políticos e sociais que marcam a história do país, regulam a educação brasileira e, no seu bojo, também a formação técnica profissional de nível médio.

A partir da década de 70 – um marco nos estudos sobre a força de trabalho em saúde (FTS) no Brasil – a formação de Técnicos em Saúde torna-se matéria de reivindicações dos próprios trabalhadores, haja vista as conclusões desses levantamentos. A existência de aproximadamente trezentos mil trabalhadores inseridos na rede de serviços de saúde (públicos e privados, hospitalares, ambulatoriais de atenção primária em saúde) sem a qualificação específica para a área de saúde, como estabelecido nas normativas legais, foi um ponto axial nas discussões e proposições que se seguiram. Os levantamentos feitos nessa ocasião identificaram, também, um leque de denominações usadas nos diferentes serviços, para referir-se a esses trabalhadores. Certamente, um artifício que, ao longo da história, foi usado à revelia da regulação da educação, do trabalho e das leis relativas ao exercício das distintas profissões da área da saúde no país. Essa prática que se alongou por todo o século XX, ainda é uma realidade – o que tornou premente a definição de políticas e programas de formação que superassem essas situações, claramente de risco para o usuário dos serviços e para o trabalhador.

Essa situação mostrou outras tantas questões, uma delas relacionada à “identidade profissional” desse trabalhador que não era técnico e era absorvido pelos serviços de Saúde como tal. O termo “trabalhador técnico”, portanto, servia para designar um segmento de múltiplos trabalhadores que, sem identidade profissional, serviam a diferentes demandas, mas sempre se situando na confluência do trabalho do profissional com formação superior (médico ou enfermeiro, por exemplo) o que gerava impasses insolúveis no plano da organização e operacionalização do processo de trabalho: “do técnico sem lugar, ao lugar do técnico na área da saúde” é uma questão que se torna ponto de partida.

No cotidiano do trabalho, eram frequentes as discussões focadas no “fazer” desse trabalhador sem qualificação, em especial, dada a incoerência entre quem realmente



executava o trabalho e como o exercício das profissões era regulado. A área da enfermagem contava com a maior parte desse segmento de trabalhadores sem qualificação específica e com múltiplas denominações (atendente de enfermagem, agente de saúde, ajudante de saúde, entre outros tantos). Potencializando esta situação havia aqueles trabalhadores, genericamente, identificados como “técnicos”, entre os quais existiam os que tinham formação como estabelecido no sistema nacional de educação e aqueles sem formação. Além dos levantamentos que quantificaram essa situação outros estudos buscaram qualificá-la. Assim, fez-se um amplo mapeamento da inserção desses trabalhadores e o que faziam. Ao serem perguntados sobre o que faziam no cotidiano dos Serviços de Saúde onde estavam inseridos, as respostas mais comuns mostravam a dubiedade da situação, exemplo: “*Depende do horário em que trabalho: se for pela manhã, faço determinadas ações, se for à noite, outras*”. Outro ponto identificado foi que a maioria dos técnicos com formação haviam sido formados por cursos oferecidos por instituições do setor privado de ensino, com um custo altíssimo.

Em geral, a orientação pedagógica desses cursos privilegiava o treinamento para a execução de procedimentos, baseados em conhecimentos de manuais, além do que, não há investimento na qualificação pedagógica do corpo docente. Esse era o quadro que, ao final da década de 1970 e início da década de 1980, estava configurado e que foi o eixo que induziu à articulação entre as organizações das categorias profissionais, os Ministérios da Saúde e da Educação, para que se buscasse estratégias para sua reversão. A primeira alternativa planejada e desenvolvida no sentido de superar essa situação foi o *Projeto Larga Escala*. Esse projeto baseou-se na estruturação de escolas públicas de formação de técnicos em saúde para atender à necessidade de formação dos trabalhadores sem qualificação específica tendo como docente o próprio profissional do Serviço que, também, exercia a função de supervisor do processo de formação.

A escola, para desenvolver esse Projeto, foi instituída para discutir, elaborar e formular projetos de formação levando em consideração todas as áreas técnicas de saúde, tendo como eixo metodológico a integração ensino-serviço. Todos os processos administrativos e a coordenação pedagógica eram centralizados e a efetivação do curso era descentralizada para a Unidade de inserção dos alunos. Para a realização do *Projeto Larga Escala*, foi necessária uma parceria entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social, a Organização Pan-americana da Saúde, as secretarias estaduais das 27 Unidades Federadas, os Conselhos Estaduais de Educação, as instituições escolares e os serviços de saúde dos estados e municípios.

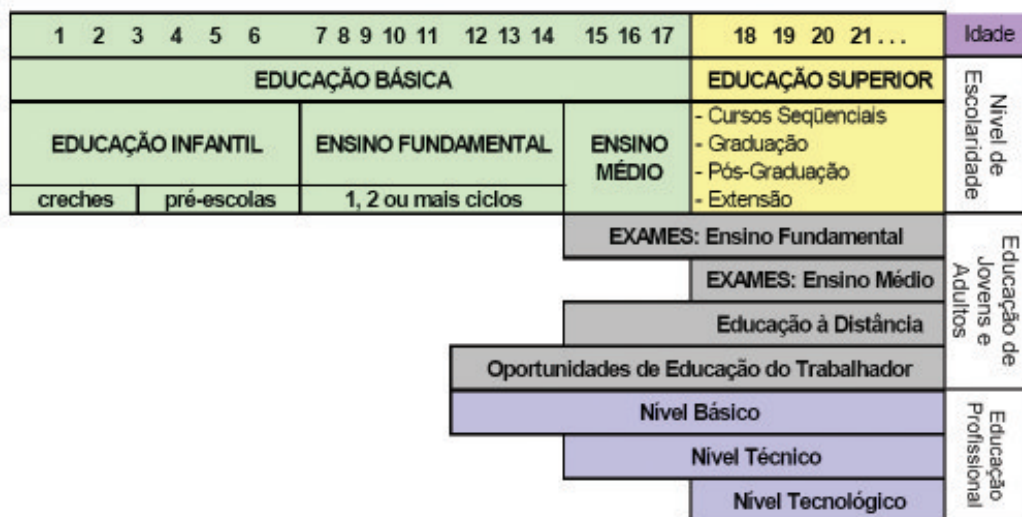
Esse foi um projeto que marcou profundamente o quadro vigente ao final da década de 1970, reorientando a área da educação profissional técnica no Brasil.



Educação Técnica Profissional: Situação Atual

A partir do final da década de 90, a educação (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996) e a Saúde (Lei nº 8080/90) são reguladas à luz da Constituição Federal de 1988. Com isso, a ampliação e reorientação dos programas de formação profissional técnica de nível médio na área da saúde, no âmbito das políticas de estado, ganham maior consistência. Resultado de intenso movimento político e social, a discussão e o alinhamento filosófico, jurídico e organizativo da educação e da saúde foram pautados na proposta de Estado que se pretendia (e pretende) realizar. Apesar de ganhos e perdas, os sistemas de saúde e educação estão firmados em paradigmas que conferem prioridades às políticas de superação da iniquidade social, cultural e econômica que marcam o país. A educação nacional está estruturada no país como representada na Figura 01, a seguir.

Figura 1. A Educação Profissional na estrutura da Educação Nacional



Fonte: Francisco Aparecido Cordão, Seminário POA/RS2004

Como representado na Figura 01, a educação está estruturada em dois níveis:

I. Educação Básica, que comporta a Educação Infantil (creche e pré-escolas), o Ensino Fundamental (1, 2 ou mais ciclos) e o Ensino Médio.

II. Educação Superior.

Quanto a educação profissional, esta comporta cursos no nível básico, técnico e tecnológico, podendo ser desenvolvida por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada, de educação profissional técnica de nível médio e educação pro-



fissional tecnológica, observadas as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Para ingresso nos cursos de formação inicial e continuada, não é exigido um nível específico de escolaridade.

A educação profissional no Brasil é uma modalidade de ensino integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, às ciências e tecnologias que devem conduzir ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva.

Contudo, cabe ressaltar que a educação profissional está compreendida quase sempre como formação técnica profissional e, mais especificamente, como ensino técnico do nível médio, destinadas aos egressos do ensino fundamental e do ensino médio, bem como a trabalhadores em geral, inseridos na produção e que não tenham formação específica (correspondente ao trabalho que realmente fazem).

A Educação Profissional Técnica de nível médio pode ser desenvolvida no Brasil em articulação com o ensino regular ou em instituições especializadas – em escolas específicas de saúde – após a conclusão do ensino de educação geral.

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE

No final da década de 1990, mesmo com todo o trabalho e investimento feito através do Projeto Larga Escala, os estudos sobre a força de trabalho continuavam mostrando a presença de trabalhadores sem qualificação específica nos Serviços de Saúde, especialmente na área de cuidados de enfermagem. Considerando-se que a situação se mantinha, inclusive, nas capitais da região sudeste (que têm maior número de escolas e universidades, orçamentos públicos, indústria, etc.), temos que a diferença regional, no caso, não explica a situação que se configura como questão de desqualificação do trabalho de técnico de nível médio na área de saúde.

Em 2001, o Censo Educacional realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) do MEC:

- 2.334 instituições de ensino a oferecer educação técnica no Brasil.
- 785 escolas com cursos de formação técnica de nível médio na área de saúde, sendo: 570 cursos na área de enfermagem; 131 em segurança do trabalho; 97 em saúde bucal; 75 em radiologia e 70 em biodiagnóstico.
- 68% dos cursos de educação técnica estavam na Região Sudeste (84% deles no setor privado) – constatando-se, assim, uma presença muito pequena do setor público na área de formação profissional técnica.



Em comparação com estudos anteriores, identificou-se um aumento no número de matrícula em cursos técnicos, com a grande presença do setor privado com mensalidades e custos altos.

Levando em consideração essa situação, foi implantado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). O PROFAE buscou materializar os princípios e o papel firmados nas políticas de educação e saúde, com relação à capacitação dos trabalhadores da saúde e a qualidade da atenção à saúde.

Assim, considerando-se o número crescente de trabalhadores da área de enfermagem sem qualificação específica, tanto na rede básica como no hospital (capital e interior), o PROFAE nasceu da forte pressão de organizações, escolas, movimento dos trabalhadores da saúde, se desenvolvendo a partir dos seguintes componentes:

- Cursos de Qualificação Profissional, de Complementação do Ensino Fundamental e Complementação para Técnico de Enfermagem (organização descentralizada).
- Outros componentes, tais como: sustentabilidade e fortalecimento da rede de Escolas do SUS, certificação de competências e capacitação pedagógica para o corpo docente.

O fortalecimento e a modernização das escolas, como um dos componentes do Programa, resultaram: na criação de onze Escolas Técnicas do SUS; aquisição de equipamentos eletro-eletrônicos, de informática, softwares, acervo bibliográfico, materiais de ensino-aprendizagem, mobiliários e veículos para as 37 Escolas; definição e articulação de assessorias para a criação de novos cursos; modernização da gestão dessas instituições; e a formação pedagógica de 13.161 docentes enfermeiros, com a participação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz.

Desde sua criação até dezembro de 2005, o PROFAE formou 323.512 pessoas (Quadro 1).



Quadro 1. Número de trabalhadores formados pelo PROFAE até dezembro de 2005

REGIÃO/ESTADOS	Nº DE ALUNOS
NORTE	
Amazonas	7.873
Roraima	513
Amapá	2.120
Pará	12.086
Acre	3.637
Rondônia	5.525
Tocantis	2.973
CENTRO-OESTE	
Mato Grosso	3.235
Mato Grosso do Sul	7.101
Goiás	8.624
Distrito Federal	7.101
NORDESTE	
Maranhão	18.999
Piauí	12.477
Ceará	16.707
Rio Grande do Norte	11.575
Paraíba	7.743
Pernambuco	21.029
Alagoas	7.543
Sergipe	5.653
Bahia	28.832
SUDESTE	
Minas Gerais	34.336
Espírito Santo	7.328
Rio de Janeiro	14.272
São Paulo	33.194
SUL	
Paraná	18.711
Santa Catarina	12.557
Rio Grande do Sul	11.425
TOTAL	323.512

Fonte: Sistema de Informações Gerenciais (SIG)



Destaca-se que o PROF AE foi um programa que envolveu a Rede de Escolas Técnicas do SUS na formação dos trabalhadores, como demonstra o Quadro 2:

Quadro 2. Trabalhadores formados pelo PROF AE na Rede de ETSUS por Região

REGIÃO	ANTES DO PROF AE	APÓS O PROF AE
Norte		5.061
Nordeste	9.724	25.624
Centro-Oeste	4.517	6.121
Sudeste	14.888	22.024
Sul	4.920	13.825
TOTAL	34.049	72.655

Fonte: SIG (2006)

Vale ressaltar que todo o processo de formação, formalização e formulação da política de educação profissional realizada pelo Ministério da Saúde, conta com as ETSUS que sustentam a efetivação da política de superação das contradições e “vazios” que se identificam na relação entre formação e inserção do trabalho, na área técnica do país.

Desafios e Perspectivas

A criação da SGTES na estrutura do Ministério da Saúde expressa e traduz o propósito de investir no desafio de articular a educação e o trabalho na área da saúde, assegurando o espaço e o lugar da formação técnica na política de educação e de investimento no país. Uma das missões da SGTES é a motivação e a proposição de mudanças na formação técnica, tanto de graduação como de pós-graduação, e no processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades da população e de fortalecimento do SUS.



Figura 2. A SGTES no organograma do Ministério da Saúde



O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) conta com a Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação e a Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde.

Para discutir desafios e perspectivas referentes à educação profissional técnica na área da saúde talvez seja preciso reiterar que a articulação da educação e do trabalho na área da saúde, eixo de trabalho da SGTES, seria o desafio inicial a partir do qual emergem os demais:

- Definição/formulação da proposta político-pedagógica dos cursos tendo como referência o paradigma do ensino por competência.
- Impasses/polarização na conceituação/compreensão da formação técnica profissional em saúde.
- Estabelecimento de parcerias entre as escolas e os Serviços de Saúde para a implementação de programas de formação profissional técnica para alunos que não estejam inseridos em Serviços.
- Entraves jurídicos e administrativos quanto à possibilidade de adotar incentivos ao profissional dos Serviços de Saúde que assumem a função docente nas ETSUS.
- Falta de corpo técnico pedagógico e administrativo no quadro fixo das Escolas da ETSUS.



- Pouca flexibilização gerencial e autonomia (financeira e orçamentária) da maioria das Escolas da ETSUS.
- Impasses/polarização na conceituação e na compreensão da formação técnica de profissional em saúde, em especial, no âmbito da gestão dos municípios.

Finalizando, observamos que a superação dos desafios implica na adoção de ações estratégicas que apontam para as perspectivas que se busca concretizar, a saber:

- Expansão da Educação Técnica para as áreas de Biotecnológico, Radiologia, Odontologia, Nutrição e Dietética, Farmácia, Vigilância em Saúde, Agente Comunitário de Saúde (PROFAPS).
- Expansão da Formação Pedagógica para docentes de outras categorias profissionais.
- Financiamento de estudos e pesquisas nas ETSUS.
- Criação/oferecimento do Mestrado Profissional (prioridade para dirigentes e equipes técnicas das ETSUS).



La formación de trabajadores técnicos en salud en Paraguay

Norma Valenzuela

Ante el desafío de describir la realidad de la formación de los trabajadores técnicos en Paraguay considero importante abordar tres temas puntuales: 1.- La conformación del Sistema de Formación de Técnicos Superiores en Paraguay, 2.- Las características de la formación de este profesional y, por último, 3.- La problemática de la relación entre formación de técnicos y la organización del Sistema Nacional de Salud.

Conformación del Sistema de Formación de Técnicos Superiores en Paraguay

Con relación al primer punto partimos del marco referencial de la **Constitución Nacional** cuyo rol es dar el marco legal a todas las funciones de los actores en este sistema. En primer lugar, la Constitución Nacional garantiza el derecho a la educación integral y permanente que, como sistema, se realiza en el contexto de la cultura de la comunidad. La erradicación del analfabetismo y la capacitación para el trabajo son objetivos permanentes del Sistema Educativo. En segundo lugar, el Estado es el responsable por fomentar la enseñanza media, técnica, agropecuaria e industrial y la superior, la universitaria, así como la investigación científica y tecnológica. En este sentido es responsabilidad del Estado regular este proceso en el sector público y privado.



Sobre la Educación Técnica, la Constitución establece lo siguiente: *“el Estado fomentará la capacitación para el trabajo por medio de la enseñanza técnica, a fin de formar recursos humanos requeridos para el desarrollo nacional”*. Esto implica el desafío de garantizar la conformidad de la oferta de la formación a la demanda real del país y no a la oferta de las Instituciones del sector privado, que es lo que ocurre actualmente.

Dentro de este marco referencial, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social está regulado por la Ley N° 836/80 del Código Sanitario que expresa que *“para ejercer la condición de técnico y auxiliar en Ciencias de la salud se requiere registrar el certificado expedido por la Institución competente, nacional o extranjera, reconocida por el Ministerio de Salud como formadora de recursos humanos en el área de las Ciencias de la Salud”*. Se requiere la autorización previa del Ministerio para la formación o el adiestramiento de técnicos y auxiliares en Ciencias de la Salud con excepción de las Universidades del país.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cumple dos grandes funciones con relación a la formación de recursos humanos en Salud: 1.- registra los certificados (como condición indispensable para el ejercicio profesional) y 2.- reconoce las Instituciones formadoras de recursos humanos en Ciencias de la Salud. Para dar cumplimiento a esta segunda función fue creado el Instituto Nacional de la Salud - INS (1994)¹, como un organismo superior dependiente del Ministerio de Salud, de alcance nacional, sectorial y con la finalidad de promover y desarrollar la formación y actualización de los recursos humanos para la Salud, la investigación científica, así como mejorar la capacidad operativa de los servicios y la calidad de la atención sanitaria.

¿Cuál es la misión del INS? Contribuir con la capacitación de los recursos humanos del sector de Salud, la producción y la administración del conocimiento, el fortalecimiento del ejercicio de la rectoría sectorial, la ampliación de la cobertura sanitaria y la calidad de la atención y la participación social, dentro del marco de la equidad y del desarrollo humano sostenible.

¿Cuál es la visión? Ejercer el liderazgo técnico para fortalecer el ejercicio de rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el sector de Salud, contribuyendo a la formación, evaluación e implementación de políticas, en las áreas de formación y capacitación de recursos humanos en salud pública, investigación e información científica en salud. Para la regulación de sus funciones el INS cuenta con un Reglamento Académico² cuya última actualización fue en 2006.

Por otro lado, el Ministerio de Educación y Cultura está regulado por la Ley N° 1.264/98 General de Educación que establece que la Educación Superior se ordenará

¹ Fue creado por la Resolución S.G. n° 41, Del 10 de agosto de 1994.

² Aprobado por la Resolución n° 142 / 06 de 13 /03/06 del MSPyBS.



por la Ley de Educación Superior y se desarrollará por medio de Universidades, Institutos Superiores y otras Instituciones de formación Profesional del Tercer Nivel. En la actualidad las universidades están regidas por Ley, pero no existe aún una Ley que regule la Educación Superior no universitaria.

- Son **Universidades** las Instituciones de Educación Superior que abarcan una multiplicidad de áreas específicas del saber, en el cumplimiento de su misión de investigación, enseñanza, formación y capacitación profesional y servicio a la comunidad. Son creadas por ley y son autónomas. En este sentido el Ministerio de Salud no puede ejercer una influencia directa sobre las Universidades.
- Son **Institutos Superiores** las instituciones que se desempeñan en un campo específico del saber en cumplimiento de su misión de investigación, formación profesional y servicio a la comunidad. Así como la Universidades, también son creadas por ley. Lo que no está claramente definido es si éstas también son autónomas. Hoy en día los Institutos Superiores están ofertando programas de formación de nivel técnico superior. No queda claro si la formación de esos técnicos está dentro del alcance de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La Ley de Educación Superior dará respuestas a estos “vacíos legales”.
- Son **Instituciones de formación Profesional en Tercer Nivel** aquellos Institutos Técnicos que brindan formación profesional y reconversión permanente en las diferentes áreas del saber técnico y práctico, que habilitan para el ejercicio de una profesión y serán autorizadas por el Ministerio de Educación y Cultura. El título de Técnico Superior permitirá el acceso al ejercicio de la profesión y a los estudios universitarios o los proveídos por los Institutos superiores que se determinan teniendo en cuenta las áreas de su formación académica. Esto, que está tan claro en la Ley General de Educación, no se viabiliza en la realidad. Un técnico superior no tiene la posibilidad de continuar su formación en una Universidad aunque la ley lo establezca.

El subsistema de la Educación Superior, conformado por Universidades, Institutos Superiores e Institutos de formación profesional del tercer nivel está regulado funcionalmente, dentro de la estructura MEC, por la Dirección General de Educación Superior.

Hasta el año 2005 estos componentes del sistema de formación (MSPyBS-MEC) actuaban en forma independiente, cada uno por su lado. Dentro de la estructura del MEC, inicialmente la Educación Técnica dependía del Departamento de Enseñanza Técnica y Formación Profesional. En ese periodo, la Educación Técnica no tuvo la

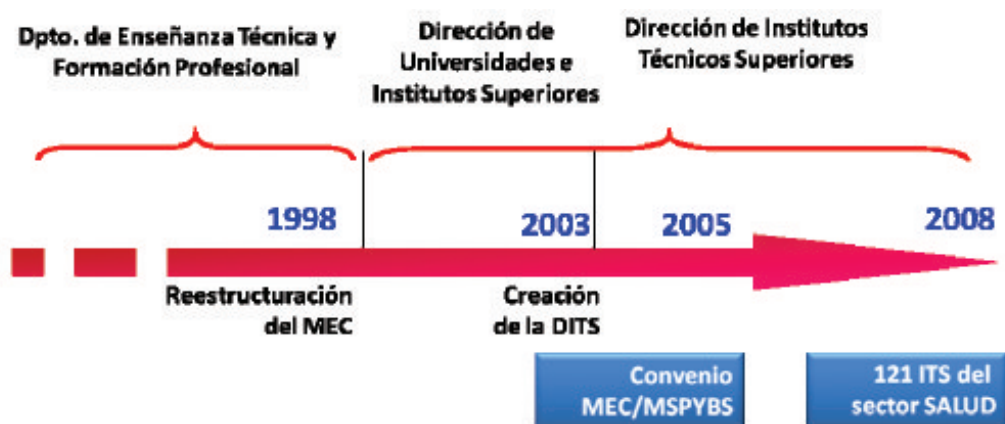


preponderancia, la importancia y el protagonismo que le correspondía. Los Institutos Técnicos Superiores eran habilitados paralelamente por el MEC y por el MSPyBS, cada uno de acuerdo a sus respectivas disposiciones legales, establecidas para el efecto. No había vinculación ni articulación entre ambas secretarías de estado (MEC y MSPyBS).

¿Cuáles son los resultados obvios y en detrimento de los egresados?

- Los egresados de las Instituciones Formadoras habilitadas sólo por el MSPyBS que pretendían proseguir sus estudios o trabajar en el extranjero no podían hacerlo a falta de legalización de sus documentos (título y certificado de estudios) por el MEC.
- Por otro lado, los egresados de Instituciones Formadoras habilitadas sólo por el MEC tenían dificultades para obtener sus registros profesionales por no contar con la legalización del Instituto Nacional de Salud (MSPyBS).

Para establecer una articulación interinstitucional, luego de varias reuniones de trabajo, se acuerda firmar, en el año 2005, un Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el MEC y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el que se establecen los mecanismos para apoyar el desarrollo de políticas educativas en pro de fortalecer la formación de recursos humanos en el área de las Ciencias de la Salud de los Institutos Técnicos Superiores de nuestro país. En este nuevo marco de regulación actualmente funcionan ciento once Institutos Técnicos Superiores que ofertan carreras del área de Salud, en su mayoría de gestión privada. Contabilizando las filiales de las Instituciones reconocidas, el número asciende a ciento veintiuno. Hoy en día se da un vínculo, una relación recíproca, entre el Instituto Nacional de Salud (MSPyBS) y la Dirección General de Educación Superior (MEC).





El impacto que tuvo el Convenio, en cuanto a la habilitación de Institutos Técnicos Superiores por parte del MEC, fue notable. De 1947 a 1991 existía una sola Escuela de Formación Técnica, la Escuela Nacional de Educación Física. Esto se fue incrementando paulatinamente porque muchas de las Instituciones que estaban bajo la regulación del MSPyBS, por iniciativa propia, gestionaron su habilitación también en el MEC ofreciendo a sus egresados dos títulos (MSPyBS y MEC). Post-convenio, en el año 2006, ochenta y tres Institutos Técnicos Superiores fueron reconocidos por el MEC.

En cuanto a la distribución geográfica se percibe una alta concentración de Instituciones Formadoras, prácticamente el 50%, en la Capital y en el Departamento Central. En Alto Paraguay, por ejemplo, hasta la fecha no existe ninguna Institución de Formación.

Características de la formación del Técnico Superior

En cuanto al acceso, el perfil de ingreso para esta modalidad es el nivel medio concluido del sistema educativo nacional, pudiendo acceder todos los egresados de cualquiera de las modalidades del bachillerato.

El egresado estará capacitado científica y técnicamente para enfrentar problemas y labores específicas del área de la salud, bajo la supervisión del nivel superior del área. Las carreras ofertadas son: Enfermería, Farmacia, Obstetricia, Instrumentación quirúrgica, Hemoterapia, Prótesis dental, Laboratorio clínico, Masaje terapéutico, Emergencias médicas, Radiología y, la que se ofrece más recientemente en el registro, es la carrera en Formación de la Salud que este año va a constituir la primera cohorte. La carrera de mayor oferta de las Instituciones Educativas y demanda en cuanto al interés de los matriculados es la de Enfermería. Consideramos que responde a la situación actual de una demanda importante en el país causada por la migración de profesionales –existe una alta tasa de profesionales en Enfermería que está migrando, incluso hacia países de Europa.

La carga horaria mínima establecida para el Nivel Técnico Superior es de 2.500 horas pedagógicas incluidas las teóricas y las prácticas. Está previsto también el grado de especialización, que es una modalidad que ofrece un perfeccionamiento profesional específico de una carrera, siendo requisito de entrada el título de Técnico Superior. Se otorga el título de Técnico Superior Especializado y tiene una carga horaria mínima de 400 horas reloj. También son ofertas de capacitación y actualización los cursos cortos sobre un tema disciplinar determinado del área de su competencia. Se otorga un certificado de participación, con una duración mínima de 30 horas reloj. En cuanto a la



metodología educativa, se promueve una metodología pedagógica de reflexión-acción para elevar la capacidad crítica de los estudiantes y para desarrollar las competencias requeridas para enfrentar los problemas y exigencias de la profesión, el uso de técnicas activas de enseñanza-aprendizaje que ayuden al estudiante a desarrollar el pensamiento analítico y crítico, así como la comunicación y el liderazgo en los papeles. Esto suena muy bien pero en la realidad no funciona del todo, adolecemos de una necesidad de desarrollo de competencias de nuestros docentes y eso se evidencia posteriormente en la calidad del desarrollo de las competencias que se deben formar en el alumno.

Problemática de la relación entre formación de técnicos y la organización del Sistema nacional de salud

Tomé en consideración aquella problemática que tiene un mayor impacto y requiere una mayor necesidad de garantizar mecanismos de participación intersectorial e interdisciplinar. ¿Cuál es la problemática? Los programas de formación, únicos para cada carrera, no se basan en competencias claramente definidas. Esta situación genera una ambigüedad en los roles o funciones del Técnico Superior con relación a los roles o funciones del profesional universitario del área respectiva. Ello implica la necesidad de reflexionar en forma conjunta con los distintos actores: Salud, Educación, Trabajo, sobre la razón de ser o propósito principal de cada profesión, que debe seguir con el análisis funcional de las competencias.

Entonces, qué es lo que tenemos que lograr: que este proceso de articulación entre la Educación y el Trabajo, donde por un lado formamos y desarrollamos la competencia y por el otro ejecutamos y aplicamos esa competencia, permita superar dos “fallas” posibles: por un lado la sobre-calificación y por el otro, y es lo más frecuente, la sub-calificación.

En el caso de la sobre-calificación ¿cuál sería el efecto sobre la persona, en el recurso humano? La respuesta es la “desmotivación”. En cuanto al efecto en el sistema de Salud, una falta de eficiencia, en el sentido de la improductividad y del desperdicio del talento humano que está formado para funciones de mayor complejidad que las que generalmente termina cumpliendo.

Con relación a la sub-calificación ¿cuál es el efecto sobre la persona? La frustración por su incapacidad de responder a los estándares de desempeño que se espera de sus funciones. ¿Cuál es el efecto sobre el sistema? La falta de eficacia en el sentido de la incapacidad para alcanzar las metas y objetivos planteados por el Sistema.



¿Cuáles son los efectos de ambas “fallas de formación” sobre el usuario? La falta de efectividad, esto se ve en la negligencia de las funciones, la mala atención desde el punto de vista actitudinal del recurso humano y también en los accidentes de trabajo.

La formación con enfoque en competencias permitirá que exista una relación directa entre las competencias requeridas para el trabajo y los contenidos de los programas de formación. La finalidad de la planificación curricular es lograr la empleabilidad de los egresados, entendida como la capacidad de cada persona para, desde sus condiciones personales, poder hacer algo con lo que sabe, ser eficiente, ser eficaz y efectivo.



Formación de recursos humanos para la salud en Uruguay

**Juan Mila Demarchi
Gonzalo Fierro
Patricia Manzini**

El Uruguay es un pequeño país con una población apenas superior a los tres millones y medio de personas. La Universidad de la República (UDELAR) es la única Universidad pública del país, tiene la particularidad de ofrecer enseñanza gratuita y de tener una organización de gobierno colegiado, con participación de docentes, egresados y estudiantes. Es también la Universidad más antigua del país¹. Según Barros², concentra el 90% de la matrícula universitaria del país, abarcando la totalidad de los niveles de formación superior: pregrado (tecnicaturas³ y tecnólogos), grado, postgrado y educación permanente, desarrollando de forma casi exclusiva la investigación científica nacional. Para el ingreso a la educación universitaria se requiere la conclusión del bachillerato diversificado de la enseñanza secundaria o la conclusión de los cursos técnicos relacionados a las carreras elegidas.

¹ Para más informaciones, consultar la ley orgánica de la Universidad de la República n° 12.549/1958 disponible en <http://www.universidad.edu.uy>

² Barros, Adriana y Marrero, Germán “Estructura y Titulaciones de Educación Superior en Uruguay”. Disponible en <http://educación.mec.gub.uy/> , acceso el 05/2008.

³ Actualmente, las instituciones que forman técnicos en la UDELAR son: Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas, Facultad de Enfermería y Escuela de Tecnología Universitaria.

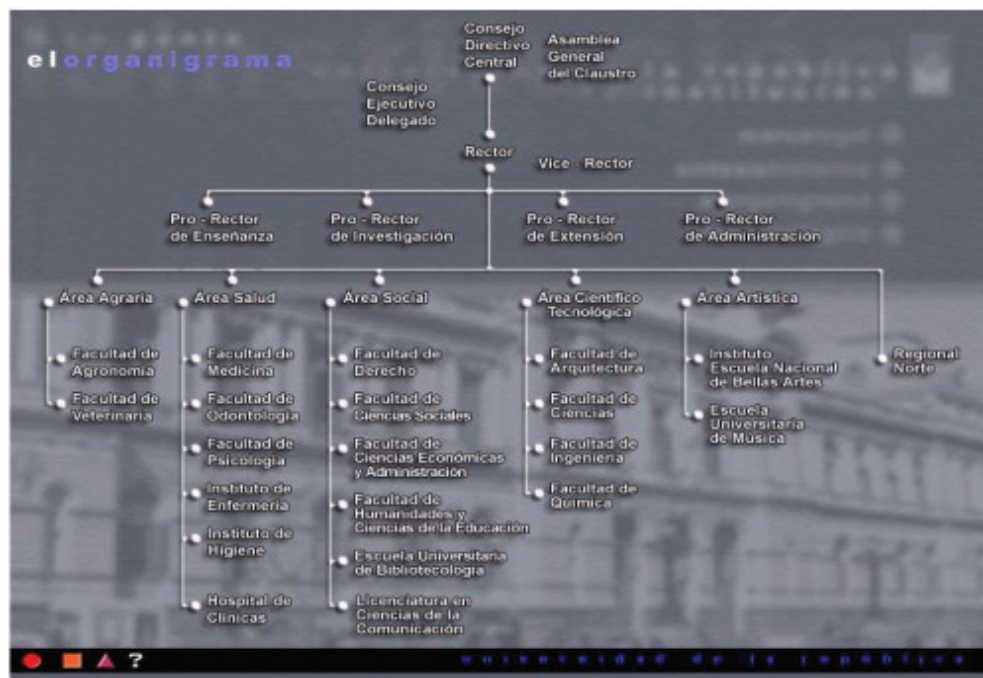


La Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República cumple en el año 2010 sesenta años de existencia. Tiene dos Sedes, una en Montevideo (capital del país) y otra Sede en la Ciudad de Paysandú, en el noroeste del país. La Sede Paysandú constituye, con sus treinta años de existencia, el más antiguo y mayor esfuerzo de descentralización de la Universidad de la República.

Destacamos algunos datos relevantes de la Universidad de la República.

- De las casi 100 formaciones de grado de la Universidad de la República, 27 pertenecen al Área de Salud.
- De las 27 formaciones de grado en el Área de Salud, 21 se desarrollan en la Facultad de Medicina.
- De las 21 formaciones de grado que se desarrollan en la Facultad de Medicina 18 pertenecen a la EUTM, 17 en la Sede Montevideo y 10 en la Sede Paysandú.

El organigrama de la Universidad de la República se compone de la siguiente manera:



La Estructura Académica de la Facultad de Medicina está compuesta por:

- Escuela de Medicina
- Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM).



- Escuela de Nutrición y Dietética.
- Escuela de Parteras⁴.
- Escuela de Graduados (formación continua y postgrados de todas las Escuelas de la Facultad de Medicina).

La EUTM cuenta con una oferta educativa en 18 programas de formación de grado que conducen a los títulos de Técnico (4) Tecnólogo (3) y Licenciado (11).

Los títulos de grado que otorga la Escuela Universitaria de Tecnología Médica son:

- Técnico en Anatomía Patológica
- Tecnólogo en Cosmetología Médica
- Técnico en Hemoterapia
- Técnico en Podología Médica
- Técnico en Radioisótopos
- Tecnólogo en Radioterapia
- Tecnólogo en Salud Ocupacional
- Licenciado en Fisioterapia
- Licenciado en Fonoaudiología
- Licenciado en Imagenología
- Licenciado en Instrumentación Quirúrgica
- Licenciado en Laboratorio Clínico
- Licenciado en Neumocardiología
- Licenciado en Neurofisiología Clínica
- Licenciado en Oftalmología
- Licenciado en Psicomotricidad
- Licenciado en Registros Médicos y Tecnólogo en Registros Médicos
- Licenciado en Terapia Ocupacional

Pensamos que es de utilidad reseñar aquí los perfiles de egreso de cada carrera de grado de la EUTM.

⁴La formación de parteras en Uruguay es considerada de nivel superior universitario, con 4.180 horas.



Técnico en Anatomía Patológica (1984 horas)

El Técnico en Anatomía Patológica o histotecnólogo es el profesional universitario egresado de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica capacitado para procesar cualquier tipo de material biológico y hacerlo apto para un estudio microscópico (y eventualmente macroscópico), ya sea con fines diagnósticos, docentes, de investigación, etc.

Tecnólogo en Cosmetología Médica (3715 horas)

El Tecnólogo en Cosmetología Médica es un Profesional Universitario, integrante del equipo multidisciplinario de asistencia sanitaria, que trabaja en estrecha colaboración con los distintos integrantes de dicho equipo, actuando en la prevención, educación, tratamiento y rehabilitación en pacientes con piel sana o portadores de diversas patologías cutáneas. Realiza también detección precoz de distintos tipos de patología cutánea.

Licenciado en Fisioterapia (3804 horas)

El Licenciado en Fisioterapia es un profesional universitario, formado en el Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina, e integrante del equipo de salud y cuyas acciones se desenvuelven en el área de la prevención, recuperación, reeducación y rehabilitación física y sensorial.

Licenciado en Fonoaudiología (3440 horas)

El Licenciado en Fonoaudiología es un profesional universitario que ejerce su actividad en el ámbito de la comunicación humana en las áreas de la Audiología, la Fonestomatología, el Lenguaje, el Habla, la Voz y la Función Vestibular.

El Título habilitante de Licenciado en Fonoaudiología lo otorga exclusivamente la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Universidad de la República.

Técnico en Hemoterapia (3000 horas)

El Técnico en Hemoterapia es el Profesional de la Salud que realiza la obtención, el estudio inmunohematológico y serológico, el procesamiento manual o mecánico, la conservación y transfusión de la sangre humana, componentes, derivados y productos recombinantes de acuerdo con las técnicas del más alto nivel nacional e internacional.



Licenciado en Imagenología (4 años)

El Licenciado en Imagenología es el profesional universitario egresado de la Escuela correspondiente (actual Escuela Universitaria de Tecnología Médica), capacitado especialmente para la operación de equipamiento imagenológico de diagnóstico basado en el uso de radiaciones ionizantes, así como de otros métodos que utilizan otros fundamentos físicos para la obtención de imágenes. Resulta inherente a su formación la capacitación en Protección Radiológica y Control de Calidad.

Licenciado en Instrumentación Quirúrgica (4776 horas)

El Instrumentista Quirúrgico es el profesional universitario capacitado para la realización de todas las técnicas en el manejo y cuidado de los instrumentos y la aparatología inherente a las diversas intervenciones quirúrgicas.

Licenciado en Laboratorio Clínico (4 años)

El Licenciado en Laboratorio Clínico es el profesional universitario que realiza todos los procedimientos o técnicas analíticas que se desarrollan en el laboratorio clínico con fines preventivos, de diagnóstico o control terapéutico o evolutivo de las enfermedades.

Licenciado en Neumocardiología (3296 horas)

El Licenciado en Neumocardiología es el profesional universitario egresado de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina, capacitado para la realización de técnicas diagnósticas y de tratamiento realizadas dentro de las áreas cardiológicas, neumológicas, centro de cuidados intensivos y recuperación post- anestésica.

Licenciado en Neurofisiología Clínica (3503 horas)

El Licenciado en Neurofisiología Clínica es el profesional universitario egresado de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina, capacitado para la realización de procedimientos diagnósticos, de investigación, asesoramiento y prevención en las diferentes disciplinas neurofisiológicas.

Técnico en Podología (2612 horas)

El Técnico en Podología es un profesional universitario de salud egresado de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina e integrante



del equipo de salud, capacitado para cumplir con un rol educativo, preventivo, orientador, efectuando tratamientos, diagnósticos relacionados con las diversas patologías que afectan los miembros inferiores dentro del área específica de su competencia. Posee conocimientos en las materias básicas afines a la disciplina que le permiten comprender e interpretar racional y perfectamente los fundamentos de los procedimientos y técnicas que realiza.

Licenciado en Psicomotricidad (3490 horas)

El Licenciado en Psicomotricidad es el profesional que tiene el título habilitante. Su formación es teórico-práctica y actúa en Estimulación, Educación, Reeducación y Terapia Psicomotriz, siendo su intervención en los niveles profiláctico, educativo y terapéutico, en asesoramiento técnico e investigación.

Licenciado en Oftalmología (3647 horas)

Es el profesional universitario graduado en la Escuela Universitaria de la Facultad de Medicina, integrante del equipo de salud que se desempeña en el área de prevención y rehabilitación, así como también forma parte del equipo oftalmológico en la asistencia, terapéutica quirúrgica e investigación.

Técnico en Radioterapia (3040 horas)

La carrera apunta a brindarle al estudiante una formación teórico-práctica que lo capacite para desempeñarse en la tarea de Tecnólogo en Radioterapia.

Técnico en Radioisótopos (2840 horas)

La carrera de Técnico en Radioisótopos tiene por objeto la formación y capacitación de profesionales para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, utilizando sustancias radioactivas en forma de fuentes abiertas, así como tareas de enseñanza, investigación y administración dentro de su área específica.

Licenciado en Terapia Ocupacional (4408 horas)

Es un profesional universitario competente en el uso de la ocupación dirigida para incrementar al máximo la independencia, prevenir la discapacidad y mantener la salud de personas con disfunciones físicas, psicosociales, discapacidades del desarrollo o del aprendizaje, disfunciones sociales o vinculadas al proceso de envejecimiento.



Licenciado y Tecnólogo en Registros Médicos (licenciado – 3824 horas y tecnólogo 3024 horas)

El Licenciado y el Tecnólogo en Registros Médicos son profesionales integrantes del equipo de salud cuya formación se da en los programas elaborados por la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, aprobados por la Facultad de Medicina y la Universidad de la República y refrendados por la inscripción de títulos obtenidos ante el Ministerio de Salud Pública. El Licenciado en Registros Médicos está capacitado para planificar, organizar, y dirigir una Unidad de Registros Médicos en cualquier tipo de institución, así como realizar investigaciones en cualquier área de la comunidad. Participará con el equipo de salud en investigaciones que se realicen en el área, integrando principalmente los comités del cuerpo médico que analizan y valoran cuantitativa y cualitativamente la atención que se le brinda al paciente. El Tecnólogo en Registros Médicos está capacitado para desempeñarse directamente en las funciones del Departamento, recolección de datos, análisis y procesamiento de los mismos, custodia de la documentación médica con el fin de incrementar su uso, así como promover el estudio de la información recogida para que se la utilice en programas de salud.

Tecnólogo en Salud Ocupacional (3024 horas)

Es un tecnólogo universitario capacitado para el reconocimiento de los riesgos laborales de diferentes procesos productivos, que participa en estrategias de prevención y promoción de la salud de los trabajadores conjuntamente con el equipo de salud. En el área de salud actúa fundamentalmente en la actividad de prevención, en la identificación, evaluación y control de los factores de riesgo laboral y su repercusión en el ambiente. En el área de educación participa en programas dirigidos a trabajadores, empresarios y agentes sociales vinculados a la salud de los trabajadores.

Nos parece importante explicitar las definiciones que nuestra institución ha tenido en cuenta a la hora de decidir los perfiles de titulación a nivel de grado. Señalamos además que no deben considerarse como titulaciones estancas, pues de hecho varias titulaciones de tecnólogos y de técnicos se han transformado, luego de cumplir con las debidas exigencias académicas, en Licenciaturas.

Técnico: su perfil incluye el simple “hacer” o nivel técnico exclusivo.

Tecnólogo: trasciende el “hacer” hacia una praxis social integradora. Incluye en su perfil formativo, materias y/o módulos que se refieren al LOGOS de la formación profesional: didáctica y pedagogía, psicología, metodología científica,



salud pública, deontología y legislación laboral y administración hospitalaria. Además de una sólida formación como profesionales para la salud a nivel “técnico”.

Licenciado:

- **criterio cuantitativo:** para la Universidad de la República: 4 años o más de duración de la carrera. Un mínimo de 2400 horas.
- **criterio no cuantitativo para la EUTM:** importante formación básica, relación entre formación teórica y práctica, en la que la primera representa por lo menos el 40% del total de la carga horaria; egreso por trabajos Monográficos; en algunos casos inclusión de un 4to ciclo: internado obligatorio.

Como vimos más arriba, los Planes de Estudio de cada una de las carreras describen un PERFIL PROFESIONAL que integra los conocimientos, capacidades y actitudes, propias de cada profesión, con aquellos que son comunes al conjunto de las formaciones.

El profesional que egresa de la EUTM está formado desde una perspectiva integral en las bases científicas, humanística, social y ética de la práctica tecnológica en salud.



A fin de ejemplificar en el siguiente cuadro se muestra el currículo del primer año de las diferentes formaciones de grado de la EUTM.

Carrera	Materias del primer año				
Técnico en anatomía	M E T O D O L O G Í A	E N F E R M E R Í A	S A L U D P U B L I C A	P S I C O L O G Í A	
Tecnólogo en cosmetología					
Tecnólogo en hemoterapia					Inmunología y genética
Tecnólogo en psicología					Introducción a la práctica psicológica
Tecnólogo en radioisótopos					Química fotoquímica Física
Tecnólogo en radioterapia					Introducción a la salud ocupacional (módulo I)
Tecnólogo en salud ocupacional					Física médica I Biomecánica y kinesiología
Licenciatura en Fisioterapia					Audiología Voz Fono - otorrinolaringología Lingüística I Lenguaje I Física acústica
Licenciatura Fonaudiología					Fisopatología Física radiológica Física básica
Licenciatura en Imagenología					Introducción al área quirúrgica Microbiología
Licenciatura en instrumentación quirúrgica					Dentología y legislación laboral Introducción a laboratorio clínico Administración hospitalaria
Licenciatura en Laboratorio clínico					Bioquímica Física
Licenciatura Neuromcardiología					
Licenciatura Neurofisiología clínica					
Licenciatura Oftalmología					
Licenciatura psicomotricidad	Introducción a la psicomotricidad				
Licenciatura registros médicos	Ciencias médicas y terminológicas Informática Introducción a los registros médicos Procesamiento de imagen				
Licenciatura Terapia ocupacional	DESARROLLO CREATIVO Talleres de formación profesional Biomecánica Psicología del ciclo vital Terapia Ocupacional I				
	Y F U N C I O N E S N O R M A L E S	M E T O D O S C U A N T I T A T I V O S			



El Egresado (Graduado) de la EUTM:

- El graduado de la EUTM encuentra capacitado para desarrollar acciones de promoción, prevención, rehabilitación y educación en salud, realizar diagnóstico y tratamiento, asistencia y/o terapias, control de calidad y acciones de bioseguridad.
- Según la profesión tendrá inserción en el ámbito sanitario, educativo o productivo.
- Su formación lo capacita para integrar el equipo de salud, equipos uni o multiprofesionales, grupos de investigación básica o aplicada, actividades de extensión y el ejercicio de la docencia
- En las formaciones de Licenciados el graduado es un Profesional Liberal
- Se desempeña en funciones de administración y gestión, consultoría y asesoramiento en servicios de su especialidad

Es importante además señalar que todas las profesiones se encuentran bajo la regulación de las normativas del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública del País⁵.

⁵La ley n° 16.614 de 1994 establece que para ejercer la profesión de técnico médico se debe contar con un título habilitante expedido por la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina. Para más informaciones, consultar también la Ley N° 17.155 que modifica el artículo 1° de la Ley N° 16.614, en lo que respecta a los Tecnólogos Médicos.

Parte III

**Certificação, regulação e modelos formativos
como eixos de análise**



Desarrollo de la propuesta de construcción curricular para las tecnicaturas de nivel superior del campo de la salud

**Daniel Rodolfo Albano
Gustavo Wansidler
Jorge Rosenbaum**

A manera de introducción

El presente trabajo da cuenta de los sentidos y experiencias que se juegan y problematizan en los diferentes procesos de la construcción Federal de los documentos curriculares de las carreras pertenecientes al campo de la salud, de nivel superior, modalidad tecnicaturas, en Argentina. Éstas se construyen en el marco de la Comisión Interministerial Educación-Salud, creada por un convenio entre los respectivos ministerios en el año 2002. En ese marco transmitimos la experiencia en la construcción de un desarrollo integrado de los *procesos de formación y del ejercicio profesional* desde una mirada amplia del campo de la salud y atendiendo a las necesidades del desarrollo local y regional.

Cabe señalar que el recorrido para la institucionalización Federal de estas ofertas tiene en cuenta:

- La Ley Nacional de Educación;
- La Ley N° 24521, de Educación Superior;



- La propuesta “Acuerdo Marco del Nivel y Sector”, A-23;
- La educación en clave de Desarrollo Local;
- El perfil socioeducativo de los destinatarios.

Estos sentidos y experiencias se referencian en tres ejes-componentes que orientan transversalmente nuestra ponencia:

- El marco y sentido político de la construcción y desarrollo de las ofertas formativas;
- Consideraciones de la posición institucional y curricular, como condiciones de producción de los Documentos Bases¹ para la construcción de las ofertas educativas pertenecientes al campo de la salud.
- Itinerarios de construcción de los documentos de las diferentes carreras. Una propuesta que entiende la educación de los/as ciudadanos/as como aquella que intenta producir articulaciones sustantivas entre formación académica y los requerimientos y problemas emergentes del contexto social en relación a las tensiones que se juegan tanto en el campo profesional como en el desarrollo de la ciudadanía.

Posicionamiento político de la propuesta

Las orientaciones políticas estratégicas que conducen todas las ofertas formativas del nivel y la modalidad, incluidas las correspondientes al campo de la salud:

- *Construcción del currículum y su relación con el mundo del trabajo;*
- *Construcción del currículum y su vínculo con el desarrollo sociocultural;*
- *Construcción del currículum y su aporte a los nuevos roles del Estado*

Estas orientaciones “se descubren” transversalizadas por una posición política vinculada al desarrollo local y al planeamiento asociado estratégico.

El sentido político educativo se materializa mediante la constitución y el desarrollo de una comisión conformada por los ministerios de educación y salud de la nación para promover la integración de los *procesos de formación y el ejercicio profesional* desde una mirada amplia del campo de la salud y atendiendo a las necesidades y problemas vinculados al desarrollo local y regional. Se intenta responder, entre otras cuestiones, a las siguientes

¹ Documentos de referencia para la construcción de los diseños curriculares en cada jurisdicción.



situaciones problemáticas de origen identificadas en los campos de la formación y del ejercicio profesional:

- Falta de regulación de las ofertas formativas del campo de la salud, correspondientes al nivel superior en su modalidad técnica;
- Falta de regulación del ejercicio profesional de los técnicos

El sentido que tiene educar a quienes se forman en el campo de la salud es el de una formación para la intervención socioterritorial. Esto implica el desarrollo de un saber no sólo técnico-profesional sino ciudadano, en tanto que la integración de ambos saberes se trabajen desde un posicionamiento sociohistórico.

Pensar el sentido político-educativo del Área de Educación Superior vinculada a las formaciones en el campo de la salud en cada territorio –o sea, en lo nacional, en cada jurisdicción y en cada Instituto de Educación Superior– es mirar y promover la potencialidad dialéctica de sujetos y comunidades para contribuir con la construcción de un desarrollo territorial que promueva condiciones para alcanzar mejores niveles de salud en los mismos. Desde esta perspectiva, la construcción de ofertas formativas del Campo de la Salud se realiza entre la nación, las jurisdicciones y localidades en ámbitos multiactorales e intersectoriales que tensionen, problematicen y construyan el sentido político-educativo del imbricado vínculo entre “territorio, tecnicatura y subsistemas de educación y salud”. Esto es, entre otras cuestiones, debatir y reflexionar acerca de la importancia de los saberes y del saber hacer de cada una de las tecnicaturas, en las variadas realidades del mapa socioterritorial de cada jurisdicción, en orden a lograr una definición situacionalizada y una implementación de cada una de ellas que sea transformadora de las diferentes comunidades en las que se inscriben.

Sentidos e itinerarios en el desarrollo de las ofertas

Consideración acerca del posicionamiento y la construcción curricular

Las situaciones identificadas en el campo respecto a la cuestión curricular, y como consecuencia de los problemas políticos identificados, son, entre otras:

- Diferentes titulaciones con propuestas curriculares homólogas;
- Homólogas titulaciones con propuestas curriculares diferentes;
- Inexistencias de definiciones claras y comunes respecto de los diferentes perfiles profesionales;



- Inexistencias de definiciones claras y comunes respecto del alcance de los títulos.

Las cuestiones demarcadas se vinculan fuertemente al hecho de que las construcciones curriculares se han realizado históricamente de manera endogámica al sistema educativo sin que se hubiera identificado con claridad el ejercicio profesional del futuro técnico del campo de la salud que se forma.

Entendemos el campo curricular como “el lugar” que posibilita poner en tensión y construir síntesis de los discursos producidos, entre otros, en los ámbitos educativo-escolar, laboral y académico-científico. La lógica de construcción curricular, en consonancia, viabiliza una unidad de concepción e integración entre el proceso formativo y el ejercicio profesional de los técnicos.

La estructura técnica del diseño curricular, en tanto proceso, considera los siguientes aspectos: contextos de origen, los recursos, la dinámica del propio proceso, su implementación y los productos resultantes del mismo. Una estructura en la que los elementos integrantes del modelo se delimitan a partir de la conjunción de las dimensiones social², epistemológica y psicoeducativa.

El documento base de diseño curricular, en tanto propuesta, se organiza por medio de los siguientes componentes:

- *Justificación de la propuesta curricular.*
- *Delimitación del perfil formativo.*
- *Organización y estructuración curricular.*
- *Evaluación curricular.*
- *Actividades reservadas.*

Los componentes aquí situados constituyen también lo que optamos por llamar etapas generales de la metodología de construcción curricular.

Justificación de la propuesta curricular

La justificación de la propuesta curricular, en tanto trabajo de análisis, permite contar con las bases que, ancladas en un contexto particular, posibiliten fundamentar la conveniencia y relevancia de dicho proyecto. *En este sentido, y en sentido amplio, es*

² Social en clave de desarrollo local y regional en términos socioculturales y de vinculación con el mundo del trabajo



necesario indagar cuáles son aquellas “necesidades sociales” a las que debería dar respuesta una determinada oferta formativa y, por “añadidura”, el futuro egresado.

La justificación de la propuesta, desde la lógica que le imprimen las orientaciones estratégicas, implica situar la mirada sobre las siguientes cuestiones:

- el estudio del perfil profesional y/o laboral del técnico³, identificando las prácticas profesionales predominantes, emergentes y en extinción; evaluando sus aportes al desarrollo de la profesión y al sector o ámbito social en el que se ubican. Comprende, en sentido amplio, el estudio de los requerimientos y demandas laborales.
- El análisis de los campos conceptuales, desde una perspectiva teórica y epistemológica, alrededor de los cuales se estructura la propuesta curricular en construcción y/o en proceso de resignificación.
- El estudio comparativo de planes curriculares y de experiencias educativas, nacionales e internacionales, afines y emparentadas a la tecnicatura en cuestión.

Debemos tener en cuenta además las características sociodemográficas, psicoeducativas y académicas de la población estudiantil, entre otras. En cuanto al docente, se debería indagar la construcción histórica de su propia práctica, así como sus itinerarios formativos, necesidades, estilo pedagógico, actitudes, y vivencias, entre otras indagaciones. En ambos casos se delimitarán los planes y estrategias de su participación en el diseño del currículum.

Delimitación del perfil formativo

Con base en la justificación de la propuesta curricular, y como resultado del procesamiento y/o construcción del perfil profesional y de las otras referencias e insumos –estudio comparativo de planes y análisis de los campos conceptuales–, el sistema educativo define los *propósitos*, en tanto procesos, a ser desarrollados/alcanzados en las diferentes ofertas formativas. *El “Perfil formativo”⁴ debería dar cuenta de los procesos de construcción de sentidos, de la oferta en general y de la tecnicatura singularizada según el territorio donde se desarrolla. Siempre en un horizonte y un recorrido que se da en construir como Desarrollo Local.*

³ La perspectiva del mundo del trabajo se expresa fundamentalmente en el perfil profesional del técnico. Este articula el conjunto de realizaciones profesionales que el técnico puede demostrar en las diversas situaciones de trabajo propias de su área ocupacional.

⁴ El antecedente normativo, en tanto “perfiles de títulos” -decreto 256/94, títulos universitarios-, viabiliza pensar en términos de “perfil formativo”.



Es decir, un Perfil Formativo que da cuenta de los propósitos a ser desarrollados en el marco de los diferentes procesos de aprendizaje de la tecnicatura alude a los saberes que el egresado deberá adquirir como “andamiaje” constitutivo de esos propósitos. Es importante entonces definir una visión humanista, científica, tecnológica y social de manera integrada. En el marco de estas consideraciones el Perfil Formativo, en tanto propósitos a ser alcanzados, debería expresar:

En clave “desarrollo, vinculado al mundo del trabajo”

- Las áreas socio-ocupacionales sobre las que se define la orientación de la tecnicatura y los procesos científico-tecnológicos que se desarrollan en las áreas socio-ocupacionales definidas;
- Las características de la intervención del técnico superior en los mencionados procesos científico-tecnológicos.

En clave “desarrollo sociocultural”

- Las áreas socioculturales sobre las que se define este nivel del sistema educativo;
- Características de la participación ciudadana del egresado de este nivel educativo, en los diferentes procesos culturales de construcción democrática.

El Perfil Formativo se “alimenta” para su construcción de los siguientes insumos:

- Construcción o análisis del perfil profesional⁵ de la tecnicatura en construcción.

⁵ Este insumo a ser construido o analizado –en el caso de estar elaborado–, asume los siguientes componentes-niveles de especificación:

- *Competencia general*: Componente que, en tanto marco, organiza los grandes conjuntos de actividades situadas en las áreas de competencia.
- *Áreas de competencia*. Aquí se sitúan las grandes áreas de actividad en las que, teniendo en cuenta el campo profesional de su ejercicio, el técnico interviene. Las áreas de competencia suelen coincidir con funciones fundamentales que deben garantizarse en los distintos ámbitos de trabajo de su área ocupacional.
- *Subáreas de competencias*. En este nivel de especificación se descomponen las áreas de competencia, partiendo del análisis del campo profesional, en agrupamientos significativos de actividades afines.
- *Actividades profesionales*: Aquellas acciones que el técnico debe desarrollar en su práctica profesional, dentro de cada área de competencia. El conjunto de actividades profesionales, constitutivas de una determinada área de competencia asumen la función de demarcar el alcance del área.
- *Criterios de realización*. Son aquellos elementos que se sitúan para dar cuenta, en términos de evaluación, de cuándo una actividad es considerada “pertinente”
- *Alcances y condiciones del ejercicio profesional*. Aquí se desarrollan-establecen, para cada área de competencia, las siguientes cuestiones: principales resultados esperados del trabajo; medios de producción con los que se trabaja; procesos, técnicas y regulaciones normativas que caracterizan su entorno; datos y/o información disponibles y/o generados; relaciones funcionales y/o jerárquicas en el espacio social del trabajo.



Desde este vertebral insumo, fundamentalmente a través del análisis de las actividades profesionales, los criterios de realización y los alcances y condiciones del ejercicio profesional, se buscan y reconstruyen los saberes que están involucrados en la base de cada uno de los componentes situados.

- El estudio comparativo de los planes curriculares y de las experiencias educativas, afines y emparentadas a la tecnicatura en cuestión, posibilita dar cuenta de los ejes y tendencias formativas –en tanto saberes– que orientan la oferta en construcción.
- El análisis de los campos conceptuales nos ofrece, desde una “indagación/reconstrucción” de los diferentes saberes involucrados en una determinada oferta, la posibilidad de realizar “vigilancia epistemológica”.

A partir del trabajo de integración-articulación de estos tres grandes “insumos” para la construcción de la oferta, se desarrollan los diferentes **propósitos que constituirán el perfil formativo de la propuesta curricular.**

En el marco de lo enunciado respecto del perfil formativo podemos decir que la formación de técnicos del campo de la salud responde a una definición que el sistema educativo y el de salud y la propia profesión realizan acerca del carácter de sus miembros, “conducidas” por *políticas de desarrollo*, que son de carácter más amplio que aquello que está comprometido en el ejercicio de las profesiones.

Organización y estructuración curricular

Campos de formación

Los campos de formación definidos para la organización curricular de la Educación Superior –humanística, social y técnico-profesional– deben garantizar una formación tanto general como específica, que proporcione la base de conocimientos necesaria para el desempeño profesional y la participación ciudadana. Este objetivo se alcanza por medio de mecanismos de articulación sistemáticos entre un “*saber hacer*” y un “*hacer saber*” –*construir saber*–, desarrollados en una *permanente articulación teórico-práctica*.

En este sentido, la organización curricular de las carreras contempla la inclusión de contenidos relativos a los siguientes campos de formación:

- El campo de **formación general**, destinado a abordar los saberes que posibiliten el logro de competencias básicas necesarias para participar activa, reflexiva y críticamente en los diversos ámbitos de la vida laboral y sociocultural y para el



desarrollo de una actitud crítica y ética respecto del continuo cambio tecnológico y social.

- El campo de **formación de fundamento**, destinado a abordar los saberes científicos, tecnológicos y socioculturales que otorgan sostén a los saberes propios del campo profesional en cuestión.
- El campo de **formación específica**, dedicado a abordar los saberes propios de cada campo profesional, así como también la contextualización de los desarrollados en la formación de fundamento.
- El campo de la **práctica profesionalizante**, que posibilita la integración y contrastación de los saberes construidos en las formaciones descriptas. De carácter sustantivo para la constitución de las competencias básicas y específicas.

Las áreas de formación no constituyen en sí mismas espacios curriculares. La forma de organización se adecua a cada tecnicatura.

Organización curricular

El Documento Base, referencia para la construcción de los diseños jurisdiccionales, se construye en el marco de los campos de formación anteriormente situados. Es decir, que los saberes a ser desarrollados en una determinada tecnicatura, se organizan por medio de los campos de formación general, de fundamento y específico. Respecto del campo de la práctica profesionalizante, se sitúan los criterios-orientaciones que hay que tener en cuenta en las diferentes ofertas formativas de los diseños curriculares jurisdiccionales.

A su vez, estos campos se constituyen por bloques que, en tanto conjunto de contenidos que los organizan, se demarcan/delimitan mediante:

- las áreas conceptuales y disciplinas;
- los procesos tecnológicos generales en clave socio-productiva y sociocultural y específicos de la tecnicatura en cuestión.

Los bloques mencionados, en tanto constitutivos de los campos, no constituyen en sí mismo espacios curriculares.

Los componentes descriptos constituyen el material y el marco para la construcción de los diseños curriculares.



Actividades reservadas

Se plantean como las funciones y actividades para las que resulta competente un profesional del campo de la salud. La construcción de las mismas son la síntesis de lo planteado en el perfil formativo y de los contenidos propios de cada tecnicatura en cuestión.

Evaluación curricular continua

La evaluación tanto en el proceso de diseño y la planeación del currículum como para su implantación y análisis de resultados. Pretendemos interrelacionar durante el proceso el currículum formal con lo real o vivenciado; por ello, consideramos tanto los aprendizajes intencionales como los incidentales.

Itinerarios / etapas de la construcción curricular

La Comisión Interministerial Educación-Salud aporta un sentido estratégico a la organización del conjunto de tecnicaturas vinculadas al campo de la salud. Organización que, a partir del desarrollo de las acciones político-estratégicas implicadas, promueva la integración entre los procesos de formación y el ejercicio profesional en función de un desarrollo local en clave sociocultural y socio-productiva.

A partir de las consideraciones situadas, la comisión trabaja de la siguiente manera:

- Convoca actores relacionados con las tecnicaturas para colaborar en el proceso de trabajo, conformando las “mesas consultivas”. Los interlocutores son quienes representan los ámbitos de las instituciones formativas, académico y laboral.
- Realiza un trabajo de campo en distintos ámbitos socio-laborales, donde se “ejercita la profesión/ocupación”, y en instituciones/organizaciones formadoras vinculadas con las tecnicaturas que se estén diseñando.
- Las mesas consultivas, en el marco de la conducción de la Comisión Interministerial, promueven:
 - El análisis y/o construcción del Perfil Profesional a partir de los desempeños laborales contextualizados.
 - La caracterización del proceso formativo de las tecnicaturas existentes y de aquellas emparentadas a la tecnicatura en construcción.



- El análisis reflexivo de los campos conceptuales y experiencias, desde una perspectiva epistemológica y nosológica, alrededor de los cuales se estructura la propuesta curricular en construcción y/o en resignificación.
- Las mesas consultivas en el orden nacional construyen la hipótesis de la oferta que, en el marco de la Comisión Interministerial Educación-Salud, se sintetizan y se construye el proyecto de Documento Base a ser presentado ante los Consejos Federales de Salud y Educación –organismos conformados por todos los ministros de las provincias del país– para dar validez nacional a la tecnicatura.
- Construcción del Perfil Formativo⁶ y del Perfil Profesional a partir de los desempeños laborales contextualizados.
- La construcción del Perfil Formativo.
- La elaboración de las bases para el diseño curricular con contenidos básicos de cada tecnicatura (bloques: generales, fundamento y específicos).
- La formulación de requisitos mínimos para el funcionamiento de las tecnicaturas.
- Definición de las actividades reservadas.

⁶ “El “Perfil formativo” debería dar cuenta de los procesos de construcción de sentidos de la oferta en general y de la tecnicatura singularizada al territorio donde se desarrolla. En este caso, y como toma de posición, se tiene como horizonte y recorrido al desarrollo local...” Wansidler Gustavo en “Una construcción curricular contextualizada”, Ministerio de Educación, septiembre de 2004.



Trabalhadores técnicos em saúde: caracterização da formação profissional e do mercado de trabalho em 2005

**Mônica Vieira
Arlinda Barbosa Moreno
Lygia Costa**

Introdução

Apesar dos trabalhadores técnicos em saúde constituírem um contingente expressivo da força de trabalho em saúde, estudos acerca desse grupo profissional ainda são escassos. Nesse sentido, buscando ampliar a visibilidade social e política desses trabalhadores, o Observatório dos Técnicos em Saúde¹ vem, desde 2001, dedicando-se a acompanhar suas características e tendências.

A diversidade de ocupações técnicas é ampla, tanto no que se refere ao quantitativo de trabalhadores, situação organizativa quanto no que diz respeito a sua inserção no mercado de trabalho em saúde. Algumas dessas ocupações são mais antigas, datando sua regulamentação profissional da década de 70 e metade dos anos 80 do século XX – portanto, com um início anterior à organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre essas ocupações, destacam-se as subáreas de Óptica, Radiologia Médica, Nutri-

¹ Integra o Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde/LATEPS da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/EPJSV da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz.



ção e Dietética, Saúde Bucal, Patologia Clínica e Histologia, Farmácia e a própria Enfermagem. Outras ocupações, como as de Registros de Saúde, Equipamentos Médico-Hospitalares, Citotécnica, Hematologia-Hemoterapia e Vigilância Sanitária e Ambiental, possuem uma história associada à organização do SUS e suas leis, pareceres e resoluções, datando do final da década de 80 e início dos anos 90. Com relação às ocupações de nível elementar, cabe destacar a criação da profissão de Agentes Comunitários de Saúde, em 2002.

Neste artigo, foram analisadas quantitativamente a formação profissional e o mercado de trabalho em saúde, a partir da distribuição dos cursos e dos postos de trabalho de nível técnico em saúde, no Brasil. Como fonte de dados, foram utilizados o Censo Educacional/INEP/MEC e a AMS/IBGE, para o ano de 2005.

Metodologia

Este estudo tem caráter descritivo e foi desenvolvido a partir da análise das bases de dados do Censo Educacional² e da AMS para o ano de 2005.

O Censo Escolar é realizado anualmente pelo Ministério da Educação, por intermédio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação. É uma pesquisa declaratória que agrega informações estatístico-educacionais de âmbito nacional que são utilizadas para formular, implementar e avaliar a política educacional e para a distribuição de recursos do governo federal aos Estados, Municípios e Escolas. O Censo tem a escola como unidade de informação e abrange a Educação Básica em seus diferentes níveis: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio. O questionário inclui blocos específicos para o Curso Normal de Nível Médio, Educação Especial, Educação de Jovens e Adultos e Educação Profissional Técnica.

A partir de 2001, a educação profissional é incorporada ao Censo Escolar, abrangendo todas as grandes áreas — agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços. Entretanto, os dados coletados passam a referir-se apenas à educação profissional técnica, enquanto as informações da educação profissional tecnológica continuam a ser coletadas no Censo do Ensino Superior.

A AMS foi inicialmente criada e desenvolvida diretamente pelo Ministério da Saúde, em 1953, mas, com a crescente demanda de informações estatísticas na área de saúde, o Ministério da Saúde e a Fundação IBGE firmaram um convênio estabelecen-

² Ressaltamos que é preciso ter alguns cuidados ao utilizar essa base de dados em razão da baixa cobertura alcançada.



do que, a partir de 1975, o IBGE assumiria os encargos da coleta, apuração, sistematização e divulgação dos dados da pesquisa de saúde. Já em 1976, o título da pesquisa passou a ser “Assistência Médico-Sanitária” (AMS), sendo utilizado somente um questionário que, no IBGE, sofreu várias alterações nos anos seguintes.

A AMS é um censo que visa obter dados cadastrais de todos os estabelecimentos de saúde no Brasil, públicos ou privados, que prestam assistência ambulatorial e hospitalar à saúde individual e coletiva. A partir de 1985, como uma estratégia de fortalecimento de seus resultados, instituições da saúde e órgãos internacionais passaram a ser consultados, dentre eles, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Secretarias Estaduais de Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Em 2005, o Censo Escolar recebeu e compilou dados de 1.494 estabelecimentos de ensino com oferta de 2.566 cursos técnicos³ em saúde. Os cursos foram organizados por subáreas de formação do setor saúde, com parâmetros estabelecidos nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (BRASIL, 2000). Optou-se, ainda, pela criação da categoria “outras” para subáreas classificadas pelo Censo Escolar, mas que não constam desses Referenciais. Esta categoria agrega os seguintes cursos: Equipamentos Médico-Hospitalares, Educação Física, Gestão em Saúde, Saúde Comunitária, Terapias Alternativas e Veterinária. Os cursos que não traziam no nome a modalidade foram classificados como “não informado”.

A pesquisa de Assistência Médico-Sanitária coletou, em 2005, dados de um universo de 83.379 estabelecimentos de saúde, sendo 3.606 desativados, 2.769 extintos e 77.004 em atividade ou em atividade parcial.

Neste trabalho enfocou-se os postos de trabalho dos técnicos, no seu aspecto quantitativo de distribuição das ocupações por áreas e por setores público (Federal, Estadual, Municipal) e privado. Desse modo, exploramos:

- Composição dos postos de trabalho em saúde, para identificar os postos de trabalho de nível técnico/ auxiliar utilizou-se a variável escolaridade.
- Postos de trabalho por setor de atuação (público e privado) e por esfera administrativa (federal, estadual e municipal).

³Vale ressaltar que uma mesma instituição pode oferecer cursos de diferentes subáreas de formação.



Resultados

Observou-se que a oferta de cursos técnicos em saúde no Brasil concentrou-se especialmente na subárea de Enfermagem, totalizando cerca da metade da oferta de cursos técnicos em saúde (48,7%). A menor oferta de cursos técnicos foi registrada na subárea Hemoterapia (0,9%). Além disso, tem-se a distribuição nas subáreas: Segurança do Trabalho (14,9%), Radiologia e Diagnóstico por Imagem (8,3%), Biodiagnóstico (6,4%), Saúde Bucal (5,7%), Farmácia (3,7%), Estética (2,1%) e Reabilitação (1,9%). “Outras” subáreas, que são: Equipamentos Médico-Hospitalares, Educação Física, Gestão em Saúde, Saúde Comunitária, Terapias Alternativas e Veterinária, perfizeram apenas 2,9% da oferta de cursos. E os “Não Informados” foram 0,1% (Tabela 1).

Tabela 1. Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde, segundo subáreas de formação (percentual /coluna).

Subáreas de Formação	Brasil/2005 (% coluna)	
	n	%
Total	2.566	100,0
Biodiagnóstico	165	6,4
Enfermagem	1.250	48,7
Estética	53	2,1
Farmácia	95	3,7
Hemoterapia	03	0,1
Nutrição e Dietética	110	4,3
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	213	8,3
Reabilitação	49	1,9
Saúde Bucal	147	5,7
Saúde Visual	17	0,6
Segurança do Trabalho	382	14,9
Vigilância Sanitária e Ambiental	05	0,2
Outras	75	2,9
Não Informado	02	0,1

Fonte: Censo Escolar(INEP, 2005)



A subárea de Enfermagem apresentou maior número de cursos (343 e 2.223, respectivamente para público e privado), representando cerca 48,7% da oferta de cursos. Para os cursos técnicos em saúde, segundo o setor de atuação, observou-se que 86,6% concentravam-se no setor privado e 13,4% no setor público. Ressalta-se que a oferta de cursos na subárea Vigilância Sanitária e Ambiental concentrou-se, basicamente, no setor público (80%), tal como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2. Cursos de Educação Profissional de nível técnico em Saúde segundo subáreas de Formação e Setor de Atuação

Subáreas de Formação	Brasil/2005 (% linha)			
	Público		Privado	
	n	%	n	%
Total	343	13,4	2.223	86,6
Biodiagnóstico	27	16,4	138	83,6
Enfermagem	171	13,7	1.079	86,3
Estética	0	0,0	53	100,0
Farmácia	4	4,2	91	95,8
Hemoterapia	1	33,3	2	66,7
Nutrição e Dietética	33	30,0	77	70,0
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	6	2,8	207	97,2
Reabilitação	4	8,2	45	91,8
Saúde Bucal	20	13,6	127	86,4
Saúde Visual	0	0,0	17	100,0
Segurança do Trabalho	63	16,5	319	83,5
Vigilância Sanitária e Ambiental	4	80,0	1	20,0
Outras	9	12,0	66	88,0
Não Informado	1	50,0	1	50,0

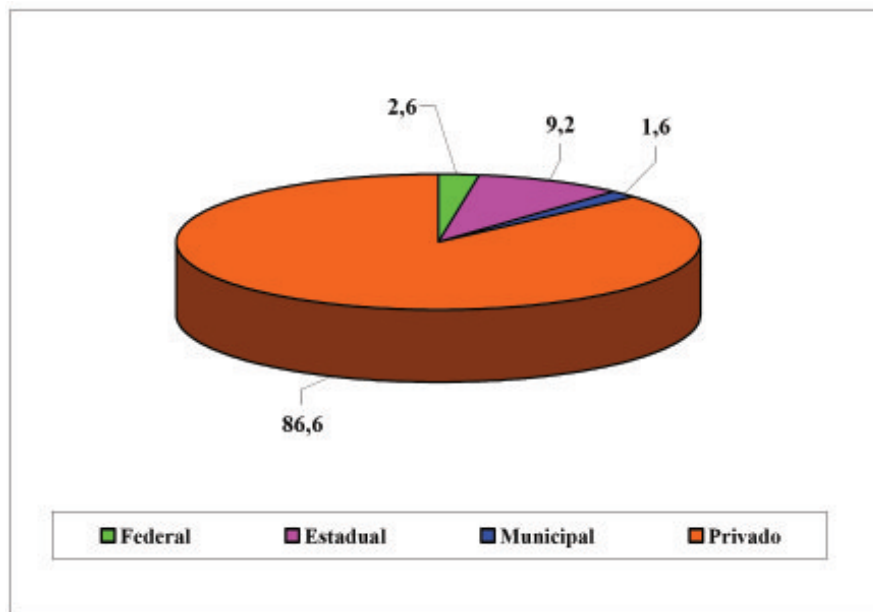
Fonte: Censo Escolar(INEP, 2005)



Na Tabela 2, a subárea Segurança no Trabalho corresponde a 18,4% dos cursos técnicos em saúde ofertados no setor público e, no setor privado, 14,4%. Nutrição e Dietética com 9,6% no setor público e 3,5% no setor privado. BIODIAGNÓSTICO teve 7,9% no setor público e 6,2% no setor privado. Radiologia e Diagnóstico por Imagem teve 1,7% no setor público e 9,3% no setor privado. Saúde Bucal teve 5,8% no setor público e 5,7% no setor privado. As subáreas Estética, Farmácia, Reabilitação, Saúde Visual e Vigilância Sanitária e “outras” subáreas, alcançaram cerca de 5% da oferta de cursos técnicos em saúde tanto no setor público quanto no setor privado.

No Gráfico 1, apresentamos a distribuição das subáreas de formação pelo setor público, segundo esfera administrativa (Federal, Estadual, Municipal) e privado. O setor público que representa 13,4% do total das subáreas de formação. Quando observado segundo esfera administrativa, estas representam 2,6%, 9,2% e 1,6% para os setores Federal, Estadual e Municipal, respectivamente.

Gráfico 1: Total das subáreas de formação segundo esfera administrativa



Fonte: Censo Escolar(INEP, 2005)

Com relação aos postos de trabalho de nível técnico, nota-se que o percentual para a categoria Enfermagem foi de 74,9%. Na Tabela 3 pode ser destacado que a soma do percentual dos demais postos alcançaram cerca de 10% do total, quando excetua-se a categoria BIODIAGNÓSTICO (7,7%).



Tabela 3. Postos de trabalho de nível médio em saúde segundo a ocupação.

Postos de trabalho/ocupação	Brasil/2005 (% coluna)	
	n	%
Total Nível Técnico/Auxiliar	751.730	100,0
Biodiagnóstico	57.865	7,7
Enfermagem	563.089	74,9
Farmácia	16.676	2,2
Hematologia/Hemoterapia	3.486	0,5
Nutrição e Dietética	9.617	1,3
Radiologia	29.656	3,9
Reabilitação	3.952	0,5
Saúde Bucal	23.292	3,1
Equipamentos Médico-Hospitalares	3.999	0,5
Vigilância Sanitária e Ambiental	8.864	1,9
Outros - Nível Técnico/Auxiliar	31.234	4,2

Fonte: AMS (2005)

Como esquematizado na Tabela 4, pode ser observado que a Enfermagem apresenta maior número de postos de trabalho segundo setor de atuação (311.563 e 251.526, respectivamente para público e privado), representando cerca 74,9% do total. O setor público foi responsável pela maioria de postos de trabalho, sobretudo, na Vigilância Sanitária e Ambiental (96,8%) e Saúde Bucal (81,4%). O setor privado estava predominantemente associado aos postos de trabalho de Reabilitação (70,4%), Dietética e Nutrição (69,4%), Equipamentos-Médicos e Hospitalares (69%), Radiologia e Diagnóstico por Imagem (62,9%), Hemoterapia (60%) e Farmácia (59,1%). Além disso, a distribuição de postos de trabalho de Biodiagnóstico e de Enfermagem ficaram percentualmente equilibradas entre o setor público e o privado.



Tabela 4. Postos de trabalho de nível médio em saúde segundo ocupação e setor de atuação.

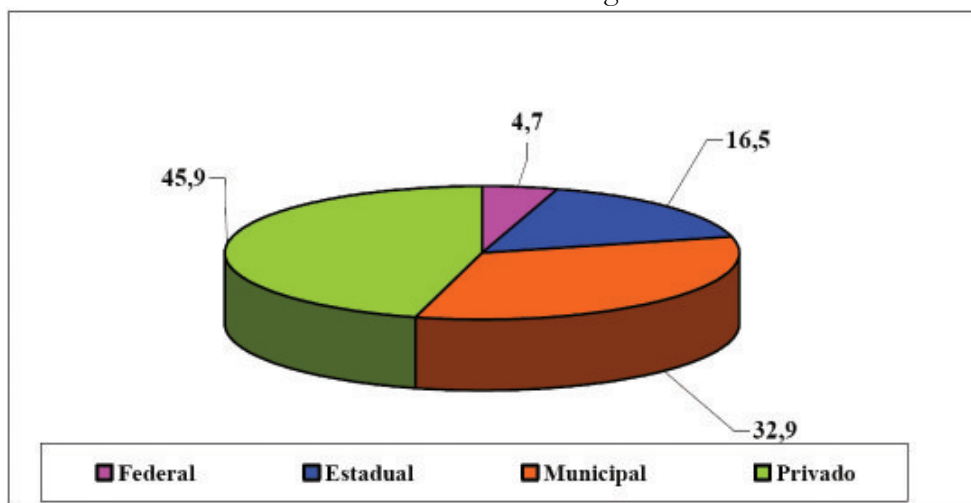
Postos de trabalho/ocupação	Brasil/2005 (% linha)			
	Público		Privado	
	n	%	n	%
Total	406.998	54,1	344.732	45,9
Biodiagnóstico	26.844	46,4	31.021	53,6
Enfermagem	311.563	55,3	251.526	44,7
Farmácia	6.822	40,9	9.854	59,1
Hemoterapia	1.394	40,0	2.092	60,0
Nutrição e Dietética	2.942	30,6	6.675	69,4
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	11.190	37,7	18.466	62,3
Reabilitação	1.170	29,6	2.782	70,4
Saúde Bucal	18.971	81,4	4.321	18,6
Equipamentos Médico-Hospitalares	1.241	31,0	2.758	69,0
Vigilância Sanitária e Ambiental	8.582	96,8	282	3,2
Outros - Nível Técnico/Auxiliar	16.279	52,1	14.955	47,9

Fonte: AMS (2005)

No Gráfico 2, observou-se que o setor privado teve 45,9% dos postos de trabalho de nível técnico e, o setor público, 54,1%. No público, a esfera administrativa Municipal, Estadual e Federal, apresentaram percentuais de 32,9%, 16,5% e 4,7% dos postos de trabalho, respectivamente.



Gráfico 2: Postos de trabalho de nível médio em saúde segundo a esfera administrativa



Fonte: AMS (2005)

Com vistas a organizar a discussão, no Quadro 1, relacionam-se as subáreas de educação profissional em Saúde e os postos de trabalho de nível técnico e auxiliar.

Quadro 1. Relação entre as subáreas de educação profissional em Saúde e os postos de trabalho de nível técnico e auxiliar.

Subáreas de Educação profissional de nível técnico em saúde	Postos de trabalho nos estabelecimentos de saúde (AMS/2005)
Biodiagnóstico	Técnico/Auxiliar em Histologia Técnico/Auxiliar em Patologia Clínica/Laboratório Técnico/Auxiliar em Citologia/Citotécnica
Enfermagem	Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Estética	_____
Farmácia	Técnico/Auxiliar de Farmácia
Hematologia/Hemoterapia	Técnico/Auxiliar em Hematologia/Hemoterapia
Nutrição e Dietética	Técnico/Auxiliar em Nutrição e Dietética
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	Técnico em Radiologia Médica
Reabilitação	Técnico/Auxiliar em Fisioterapia e Reabilitação
Saúde Bucal	Técnico/Auxiliar de Saúde Oral (Técnico em Higiene Bucal e Auxiliar de Consultório Dentário)
Saúde Visual	_____
Segurança do Trabalho	_____

Fonte: Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde (BRASIL, 2000) e AMS (2005)



Como é possível observar no Quadro 1, as subáreas de formação técnica em Saúde – Estética, Saúde Visual e Segurança do Trabalho – não apareceram especificadas nas publicações da AMS em 2005. Com relação à subárea Segurança do Trabalho, na AMS, esta é representada pelos técnicos e auxiliares em Vigilância Sanitária e Ambiental. Por fim, observou-se que o posto de trabalho de Técnico em Equipamentos Médico-Hospitalares não encontra correspondente para as subáreas de educação, mas, isto ocorre porque optou-se por categorizá-los em “outras” subáreas, dada sua pequena participação no total de cursos.

Discussão

Este estudo buscou caracterizar, especificamente, a formação profissional, em termos de oferta de cursos e dos postos de trabalho das ocupações técnicas em saúde no Brasil, em 2005. Destaca-se que há um grande contingente de postos de trabalho de nível médio vinculados à área de saúde, como pessoal administrativo e de serviços gerais que não estão contemplados neste estudo por limitações metodológicas relacionadas às bases de dados.

Neste estudo, observou-se:

a) Um grande número de estabelecimentos com oferta de cursos técnicos em saúde na iniciativa privada.

O acelerado crescimento do número de cursos de educação profissional no setor privado pode ser explicado, de acordo com (BAGNATO, *et al.*, 2007) pela autonomia das escolas em construir seus projetos pedagógicos que incorporam diferentes modelos de organização curricular. Segundo os autores, a tendência de ampliação de novos cursos e planos de ensino pode incorrer em uma perspectiva aligeirada do processo de formação. Cabe mencionar, ainda, que, no caso da formação profissional de trabalhadores de nível médio em saúde, o setor privado forma trabalhadores que, em sua maior parte, ocupam postos de trabalho no setor público, com ênfase na esfera municipal, conforme informado anteriormente na Tabela 04.

b) Uma grande oferta de cursos técnicos em Enfermagem, tanto no setor público quanto no privado.

Segundo Lima (*et al.*, 2003, p. 301), no Brasil, tradicionalmente, as profissões técnicas de nível médio são regulamentadas por conselhos profissionais que se institucionalizaram a partir das profissões de nível superior, detendo um papel im-



portante na definição de suas atribuições, assim como na fiscalização do exercício profissional. O curso técnico de Enfermagem foi um dos primeiros cursos profissionalizantes no Brasil com uma legislação específica, é um dos primeiros a sofrer com as restrições estabelecidas pelas profissões dominantes correlacionadas à área. Observa-se de forma geral que a inserção do profissional de nível médio em saúde é um campo de disputa profissional acirrado, e a área de enfermagem é uma expressão disto, dada a sua representatividade nos estabelecimentos de saúde.

c) Uma concentração de postos de trabalho de nível médio de Enfermagem no mercado de trabalho em saúde.

Neste sentido, Nogueira (2002) adverte que numa análise sobre mercado de trabalho não devemos nos ater apenas às ocupações de enfermagem. Desse modo, mesmo que algumas ocupações sejam taxadas como ‘categorias minoritárias’, é preciso estudá-las como áreas “cruciais” para o funcionamento dos serviços de saúde. Todas as ocupações em saúde devem ser atentamente verificadas, especialmente, no momento em que estão sendo ampliadas as propostas de qualificação profissional e o papel das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil.

Oliveira (*et al.*, 2002) lembram que as iniciativas de qualificação profissional para trabalhadores de nível médio em saúde vêm sendo impulsionadas desde o final da década de 80. A questão da formação de pessoal para os serviços de saúde ocupava temática central da área de Recursos Humanos em Saúde até a início da década de 90 quando maior ênfase passa a ser dada aos aspectos da gestão do trabalho (PAIM, 1994). Cabe destacar o papel estratégico das Escolas Técnicas do SUS, no sentido de assumir a formação desses trabalhadores de modo articulado às necessidades dos serviços de saúde. A criação dessas escolas visou institucionalizar um projeto nacional de formação profissional para trabalhadores empregados nos serviços de saúde que desempenhavam variadas funções (OLIVEIRA, *et al.*, 2002).

d) Forte participação municipal na oferta de postos de trabalho de saúde.

Isto pode ser devido à efetiva implantação da descentralização do sistema de Saúde. Pode-se dizer que a grande participação da esfera municipal relaciona-se com a implantação da SUS na sua diretriz descentralizadora.

Finalizando, como limitação neste trabalho é importante destacar que a base de dados AMS não possibilita uma descrição da composição do emprego no setor saúde para a totalidade do pessoal de nível médio. A pesquisa AMS reporta-se, exclusiva-



mente, ao núcleo de serviços de saúde, ou seja, os serviços produzidos em estabelecimentos, especificamente, voltados para a manutenção e recuperação da saúde (CARVALHO, ARAÚJO e GIRARDI, 2002).

Numa caracterização da saúde como setor que apresenta extensas ramificações, Dedecca (*et al.*, 2001, p. 177) afirmam que qualquer estimativa da ocupação no setor saúde tende a ser conservadora, pois é orientada pela busca de segmentos ocupacionais mais visíveis e escapam do conjunto mais amplo de ocupações que se vinculam de forma mais indireta ao setor.

Por um lado, os resultados encontrados em 2005 parecem estar conectados às mudanças iniciadas na década de 80, que foram decisivas para a composição interna das equipes de saúde (MÉDICI, 1987), como a municipalização, ampliação das categorias ocupacionais, maior escolarização dos postos de trabalho. Por outro lado, percebe-se a necessidade de se aprofundar a análise considerando, especialmente, a criação e ampliação da estratégia da saúde da família.

Referências bibliográficas

BAGNATO, M.H.S. *et al.* Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 março 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informe Saúde**, Brasília, ano VI, n. 186, outubro de 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Educação Profissional: Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Relatório Aprovado pelo Plenário. Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen-111 de 02 de setembro de 1989. In.: **Documentos Básicos do Cofen**. Rio de Janeiro: Cofen, v.II, 1990, p.150-152.

DEDECCA, C.S. *et al.* O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANI, G. (orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. **Revista Formação**, Brasília, n.06, setembro de 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da Saúde. Assistência Médica Sanitária** (v. 3). Rio de Janeiro: IBGE, 1978.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária** (v. 9). Rio de Janeiro: IBGE, 1984.



IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da Saúde. Assistência Médica Sanitária 1999**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da Saúde. Assistência Médica Sanitária 2005 - Tabulações Especiais**. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2005.

LIMA, J.C.F. *et al.* Educação Profissional em Enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001. **Revista Formação**, Brasília, n.06, setembro de 2002.

MÉDICI, A. A Dinâmica Internacional do Financiamento das Políticas Sociais. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.3, n.4, out-dez 1987.

Nogueira, R.P. Política de Recursos Humanos em Saúde e a Inserção dos Trabalhadores de Nível Técnico: uma abordagem das necessidades. In: **Educação Profissional em Saúde e Cidadania**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, L.S.S. *et al.* Profissionalização de atendentes de enfermagem no Estado de São Paulo: um estudo sobre a oferta e demanda de formação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500003 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 março 2009.

PAIM, J.S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

VIEIRA, M. *et al.* A Inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. **Revista Formação**, Brasília, n.08, maio 2003.



La silueta de lo invisible: los técnicos de la salud en Argentina

Carlos Gerardo Einisman

Introducción

A partir de fines del siglo XIX el campo de la salud fue incorporando tecnologías de diagnóstico y tratamiento que, con el transcurso del tiempo, modificaron tanto su relación con la sociedad como su propia composición y percepción interna. Recursos tales como la utilización de rayos X, radioisótopos, campos magnéticos o ultrasonido en el diagnóstico por imágenes; el estudio de la actividad eléctrica de distintos sistemas; la transfusión sanguínea; la generalización de las determinaciones químicas y citológicas; la esterilización hospitalaria en escala; la generalización del uso de anestésicos; junto a un fuerte impulso en la actividad quirúrgica, la perfusión extracorpórea en ciertas cirugías, entre otras tantas aplicaciones tecnológicas, fueron cambiando progresivamente la comprensión y alcance del acto diagnóstico y terapéutico, el cual fue pasando paulatinamente de ser considerado como un acto médico de servicio y acompañamiento al prójimo doliente, tal como resuena en la antigua etimología de Terapéutica¹, a inscribirse fuertemente en el campo instrumental del horizonte científico-técnico. De escuchar a medir. De cuidar a intervenir².

¹ Corominas, Jean; Pascual, José. "Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico". Tomo V, página 466. Madrid. Gredos. 1983.

² Michel Foucault, "Naissance de la Clinique". Traducción al español: "El nacimiento de la clínica". Capítulo 8. México. Fondo de Cultura Económica. 1966.



Las actividades vinculadas a esas tecnologías inicialmente eran ejercidas por profesionales universitarios con incumbencias en diagnóstico y tratamiento de la salud (fundamentalmente médicos y químicos). Merced al crecimiento exponencial que se registró en el número de esas prácticas, las tareas menos complejas fueron progresivamente derivadas a personal empírico o proveniente del área de enfermería.

La profundización del fenómeno, ya en la segunda mitad del siglo XX, derivó en la coexistencia de distintas modalidades en la formación de Técnicos de la Salud, las cuales todavía van desde la informalidad de un profesional del área biomédica, un aula, un equipo y algunos alumnos, a instituciones de formación terciaria con reconocimiento oficial, con docentes y programas acreditados, las cuales expiden así títulos terciarios de carácter universitario o no universitario, según su régimen. No obstante, la caótica diversidad de títulos, denominaciones y recorridos formativos en el sector, todavía da cuenta de la necesidad pendiente de certificar las instituciones de acuerdo a criterios de calidad y a su vez, de homologar títulos y contenidos formativos, dando así cumplimiento a los términos de la Ley 26.058, de Educación Técnico Profesional³.

Todo esto ocurre en medio de un marco legal signado por la inapropiada e incompleta caracterización de “actividades de colaboración” de la Ley 17.132⁴ y la demora de una ley nacional de Ejercicio Profesional de los Técnicos de la Salud, impulsada por la Federación de Técnicos de la Salud de la República Argentina (FETSARA) y que espera su tratamiento en la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó en 2005 la Ley 1.831⁵, de Ejercicio Profesional de los Técnicos de la Salud, que lleva más de tres años sin haber sido reglamentada por el Poder Ejecutivo de la ciudad.

En la medida que las prácticas técnicas en Salud crecieron en tipo y número, los conocimientos necesarios para su aplicación cabal y responsable se multiplicaron. No obstante, los valores e ideas con los que se forma a los Técnicos en Salud, así como los contenidos de muchos de los programas de capacitación, reflejan todavía un panorama profundamente obsoleto. Entre dos posiciones polares, que van desde el paternalismo biomédico a la autonomía profesional del técnico, se ubican los componentes de este sector diverso y disperso, así como heterogéneo es también el imaginario de los propios técnicos que actualmente se desempeñan en el sistema de salud. Hay quienes aún se perciben a sí mismos como meros colaboradores subordinados a otros profesionales,

³ Disponible en: www.me.gov.ar/doc_pdf/ley26058.pdf

⁴ Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/regulacion/files/Leyes%20Nacionales/Ley%2017132.pdf>

⁵ Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/leg_tecnica/boletines/20051219.htm#3



mientras otros buscan consolidar su desarrollo profesional autónomo como Técnicos, interactuando con otros en un ámbito de saberes y prácticas cada vez más interdisciplinarias.

¿Qué es hoy un Técnico de la Salud?

Es el Profesional de la Salud responsable por procesos tecnológicos específicos que opera garantizando calidad en sus procedimientos. Estos ejercen las tareas propias de unas 15 especialidades técnicas que se detallan en el Cuadro 1. Este listado no pretende ser exhaustivo, sino que presenta las Especialidades Técnicas de la Salud (ETS) que se han organizado e interactuado en algún espacio institucional, por lo tanto, está abierto a nuevas incorporaciones. La omisión de Enfermería, sorprendente en otros países de la región, se debe a cuestiones históricas, formales y formativas, que determinan la ausencia de reconocimiento mutuo de los actores como colegas, aunque sí como miembros del Equipo de Salud diferenciados.

Cuadro 1

Especialidad Técnicas de la Salud	
Anestesiología	Asistente dental
Díálisis	Electroencefalografía
Esterilización	Física de la Radioterapia
Hematología	Hemoterapia
Instrumentación quirúrgica	Laboratorio
Medicina Nuclear	Perfusión extracorpórea
Prácticas cardiológicas	Preparador de histología
Radiología	

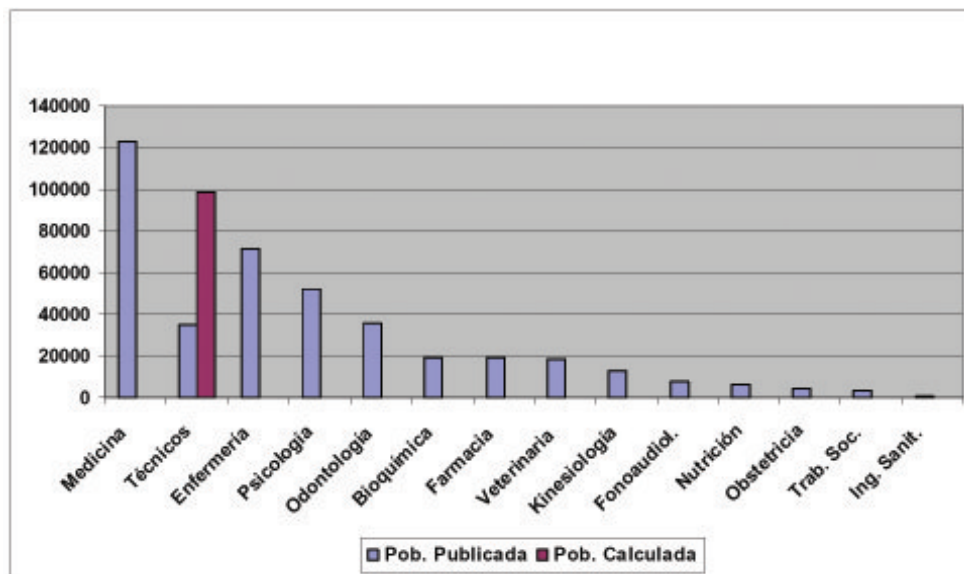
Cantidad y distribución geográfica de los Técnicos de la Salud en la Argentina

Resulta sorprendente la falta de estudios estadísticos que expresen la situación de los Técnicos de la Salud en la Argentina, teniendo en cuenta que se trataría de uno de los grupos de Profesionales de la Salud más numeroso. No obstante y hasta que esos estudios se lleven a cabo, pueden realizarse proyecciones confiables a partir de los datos suministrados por OMS/OPS, Ministerio de Salud de la Nación (MSAL),



Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), entre otras. A fin de ilustrar este escenario y tal como se advierte en el Gráfico 1, nos estamos refiriendo a los Técnicos de la Salud como un grupo que constituye el segundo más numeroso del Equipo de Salud.

Gráfico 1: Dimension de los grupos, por actividad



En un estudio publicado por la OPS⁶, que a su vez sirve de referencia para una importante cantidad de trabajos sobre RRHH en Salud, y sobre la base de información suministrada por FATSA⁷ (que agrupa a trabajadores del subsector privado y de la seguridad social), hemos calculado que el número ascendería a 61.931 profesionales, de los cuales 35.091 trabajan en el subsector privado y de la seguridad social, y 26.840 se desempeñarían en el subsector público, estimado según la distribución de los establecimientos con datos del MSAL⁸. Esta cifra de aproximadamente 62.000 profesionales técnicos es consistente con la información proporcionada por distintas Asociaciones de Técnicos de la Salud consultadas. Las mismas fuentes coinciden en que es razonable asumir que en el Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA) la

⁶ Abramzón, Mónica. “Argentina: recursos humanos en salud en 2004”. 1ª edición. Buenos Aires. OPS. 2005. http://webarg1.ops-oms.org/Files/OPS_Pub.62%20Recursos%20Humanos%202004.pdf

⁷ Abramzón, Mónica. Op. cit., Pág. 48.

⁸ Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, “Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina”. Buenos Aires. 1995. En: “Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina”. Laura C. Pautassi. Santiago de Chile, 2001.

http://ela.org.ar/wp-content/uploads/equidad_de_genero_y_calidad_en_el_empleo.pdf



proporción de idóneos sería del 20% de los técnicos profesionales, mientras que en el resto del país esa proporción ascendería al 80%, dependiendo de las regiones de las que se trate.

Suponiendo una distribución geográfica similar al promedio entre Médicos y Enfermeros, sobre las que sí hay datos oficiales⁹, nos acercamos así al estimado de personas desempeñando tareas técnicas de la Salud, en el Cuadro 2.

Cuadro 2

	AMBA	Resto del País	Total	%
Profesionales Técnicos	21.676	40.256	61.931	63
Idóneos	4.335	32.204	36.540	37
Total	26.011	72.460	98.471	100

Dentro de las 36.540 posiciones técnicas ocupadas por personal sin la capacitación específica, pueden encontrarse distintos profesionales de la salud que, por diferentes circunstancias, se encuentran realizando tareas distintas a aquellas para las que se prepararon. En ese caso, se los considera en este trabajo como idóneos en relación a la especialidad técnica de la que se ocupan. Independientemente de su título, o asimismo si se tratara de un técnico en una especialidad que realizara prácticas propias de otra.

La decisión de incluir en este trabajo a los idóneos responde a distintas situaciones, a saber:

1. Se trataría de uno de cada tres trabajadores que desempeñan tareas técnicas en Salud.
2. Conforman uno de los grupos de mayor vulnerabilidad en sus relaciones laborales.
3. Constituyen, por su inapropiada o escasa preparación, una amenaza para la calidad prestacional.

Como se indicó, las cifras presentadas son una estimación realizada entrecruzando informaciones de distintas fuentes, ya que no existen a la fecha registros oficiales ni privados para contrastarla. Y deseamos dejar expresamente aclarado que no es la intención de este trabajo reemplazar esa carencia por una fantasía. La carencia en sí misma es ya suficientemente contundente. Queda pendiente, por tanto, establecer

⁹ Abramzón, Mónica. Op. cit., Pág. 44, en base a datos del Censo Nacional de Población INDEC. 2001.



mediante herramientas metodológicas apropiadas la cantidad, distribución, especialidad técnica, sumándose a los datos que nos permitan conocer la situación real del sector.

Técnicos de la Salud: ¿El Punto Ciego del Sistema?

A través del análisis del documento de la OPS antes citado, e independientemente de estar de acuerdo con varias de sus reflexiones finales¹⁰, llama la atención el carácter de algunos de los supuestos en los que se funda, habida cuenta que se trata de una publicación relevante, citada como referencia en numerosos trabajos en la especialidad. Estos supuestos llevan a desconocer la magnitud, carácter, especificidad y alcance del aporte de los Técnicos de la Salud. Se trata de *supuestos*, en la medida en que no se los expone para su consideración, sino que son nociones que se dan por ciertas de antemano¹¹.

La fuerte subestimación numérica, al considerar la dimensión del grupo en unos 35.000 cuando estaría formado por cerca de 98.000 personas (es decir, casi tres veces lo publicado) resulta inaceptable, aunque comprensible a la luz de la inexistencia de estadísticas confiables¹², lo cual ya está expuesto en la propia publicación. No obstante, en las pocas oportunidades en las que sí se refiere a los Técnicos de la Salud, no se los incluye en el listado de Profesionales de la Salud, sino en la enumeración de “Trabajadores de la Sanidad” junto a Administrativos y Servicios Generales. Esto revela otro tipo de omisión, ya no numérica ni metodológica, sino que pone de manifiesto el profundo desconocimiento de la tarea realizada por las más de 15 especialidades Técnicas de la Salud, de su formación específica y de la relevancia de su aporte al Equipo de Salud, del que son miembros de hecho y por derecho propio.

Extraño caso el de los Técnicos de la Salud: a la hora de contarlos, no se los encuentra y a la hora de nombrarlos, se los omite. Demasiadas coincidencias que nos llevan a pensar que, efectivamente, la subestimación numérica encubre una subestimación simbólica. Podríamos imaginar que todo esto estuvo fuera de las intenciones de la autora, pero habida cuenta que se trata de una publicación institucional de la OPS y no de un trabajo privado, podemos inferir que la omisión trasluce una decisión¹³. En el imaginario institucional de ciertos planificadores parece creerse que la

¹⁰ Abramzón, Mónica. Op. cit., pág. 52.

¹¹ Einisman, C. “Arqueología del Preguntar”. En: <http://www.elpensar.com.ar/lecturas8.htm>

¹² La reciente creación del Observatorio Nacional de RRHH en Salud, en octubre de 2007, constituye una buena noticia en ese sentido.

¹³ Martin Heidegger. “La pregunta por la cosa”. Hispamérica. 1985. Pág. 17: “Pero las decisiones no se elaboran hablando sobre ellas, sino creando situaciones y asumiendo posiciones donde la decisión se vuelve ineludible”.



atención de la salud es posible sin la participación activa de los Técnicos, junto a todos y cada uno de los miembros del Equipo de Salud.

A propósito de esto, hay dos definiciones de escotoma o “punto ciego” que aportan riqueza y diversidad a la interpretación de los hechos que nos ocupan: la primera del Diccionario de la Real Academia Española y la segunda de Fritz Perls, el creador de la sicoterapia gestáltica:

1. “Escotoma: (Del gr. óêÿòùíá, oscuridad). *Med.* Zona circunscrita de pérdida de visión, debida generalmente a una lesión en la retina. || ~ negativo. m. El que la persona no percibe y sólo se descubre tras un examen oftalmológico.”¹⁴
2. “La aniquilación mágica es bien conocida en sicoterapia bajo el nombre de **escotoma**, es decir, punto ciego. Hay personas que literalmente no ven lo que no quieren ver,...- y todo esto con el único fin de dejar afuera aquello que ellos consideran un peligro -...”¹⁵

Está claro que no nos anima ni una “teoría conspirativa” ni ninguna otra fantasía sectaria. Intentaremos mostrar a qué nos referimos cuando hablamos de subestimación simbólica: es la denegación del otro, el “ninguneo”¹⁶, una condición de posibilidad para situaciones que, tal como se ha demostrado en casos de colegas Técnicos, pueden llegar a distintas formas de violencia laboral¹⁷

Para mostrar que la subestimación numérica encubre la subestimación simbólica utilizaremos una técnica ya habitual en el análisis de publicaciones, que consiste en cuantificar las veces que aparecen referidos ciertos términos, en este caso, cada uno de los distintos grupos miembros del Equipo de Salud en la publicación analizada. A fin de simplificar la cuestión, hemos agrupado al Equipo de Salud en cuatro subconjuntos: Medicina; Otros Profesionales; Enfermería y Técnicos (estos dos últimos sumando Profesionales, Auxiliares y empíricos). A la izquierda (Gráfico 2), el número de miembros y porcentaje del total. A la derecha (Gráfico 3), el número de veces que aparece nombrado en el documento con su porcentaje del total.

¹⁴ DRAE. Edición 22. Madrid, 2001. Madrid.

¹⁵ Fritz Perls. “El enfoque gestáltico”. Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1976. Pág. 33.

¹⁶ Paz, Octavio, *El laberinto de la soledad*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000, pp. 48-49.: “El ninguneo es una operación que consiste en hacer de Alguien, Ninguno. La nada de pronto se individualiza, se hace cuerpo y ojos, se hace Ninguno.”

¹⁷ Azzollini, Susana y col. “El acoso psicológico en los quirófanos”. Anuario de Investigaciones 2004. Facultad de Psicología UBA y CONICET. <http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/anteriores/anuario12/trabajo.php?id=119>



Gráfico 2

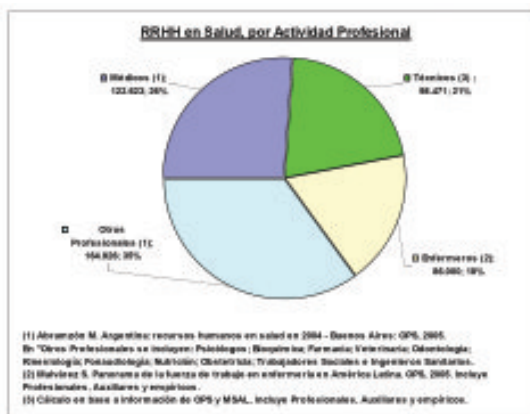
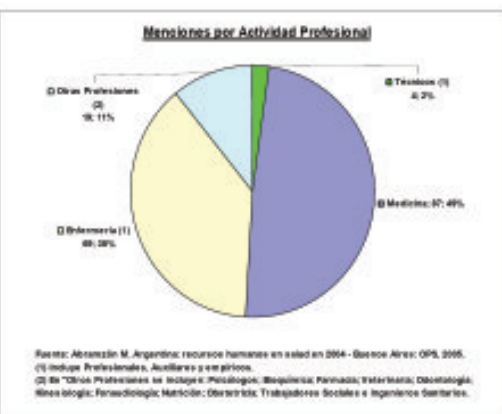


Gráfico 3



La relación entre el N° de miembros y la cantidad de menciones de cada subgrupo se indica en el Cuadro 3:

Cuadro 3

Actividad	Menciones	Relación de miembros por meción	Promedio No Técnicos Vs. Técnicos
Enfermería	69	1.036	
Otras Profesiones (promedio por grupo)	19	1.151	1.199
Medicina	87	1.409	
Técnicos	4	24.618	24.168

Nótese la poca dispersión de valores entre los miembros no técnicos del Equipo de Salud (con un promedio de 1 mención por cada 1.199 personas trabajando) y la abismal diferencia con los Técnicos (1 mención cada 24.618). En la práctica, esto puede significar para cada grupo implicado la diferencia entre ser o no ser, tanto sujeto como objeto de políticas públicas. Desde el rigor y cuidado en su formación, hasta la regulación y protección de su ejercicio profesional. Desde la relevancia social y el carácter simbólico del título académico, hasta la existencia de una Carrera Profesional que incentive la educación continua y la recertificación de nuestros conocimientos ante nuestros pares.



Reflexiones finales

El análisis de esta publicación nos ha permitido poner en algunas cifras lo que es una realidad cotidiana para los técnicos de la Salud de la Argentina. Otras publicaciones regionales analizadas, tal como el informe “Salud en las Américas 2007”¹⁸, toman esos mismos datos como base.

Es nuestro objetivo que los Técnicos de la Salud se conviertan en copartícipes del diseño de las políticas de Recursos Humanos del sector y, a su vez, destinatarios y actores responsables de las mismas, en conjunto con los demás miembros del Sistema de Salud. Para esto, las Instituciones y nuestros colegas del equipo de salud deberán aceptar que la creciente tecnologización de la Salud también ha generado una importante y creciente especialización de los RRHH. Quienes otrora se limitaban a colaborar en forma dependiente, hoy van desarrollando un corpus de conocimientos diferenciados, a fin de dar cuenta autónoma y responsablemente de sus prácticas. A medida que el proceso de tecnologización se hace más complejo, mayor será la necesidad de reconocer la necesaria interdependencia y colaboración en la atención de la salud.

En lo formativo, el desafío sobre el que venimos trabajando consistente y persistentemente, es lograr un alto estándar de valores, conocimientos y habilidades que expresen la especificidad del campo profesional técnico de la Salud, y que las instituciones formadoras desarrollen competencias acordes con estos objetivos, bajo la dirección de un Profesional Técnico en esa especialidad, capacitado para esa tarea. En este tema, es destacable la labor desarrollada por la Comisión Interministerial Salud-Educación desde el año 2003 hasta la fecha en la definición del Perfil Profesional, los Contenidos Curriculares Mínimos y sus Actividades Reservadas.

En lo referido al Ejercicio Profesional resulta imperiosa la sanción de leyes de ejercicio profesional para la Nación y en cada una de las jurisdicciones de la República. Así como la urgente reglamentación de la Ley 1.831 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Asimismo, es alarmante la situación en relación a la gran cantidad de empíricos desarrollando tareas propias de los Técnicos de la Salud. Esta realidad, inadmisible en cualquier otro grupo del Equipo de Salud, ya no debe ocultarse ni tolerarse. El empleo de personal empírico encubre, además de situaciones donde se pone en riesgo la salud de las personas, entornos donde los propios trabajadores son expuestos a riesgos que

¹⁸ OPS. Salud en las Américas 2007, página 59. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Argentina%20Spanish.pdf>



desconocen y por los que, además, se les paga sensiblemente menos de lo que debería abonárseles si obtuvieran su título técnico en la especialidad y su correspondiente matrícula profesional. Para resolver esa problemática, hemos desarrollado un ***Programa Nacional de Nivelación Técnica Profesional de la Salud*** que les permitiría, si se lo implementara apropiadamente, profesionalizarse en tiempo y forma.

Los cambios que se han sucedido en el sector y el impacto que los mismos tienen sobre la realidad cotidiana del equipo de salud deben ser el motor para el desarrollo de nuevas soluciones de cara a los nuevos desafíos. Los Técnicos de la Salud estamos listos para pensar, debatir y actuar con el fin de modificar esta situación de invisibilidad que, como cualquier otra situación patológica, no puede obtener legitimidad de su cronicidad. Sabiendo además que, como escribió Martin Heidegger: *“La meditación consiste en el valor de convertir la verdad de nuestros propios principios y el espacio de nuestras propias metas en aquello que más precisa ser cuestionado.”*¹⁹

¹⁹ Martin Heidegger. “La época de la imagen del mundo”. Versión castellana de Helena Cortés y Arturo Leyte. Publicada en Heidegger, M., *Caminos de bosque*, Madrid, Alianza, 1996. Disponible en: http://www.heideggeriana.com.ar/textos/epoca_de_la_imagen.htm



Profissionalização da biossegurança: contribuições para a educação profissional em saúde

Marco Antonio F. da Costa

Maria de Fátima Barrozo da Costa

Introdução

A biossegurança hoje no Brasil possui duas vertentes: a Legal – que trata das questões envolvendo a manipulação de DNA e pesquisas com células-tronco embrionárias, regulada pela chamada Lei de Biossegurança (Lei nº. 11.105, de 24 de março de 2005); e a Praticada – aquela desenvolvida, principalmente, nas instituições de saúde e que envolve os riscos por agentes químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais presentes nesses ambientes, e que se reveste de grande importância, principalmente no campo da educação profissional em saúde, haja vista as interfaces ideológicas, sociais, políticas e econômicas que perpassam a biossegurança (COSTA, 2005; VALLE e ALMEIDA, 2003).

A biossegurança é um campo do conhecimento interdisciplinar, com múltiplos recortes e interfaces, cujos limites são amplos e estão em constante construção. Possui uma forte base filosófica, como a ética e a bioética, e tem como princípios a promoção e a conservação da saúde ocupacional e da saúde planetária no contexto dos agentes de riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (COSTA e COSTA, 2004).



O atual estágio de desenvolvimento no Brasil e no mundo, no que se refere à questão da biossegurança em saúde, especificamente com relação à segurança e saúde ocupacional dos profissionais que transitam nesses ambientes, se caracteriza por posicionamentos conflitantes, em função – principalmente – da falta de informações confiáveis e abrangentes e da ainda tímida produção de pesquisas nessa área.

Esse é ainda um tema não contemplado na agenda política de discussões, diferentemente da biossegurança de Organismos Geneticamente Modificados, que em função do seu forte apelo econômico, consegue atrair, com intensidade os holofotes da mídia (COSTA e COSTA, 2007; VALLE e ALMEIDA, 2003).

Os procedimentos do ensino da biossegurança na formação de nível técnico – que é, na realidade, a formação dos profissionais que executam em larga escala atividades consideradas de risco (NHAMBA, 2004; SOUZA, 2002) – são marcados pela fragmentação de conteúdos e pela ausência de um eixo de orientação pedagógica (COSTA, 2005; CECCIM, 2004; VILELA e MENDES, 2003). Isto influencia, de forma decisiva, a formação profissional nessa área e com repercussões significativas no mercado de trabalho, inclusive trazendo à tona a discussão sobre o seu processo de profissionalização.

Nesses cenários, este artigo tem como objetivo, refletir sobre a formação profissional em biossegurança e sobre a possível profissionalização nessa área.

Problemas detectados na formação em biossegurança

Costa (2005), em seu estudo sobre o ensino da biossegurança em cursos de nível médio da área de saúde, aponta para as seguintes características observadas nos cursos pesquisados:

Características com relação à educação profissional:

- Existe uma necessidade sentida de capacitação em biossegurança para profissionais de nível médio, fato notado na carência de atitudes funcionais voltadas para a prevenção de agravos à saúde, e na quantidade e diversidade de acidentes que ocorrem nesses locais. Esta necessidade pode estar diretamente relacionada a ausência de uma base pedagógica adequada de ensino dessa disciplina nos cursos de nível médio da área de saúde, o que influencia a formação profissional desses indivíduos.
- Os conteúdos de ensino praticados mostram-se fragmentados e sem alinhamento pedagógico, o que dificulta a formação do pensamento lógico, imprescindível



dível para o desenvolvimento de competências. Nossa prática docente mostra que esta fragmentação é notada não apenas em cursos de nível médio mas, também, de nível superior.

- Os professores dos conteúdos relacionados a biossegurança, geralmente são profissionais de áreas técnicas específicas, não possuindo, em grande parte, conhecimentos pedagógicos de ensino.
- Não existe uma harmonização entre as instituições de formação profissional sobre os conteúdos básicos que devem estar presentes no ensino da biossegurança aplicada a ambientes de saúde. Por ser a biossegurança, ainda um tema transversal, fica a critério da instituição a seleção desses conteúdos, o que pode estar propiciando tal diversidade.
- As competências que devem ser geradas nos futuros profissionais de saúde, em relação a biossegurança, necessitam de maior aprofundamento e debates acadêmicos.
- A produção de livros didáticos e paradidáticos sobre biossegurança em saúde, ainda não atingiu níveis adequados.

Características com relação aos gestores de instituições educativas:

- A ainda tímida compreensão da maioria dos gestores de Instituições de Educação Profissional em Saúde sobre a abrangência e importância da biossegurança em saúde, que a entendem, exclusivamente, no âmbito da racionalidade técnica.

O processo de profissionalização

O conceito de profissão é decorrente de uma construção social, sendo, por consequência, suscetível de sofrer alterações de acordo com as condições sociais em que é utilizado, implicando, a partir daí, a inexistência de um conceito universal (POPKEWITZ, 1991).

Percebemos que o termo profissão é alvo de muitas opiniões divergentes, no entanto, a Sociologia das Profissões (BARBOSA, 2003) parece indicar que o conhecimento formal é o critério consensual entre seus estudiosos. Bosi (1996 *apud* FREIRE *et al.*, 2002, p.41) “*também salienta que o conhecimento formal é o elemento fundamental para a identidade profissional e reconhecimento social de qualquer categoria*”. Esse saber profissional deve estar relacionado com às dimensões conceituais, procedimentais e atitudinais, pertinentes à profissão.



Os processos de ensino da biossegurança em cursos de nível médio da área de saúde, em sistemas formais, devem promover uma visão aberta e de constante construção, tendo em vista a dinamicidade da própria área. A biossegurança também não se sustenta apenas na base técnica, uma vez que envolve controvérsias de valores e pressões de grupos sociais e econômicos, portanto, no caso da sua profissionalização, esse conhecimento formal deve refletir a evolução histórica da biossegurança, suas crises, seus enfrentamentos, e suas transformações na sociedade. Atentando para o critério de conhecimento formal como origem para a construção da idéia de profissão, Reis (2002, p.42) estabelece sete parâmetros para a sustentabilidade de uma profissão:

- Base num objeto de estudo, fenômeno, ou tema, e técnicas intelectuais.
- Um período longo de preparação especializada.
- A prática profissional serve a fins úteis que têm valor social, requerendo a aplicação de conhecimentos.
- A renovação e inovação decorrem de conhecimentos novos e relevantes, produzidos em disciplinas referentes à profissão e sua avaliação se faz à luz deles.
- Auto-organização.
- Estabelecimento de um código de ética.
- Altruísmo.

Segundo Wilensky (1970, p.483):

“Qualquer profissão que deseje exercer sua autoridade profissional deve encontrar uma base técnica para isto, sustentada em exclusiva jurisdição, habilidade e leis ligadas ao treinamento padronizado, convencendo o público que seus serviços são dignos de confiança.”

Para Freidson (1996) o conceito de profissão está alicerçado a um tipo de trabalho especializado e teoricamente fundado. Uma das expressões deste reconhecimento é exatamente a regulamentação legal de seu exercício profissional.

A profissão em meados do século XVI designava ocupações com formação recebida em universidades, além daquelas relativas à formação militar. Hoje, para que uma ocupação torne-se profissão é necessário: dedicação integral; criação de escolas; surgimento de associações; regulamentação profissional e adoção de código de ética (BOSI, 1996).

O mundo do trabalho é composto de atividades profissionais, onde seus executores possuem um domínio de determinado conhecimento, seja ele prático ou técnico



e científico. Segundo Nozoe. (*et al.*, 2003, p. 234), “nas últimas décadas, o mercado de trabalho brasileiro viu-se submetido a intenso processo de mudanças econômicas, culturais, sociais e políticas, cujas manifestações se fizeram visíveis no âmbito da estrutura das ocupações.”

Berger e Luckmann (*apud* KISIL, 1994, p.11) citam que “o processo de profissionalização normalmente se inicia através da identificação de uma necessidade social não atendida, ou mal-atendida pelas profissões existentes.”

Carapinheiro e Rodrigues (1998) referem-se a duas grandes tendências no estudo das profissões: a abordagem centrada na *estrutura*; e a abordagem que coloca a ênfase no *processo*. A primeira refere-se à disposição dos diferentes grupos organizacionais na profissão; a segunda preocupa-se com a transformação de saberes formais em poderes profissionais (as práticas, a organização do trabalho, as formas de mobilidade e de integração). Faria (1999, p. 64) cita que:

“O processo de construção da profissão está, assim, longe de ser linear sendo naturalmente uma consequência de modificações estruturais do país sobretudo nos campos da oferta e dos consumos culturais. Os vários conflitos e estratégias de negociação e aliança entre estes agentes sociais, assim como os momentos cruciais em que ocorrem os fatos mais decisivos, apontam para a descontinuidade e contingencialidade do processo de profissionalização.”

Essa citação está pautada, em síntese, nas estruturas e nos processos. A biossegurança, nessa linha, pode ser pautada à luz dessas duas tendências, já que está relacionada à engenharia de segurança, a medicina do trabalho, ao controle das infecções hospitalares, a higiene hospitalar, a saúde do trabalhador, as vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental), entre outros, e aos seus processos, que podem estar vinculados aos ambientes da saúde, como, hospitais, clínicas, consultórios, hemocentros, laboratórios de saúde pública, aos ambientes laboratoriais em geral, aos ambientes de pesquisa, tanto no âmbito da saúde, quanto no da moderna biotecnologia.

Em função da sua multiprofissionalidade (qualquer profissional pode exercer atividades nessa área), e dos seus diferentes processos de trabalho, a discussão sobre a profissionalização da biossegurança ainda encontra barreiras.

Exatamente por esse fato de qualquer profissional poder desenvolver atividades a ela relacionadas, podemos entendê-la, atualmente, como uma ocupação agregada a qualquer atividade onde o risco à saúde humana esteja presente. Mas, qual a diferença entre profissão e ocupação? Para Chitty (*apud* ANDRADE e VIANA, 2008, p. 05), há consenso de que a profissão difere de ocupação, pelo menos em duas maneiras: a preparação e o compromisso. Para esse autor,



“a preparação profissional usualmente é feita na universidade. Trata-se de um processo prolongado que inclui instrução especializada, para garantir domínio de um corpo de conhecimentos e habilidades técnicas da profissão, além de orientação para crenças, valores e atitudes esperadas dos membros de cada profissão. (...) Na profissão, os trabalhadores são autônomos, não gostam de mudar de atividade e evidenciam responsabilidade individual com os resultados do trabalho. Na ocupação, o treinamento, com extensão e tempos variáveis, pode ocorrer durante o próprio exercício da atividade. Nesse caso, a preparação não confere lugar de destaque a valores, crenças e ética. Além disso, os trabalhadores são supervisionados, mudam frequentemente de trabalho e a responsabilidade é atribuída ao empregador.”

Até que ponto a biossegurança tem evoluído no sentido de adquirir e aperfeiçoar suas características profissionais? Para responder a esta pergunta usamos um modelo dinâmico idealizado por Pavalko e adaptado por Moloney (1992) que, embora, tenha sido aplicado à enfermagem, pelas suas características e com as adaptações por nós introduzidas, o relacionamos à biossegurança. Este modelo consiste em oito dimensões, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Posição da biossegurança no modelo ocupação-profissão

Dimensões	Ocupação	Profissão
1. Teoria	Ausente	Presente
2. Relevância para os valores sociais	Não relevante	Relevante
3. Período de treinamento	Curto, não especializado	Longo e especializado
4. Motivação	Interesse próprio	Interesse coletivo
5. Autonomia	Ausente	Completa
6. Compromisso	Curto prazo	Longo prazo
7. Senso de comunidade	Baixo	Alto
8. Código de ética	Não desenvolvido	Altamente desenvolvido

Analisando essas dimensões, podemos considerar:

- *Teoria*: a biossegurança atual não possui teoria própria. Toda a sua base conceitual está relacionada às várias ciências que a compõe.
- *Relevância para os valores sociais*: embora na Tabela 1 conste “não relevante”, a realidade aponta exatamente para o contrário, haja vista o incentivo cada vez



maior das agências de fomento em pesquisas na área e também ao aumento de dissertações e teses sobre a biossegurança.

- *Período de treinamento*: reflete a realidade.
- *Motivação*: consideramos que existe o interesse próprio e também o coletivo.
- *Autonomia*: formalmente ela não existe.
- *Compromisso*: a própria cultura das instituições de saúde favorecem esse compromisso de curto prazo.
- *Senso de comunidade*: baixo porque a biossegurança, principalmente na área de saúde, ainda está atrelada às ações pontuais.
- *Código de ética*: formalmente não existe.

Pierantoni e Varella (2002, p.58), definem ocupação como “o agrupamento de tarefas, operações e outras manifestações que constituem as obrigações atribuídas a um trabalhador e que resultam na produção de bens e serviços”.

Girardi (*et al.*, 2005) salientam que as ocupações podem ser divididas em pelos menos três grupos:

- As não regulamentadas.
- As fracamente regulamentadas.
- E as fortemente regulamentadas (já consideradas profissões).

Para esses autores, as ocupações de nível médio podem ser colocadas no segmento das fracamente regulamentadas, e é exatamente na área da saúde, onde as encontramos de forma intensa. Nesse grupo, está incluída, a maior parte dos trabalhadores de apoio administrativo e de serviços gerais, bem como um grande número de técnicos, seja no cuidado de pacientes, seja nas atividades de apoio diagnóstico e terapêutico.

O surgimento de novas ocupações com as respectivas exigências de distintas competências decorre das novas relações no mundo do trabalho, que envolvem as inovações tecnológicas, as novas formas de organizar e gerenciar o processo produtivo e a inserção cada vez maior dos trabalhadores nos processos de decisão.

O mundo das ocupações, segundo Nozoe (*et al.*, 2003, p. 237) “é complexo e altamente dinâmico (...). Como os seres vivos, as ocupações parecem estar sujeitas a um ciclo de vida. Elas nascem, crescem, transformam-se e eventualmente declinam e morrem.”



A multidisciplinaridade profissional e de conteúdos, vem colocando a biossegurança em caminho ainda bastante indefinido em relação, não apenas a sua profissionalização, como também, em relação a sua própria formação técnica.

Talvez esse fator seja uma justificativa para não termos, até o momento, nenhum curso técnico de biossegurança na rede das Escolas Técnicas do SUS e, nem tampouco, nos Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFETs).

Podemos apontar, portanto, para o fato de que a biossegurança, ainda não atingiu um status profissional, diferentemente da engenharia de segurança do trabalho e da medicina do trabalho, que possuem campos muito bem delimitados de ação, cursos regulares, associações, regulamentação profissional (esses profissionais necessitam de registro nos Conselhos Regionais de Engenharia e Arquitetura e Conselhos Regionais de Medicina, respectivamente) e código de ética.

Considerações Finais

As questões referentes a biossegurança no contexto da formação profissional em saúde se revestem de grande importância, haja vista, a inserção dos seus conteúdos em todos os processos de trabalho pertinentes a esse ambiente ocupacional.

Além disso, a alta rotatividade dos conhecimentos aplicados a essa área, principalmente no campo das novas tecnologias de diagnóstico e novos conceitos de gestão, entre outros, exigem das instituições formadoras, ações educativas que permitam, àquelas que se inserem nesse mercado de trabalho, condições de realizarem suas atividades, de forma não apenas tecnicamente adequadas mas, também e principalmente, com o domínio crítico e sabedores das implicações éticas, ideológicas, políticas e econômicas que circundam a biossegurança.

Portanto, a profissionalização da biossegurança, perpassa por vários fatores, tais como: formação profissional, pesquisas sobre a identificação de conceitos estruturantes da biossegurança, produção de livros didáticos e paradidáticos e a definição de um currículo para a biossegurança em saúde. Esses fatores devem ser amplamente discutidos, principalmente pelas instituições formadoras de técnicos de nível médio, como as ETSUS e os CEFETs, no sentido de se estabelecer uma fundamentação teórica específica dessa área do conhecimento, para a partir daí, definir bases para a sua profissionalização.



Referências Bibliográficas

- ANDRADE, L.F.S.; VIANA, L.O. Posição da enfermagem no *continuum* ocupação profissionalização e a expansão da especialização. **Revista Electrónica Cuadrimestral de Enfermería**, n.12, v.1-10, fevereiro, 2008.
- BARBOSA, M.L.O. Ensaio Bibliográfico: as profissões no Brasil e sua sociologia. **DADOS: Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, 2003, p.593-607.
- BOSI, M.L.M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- CARAPINHEIRO, G.; RODRIGUES, M.L. Profissões: Protagonismos e Estratégias. In: VIEGAS, J.M.L.; COSTA, A.F. (orgs.). **Portugal que Modernidade?** Oeiras: Celta, 1998.
- CECCIM, R.B. Recursos humanos de saúde: desafios global e nacional. In: **Seminário Anual dos Observatórios de Recursos Humanos de Saúde nos Processos de Reforma Setorial na Região das Américas**. Brasília, 2004.
- COSTA, M.A.F. **Construção do Conhecimento em Saúde: a situação do ensino de biossegurança em cursos de nível médio na Fundação Oswaldo Cruz**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 2005.
- COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B. Educação e competências em biossegurança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, 2004, p.46-50.
- COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B.. A Biossegurança na formação profissional em Saúde: ampliando o debate. In: PEREIRA, I.B.; RIBEIRO, C.G. (org.). **Estudo de Politécnica e Saúde** (volume 2). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2007.
- FARIA, M.L. O “campo” dos profissionais de museologia em Portugal. Identidades e representações de si mesmo. **Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia Sociiedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção**. Atelier: Artes e Culturas, 1999.
- FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.31, 1996, p.141-154.
- FREIRE, E.S.; VERENGUER, R.C.G.; REIS, M.C.C. Educação Física: pensando a profissão e a preparação profissional. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v.1, n.1, 2002, p.39-46.
- GIRARDI, S.N.; JÚNIOR, H.F.; CARVALHO, C.L. A Regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>>. Acesso em 25 maio 2005.
- KISIL, M. **Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma**. São Paulo: USP, 1994.
- MOLONEY, M.M. **Profissionalization of nursing current issues and trends**. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992.
- NHAMBA, L.A. **Acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais de enfermagem em um hospital de Angola**. Tese de doutorado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 2004.



NOZOE, N.H.; BIANCHI, A.M.; RONDET, A.C.A. A Nova Classificação Brasileira de Ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.3-4, 2003, p.234-246.

PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C. Classificação Brasileira de ocupações 2002: perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde com o foco na enfermagem. **Formação**, v.2, n.6, 2002, p.55-69.

POPKEWITZ, T. **A Political Sociology of Educational Reform: Power/Knowledge in Teaching, Teacher Education, and Research**. New York: Teachers College Press, 1991.

REIS, M.C.C. **A identidade acadêmica-científica da Educação Física: uma investigação**. Tese de Doutorado apresentada a Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP, 2002.

SOUZA, A.C.S. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermagem e auxiliares de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.1, 2002.

VALLE, S.; ALMEIDA, J.L. **Bioética e Biorrisco: abordagem transdisciplinar**. Rio de Janeiro: Interciência, 2003.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, jul-ago de 2003.

WILENSKY, H.L. The professionalization of everyone. In: **The Sociology of Organizations: basics studies**. New York: The Free Press, 1970.



A inadequação da formação e da regulação profissional dos técnicos em histologia

Leandro Medrado

O Início

A histologia é um ramo da ciência que estuda os tecidos de organismos, animais e vegetais, sendo que, para realizar o estudo microscópico destes tecidos, eles devem passar por uma série de procedimentos denominados técnicas histológicas ou histotecnologia.

Os técnicos em histologia ou histotecnologistas são profissionais que atuam nos serviços de saúde desempenhando uma importante função no apoio ao diagnóstico e ao tratamento de doenças. Estes profissionais atuam em laboratórios de histopatologia, anátomo-patologia ou anatomia patológica, e a base da sua atuação está nos conhecimentos da histologia animal e sua relação com os processos patológicos.

A utilização dos estudos histológicos na identificação de patologias e seus respectivos tratamentos é decorrente da ruptura, que marca o início da medicina moderna, na forma como a doença é encarada pelos médicos.

Em grande parte do século XVIII, a regra classificatória dominou a teoria e a prática médica, de tal modo que as doenças eram usualmente classificadas de forma “botânica”. Como aponta Foucault (2008, p.02): “*Antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies*”.



Neste contexto epistemológico, o fato patológico é visto abstraindo-se o paciente. O pensamento médico de então aponta a necessidade de isolar o paciente e suas peculiaridades para que se tenha uma visão mais acurada das minúcias da doença.

O saber teórico relacionado à prática médica foi o principal fator de condução às sucessivas modificações pelas quais passou a forma como os médicos viam as doenças e como a relacionavam ao corpo doente. A prática clínica, em contrapartida, foi o viés prático que permitiu, com seu constante olhar sobre o doente, fazer desaparecer especulações teóricas, permitindo a renovação desta mesma teoria médica.

No século XVIII, a doença era encarada pela tradição médica como um conjunto de sintomas e signos. Sintomas que constituíam a forma pela qual a doença tornava-se visível aos olhos do observador; e signos que anunciam o que vai se passar com o doente, que sintomas advirão.

É baseado na leitura destes signos e sintomas, e no desenvolvimento de um olhar médico que os percebe, que se forma o método clínico.

Foucault (2008) aponta que a o método clínico não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida, e sim uma determinada maneira de dispor esta verdade já adquirida e apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente. Ela não pode por si mesma descobrir novos objetos, formar novos conceitos, mas conduz e organiza uma determinada forma do discurso médico.

Nos últimos anos do século XVIII, entretanto, a clínica vai ser dissociada do seu contexto teórico, passando e estender seu domínio na prática e no ensino médico. A clínica adquire a complexidade de uma arte, conforme anuncia Cabanis (*apud* FOUCAULT, 2008, p.134):

“Em medicina, tudo ou quase tudo dependendo de um golpe de vista ou de um instinto feliz, as certezas se encontram antes nas próprias sensações do artista do que nos princípios da arte”.

Este golpe de vista, na realidade, refere-se ao tato, ao contato com o corpo doente, e dessa forma

“a experiência clínica se reaproxima do paciente e se arma para explorar um novo espaço: o espaço tangível do corpo, que é ao mesmo tempo essa massa opaca em que se ocultam segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens. E a medicina dos sintomas, pouco a pouco entrará em regressão, para se dissipar, diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica. É a idade de Bichat.”(FOUCAULT, 2008, p.135)



A “descoberta” da anatomia patológica foi essencial para a ressignificação da prática médica orientando reformas nos métodos de análise, no exame clínico, e também na organização das escolas e hospitais.

Morgagni (*apud* FOUCAULT, 2008, p.138), em *De Sedibus et Causis Morborum*, de 1761, já havia trazido para suas análises a proximidade do corpo doente. Em suas investigações ele analisava geograficamente o corpo, determinando relações entre as doenças e os órgãos, entre a anatomia e a clínica, mas sua anatomoclínica não conseguiu se estabelecer devido aos arraigados valores da clínica mais tradicional e classificatória.

Bichat, entretanto, vem retomar o trabalho de Morgagni, mas sem entrar em conflito com a experiência clínica já adquirida. Ele vem aprofundar as análises anatômicas de Morgagni deslocando seu objeto, a doença, dos órgãos para os tecidos, utilizando como princípio básico o isomorfismo dos tecidos.

É a presença de tecidos de mesma “textura” no organismo que permite ler, de doença em doença, semelhanças e parentescos, todo um sistema de comunicações que está inscrito na configuração profunda do corpo.

Foucault (2008, p. 145) aponta que

“Bichat viu em sua descoberta um acontecimento simétrico à descoberta de Lavoisier: ‘A química possui corpos simples que formam corpos compostos pelas diversas combinações de que são suscetíveis... Da mesma forma, a anatomia tem tecidos que..., por combinações, formam os órgãos’”.

É ao identificar essas semelhantes “texturas” e suas funções, e como se inter-relacionam para compor os órgãos, que nasce a histologia como base da que conhecemos hoje.

O grande corte da história da medicina ocidental, para Foucault (2008, p. 145) se dá no momento preciso em que a experiência clínica tornou-se o olhar anatomoclínico.

Mas embora tão importante, a anatomoclínica de Bichat ainda permitia algumas lacunas na análise da relação da doença e suas implicações com a sede da doença detectável nos tecidos. As principais questões que daí derivam são:

- Qual a relação entre o ser da doença e os fenômenos da lesão? É a lesão a forma originária e tridimensional da doença ou deve-se situá-la como a primeira manifestação visível de um processo que permaneceria oculto?



- Todas as doenças têm um correlato com a lesão? A possibilidade de lhe determinar uma sede é um princípio geral da patologia, ou só diz respeito a um grupo particular de fenômenos mórbidos?

Bichat busca fundar organicamente as doenças gerais através do estudo das universalidades orgânicas, enquanto Broussais dissocia as relações entre sintoma e lesão, cruzando estes elementos para obter novas relações e apontar que o espaço orgânico de localização dos sintomas, a “sede”, é apenas a inserção espacial da doença, sendo as outras manifestações mórbidas que designam sua essência.

Citando Machado (1982, p. 102):

“Com Broussais – coisa que não havia sido adquirida com Bichat – a localização pede um esquema causal envolvente: a sede da doença nada mais é do que o ponto de fixação da causa irritante, ponto que é determinado tanto pela irritabilidade do tecido quanto pela força de irritação do agente. O espaço local da doença é, ao mesmo tempo, um espaço causal”.

Esta é a grande descoberta de 1816 – desaparece o “ser” da doença. O processo patológico passa a ser visto como uma reação orgânica a um agente irritante, composto por diversos fenômenos de natureza anatômica e fisiológica. Completa-se então a transformação profunda que possibilita a moderna anatomoclínica, na qual o estudo dos tecidos e sua relação com os processos patológicos é o centro paradigmático. Daí a importância da histo- e anatomopatologia nos quais atuam os técnicos em histologia.

O trabalho destes histotécnicos, como já foi apontado anteriormente, se dá essencialmente nos laboratórios de histo- e anatomopatologia. Nestes laboratórios são recebidas amostras de tecidos, retirados de pacientes através de processos cirúrgicos ou provenientes de exames *post-mortem*. Essas amostras são preparadas pelo técnico para que um médico patologista possa determinar o diagnóstico de várias doenças, como o câncer, por exemplo.

Desde a invenção dos microscópios mais rudimentares, o homem busca formas de melhorar a visualização dos espécimes e melhor identificar este isomorfismo dos tecidos apontado por Bichat. Para obter uma visualização mais exata dos espécimes observados, uma série de etapas se faz necessária tanto para a sua preparação quanto para a sua coloração e visualização. A maioria dos acontecimentos que se sucederam na evolução, especificamente das técnicas histológicas, tinha como meta obter melhorias nestas etapas. Alguns exemplos importantes são:

- A descoberta da formalina, utilizada na preservação dos espécimes, por Butlerov, em 1859.



- A associação do alúmen ao corante hematoxilina, feita por Bohmer, em 1865, transformando-o no corante mais importante das práticas histológicas, até os dias atuais.
- As técnicas de impregnação dos tecidos em parafina, que facilitam a obtenção de secções mais visíveis ao microscópio, por Fleming, em 1876.

A Histotecnologia no Brasil

O grupo profissional dos histotecnologistas, apesar da sua importância coadjuvante no processo histórico de determinação da relação saúde X doença, têm uma lacuna na documentação quanto a seu processo de organização trabalhista.

De fato, este grupo ainda hoje luta pela obtenção de uma regulamentação e uma regulação profissional adequada.

Samuelson e Nordhaus (*apud* GIRARDI e SEIXAS, 2002) apontam que, na tradição da economia política, o termo regulação engloba um largo espectro de políticas disciplinadoras das atividades sociais e econômicas, visando não apenas seu controle, como também a atenuação de suas consequências para a comunidade.

A regulamentação profissional, por sua vez, é uma parte muito especial da regulação econômica e social. Em certo sentido, pode-se dizer que as profissões são reguladas porque, se deixadas por conta de mecanismos de mercado, as atividades e serviços que elas oferecem à sociedade seriam relegadas a níveis sub-ótimos. Em outras palavras, no balanço entre benefícios e vantagens, o exercício livre dessas atividades traria mais prejuízos para a sociedade que os causados pela sua regulamentação (GIRARDI e SEIXAS, 2002).

A regulamentação profissional é extremamente importante por representar o conjunto de regras e disposições legais que vai balizar a formação e a prática profissional de um determinado segmento trabalhista.

As barreiras legais apresentadas pela regulamentação profissional estipulam critérios para a entrada nos mercados de trabalho (sob a forma de credenciamento educacional e obtenção de certas licenças e diplomas). Esses critérios são apresentados pelas próprias corporações profissionais, que estabelecem os parâmetros mínimos de prática técnica e conduta ética e social, o que mantêm, relativamente, os usuários dos serviços a salvo de praticantes inescrupulosos e incompetentes.

Para que sejam de fato implementadas estas determinações regulamentares, faz-se necessário, portanto, a fiscalização e o controle do exercício profissional. Essa



regulação é feita majoritariamente por organizações dos próprios pares profissionais, os Conselhos Profissionais, que exercem, por delegação, autoridade de Estado. Autoridade essa que lhes permite licenciar e autorizar profissionais, bem como lhes capacita a discipliná-los, exercendo poder de autogoverno.

O Ministério da Saúde brasileiro criou, através do Decreto nº 4726, de 09 de junho de 2003, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) que atualmente é responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, em âmbito nacional (BRASIL, 2005, p.05). Este Departamento de gestão e da Regulação do trabalho em Saúde, por sua vez, está organizado em duas áreas: a Coordenação-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde e a Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde.

Esta Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde tem, entre outras funções (BRASIL, 2005, p.10):

- Levantar dados e organizar informações sobre a regulação profissional no País, na América Latina e no Caribe.
- Elaborar propostas e desenvolver ações visando à regulamentação de novas e atuais ocupações em saúde.
- Participar da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.
- Emitir parecer técnico sobre a regulação do exercício profissional e a ocupação na saúde.
- Desenvolver ações de cooperação internacional, estabelecendo parcerias para o enfrentamento dos problemas de gestão e regulação do trabalho em saúde.

Entre as ações prioritárias deste Departamento, no âmbito da regulação do trabalho em Saúde, está a criação de uma Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, Câmara esta que é criada por meio da portaria nº 827/GM, de 5 de maio de 2004. Entre suas atribuições estão: propor ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área da saúde, e assentir os mecanismos de regulamentação profissional da área da saúde (BRASIL, 2005, p.36).

Além destes fatores, a aquisição dos direitos sociais de cidadania, no Brasil, está historicamente atrelado ao status referente aos determinados grupos profissionais.

Geralmente, as ocupações de nível técnico médio podem ser agrupadas em um segmento de ocupações consideradas inadequadamente regulamentadas. Estas, nor-



malmente, têm regulamentados tão-somente os requisitos educacionais, na determinação dos currículos mínimos necessários à sua prática profissional.

O Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil, através da Classificação Brasileira de Ocupações, relaciona a existência de aproximadamente 40 ocupações na área da saúde. Na sua maioria, são ocupações que contam com algum tipo de delimitação e controle do exercício profissional. Algumas, porém, encontram-se demandando a regulamentação de suas atividades profissionais no âmbito do parlamento.

As ocupações que já obtiveram regulamentações, as conseguiram, em sua maior parte, na forma de *Pareceres* do já extinto Conselho Federal de Educação. Este é o caso dos técnicos e auxiliares em histologia, que juntamente aos técnicos e auxiliares em patologia clínica, são contemplados pelo parecer CFE nº 2934, de 1975.

As determinações deste Parecer, na identificação dos currículos mínimos, estabelecimento de cargas horárias mínimas, níveis de escolaridade e titulação ficaram ultrapassadas com a promulgação da nova LDB (Lei de Diretrizes e Bases), a lei nº 9394 de 1996, que reestrutura os currículos e traz novas regras para o ensino profissionalizante no Brasil.

Na busca por uma real e eficiente regulamentação, as ocupações de nível médio apresentaram ao Congresso Nacional, nos anos 80 e 90, um total de 31 projetos de lei pleiteando o reconhecimento público e o direito de exclusividade sobre seus campos de atuação. Destes apenas dois obtiveram sucesso, os que regulamentam as atividades dos técnicos em prótese dentária e dos técnicos em radiologia (GIRARDI, FERNANDES e CARVALHO, 2002).

Na área de atuação em histotecnologia, foram apresentados ao Congresso Nacional, desde 1970, três projetos de lei:

- 1º) Apresentado em 1990 pelo deputado A.C. do PTR (RO), foi arquivado em 1991.
- 2º) Apresentado em 1991 pelo deputado E.F. do PTB (RO), foi retirado pelo autor em 1992.
- 3º) Apresentado em 1991 pelo deputado M.R.M. do PDS (SP), foi aprovado depois de emendas e substitutivos, e publicado no DCD 15 de abril de 2003.

O Projeto de Lei nº 2090-E/91, apresentado pelo Deputado M.R.M, propunha a regulamentação do exercício profissional em histotecnologia, e determinava as condições de habilitação, atribuições, piso salarial e seus direitos trabalhistas. Este projeto foi, entretanto, submetido a um substitutivo aprovado no senado federal, propondo



uma regulamentação para o grupo de Técnicos em Laboratório, grupo este composto pelos técnicos em patologia clínica, técnicos em histologia, técnicos em citologia e técnicos em hemoterapia.

A descrição feita neste Projeto de Lei nº 2090-E/91, acerca das necessidades formativas e atribuições dos histotecnologistas, mediante sua prática profissional, corroboram, porém, a visão reducionista e desatualizada do Ministério do Trabalho e Emprego, no que concerne às novas tecnologias e às demandas que estas trouxeram aos histotecnologistas nos modernos serviços de histo- e anatomopatologia.

Esta idéia encontra apoio no apontado pelo DEGERTS em BRASIL (2005, p.34):

“Em se tratando do setor Saúde, a situação tem-se tornado crítica nos últimos anos, considerando-se que grande parte da legislação das profissões pertinentes ao setor contém, em seu arcabouço, funções que necessitam de atualização frente às novas conquistas técnico-científicas, havendo, assim, a necessidade de revisão dessas leis”.

Mudanças nos Processos Produtivos em Saúde

A reestruturação capitalista que se desenvolveu em decorrência da recessão iniciada na primeira metade dos anos 70 do século XX, criou um novo modelo de organização do trabalho, caracterizado pela grande importância do setor eletrônico, pela intensa aplicação da tecnologia digital de base microeletrônica e pelos progressos na química, na biotecnologia e da engenharia genética (PIRES, 2008).

Este novo processo produtivo caracteriza-se pela flexibilidade e alto ritmo de mudança técnica e conseqüente especialização do trabalhador. Deste novo trabalhador, no qual convergem, em graus variados, a concepção e a execução do trabalho, inserido em um novo ambiente tecnológico e de gestão do trabalho, são requeridas habilidades cognitivas, de inter-relação com clientes e trabalhadores, iniciativa e criatividade e capacidade de trabalhar em grupo, entre outros. Em outras palavras, este novo trabalhador necessita de uma sólida formação básica, além da capacitação profissional adequada (PEDUZZI, 2002).

Estas mudanças atingem de forma peculiar a sociedade brasileira, devido à forma submissa como Brasil tem se inserido no processo de mundialização do capital, trazendo mudanças importantes nos processos de educação política e escolar, afetando a definição e estruturação dos sistemas educacionais e de formação técnico-profissional (LIMA e NEVES, 2006).



Como o setor Saúde sempre sofre a influência dos modelos de organização produtiva hegemônicos, os processos de produção flexível também têm seus eixos determinantes refletidos no trabalho em saúde.

Pires (2008) aponta que a introdução destas novas tecnologias no trabalho em Saúde trouxe benefícios não só aos trabalhadores da saúde, mas também aos usuários dos serviços. O uso de equipamentos de tecnologia de ponta tem facilitado o trabalho provocando menos desgaste da força de trabalho, e com o uso destas tecnologias, alguns procedimentos ficaram menos invasivos, propiciando recuperação mais rápida e com menos complicações aos usuários. Além disto, o diagnóstico das patologias passou a ser realizado muito mais rápido e com maior precisão, graças ao uso destas novas tecnologias.

No trabalho técnico em histologia, as principais modificações produtivas se deram no âmbito dos conhecimentos científicos relacionados à área (tecnologias leve-duras) e das inovações tecnológicas estruturadas em equipamentos (tecnologias duras)¹.

O trabalho técnico realizado dos modernos laboratórios de histopatologia pode parecer à primeira vista uma linha de produção, com uma rotina fragmentada e mecanizada na qual o técnico se insere de forma coadjuvante, mas na verdade, o trabalho na área da histotecnologia ainda tem etapas que demandam do profissional habilidades quase artesanais. Dentro dos laboratórios de histopatologia o velho e o novo aparecem constantemente como coisas fortemente integradas. As novas tecnologias aplicadas à rotina laboratorial em histologia estão presentes nos equipamentos computadorizados e cada vez mais automatizados encontrados nesses laboratórios, como os processadores e coradores automáticos; porém, convivem com estas novas tecnologias, técnicas antigas como a utilização de cera de abelha e parafina na inclusão dos tecidos fixados em formalina, introduzida em meados do século de XIX.

Além dos novos equipamentos, o avanço do conhecimento científico tornou os métodos empregados pelos histologistas cada vez mais sofisticados, incorporando uma grande variedade de especialidades, como a histoquímica, a imunohistoquímica e a microscopia eletrônica, por exemplo.

Da mesma forma, porém, que houve uma ampliação do campo de atuação dos histotécnicos, cresceu o espectro de conhecimentos demandado a estes profis-

¹ Segundo Mehry (2002, p. 49) as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas da seguinte maneira: Tecnologias LEVES, que são as “Tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”; Tecnologias LEVE-DURAS, “como no caso dos saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo”; e Tecnologias DURAS, “como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais”.



sionais para que atuem com domínio efetivo das técnicas histológicas e de seus processos de trabalho.

Ministério do Trabalho e Emprego

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, na edição 2002 da Classificação Brasileira de Ocupações, os técnicos em histologia fazem parte, juntamente com os técnicos em bioterismo, da ocupação de número 3201, que seria o dos Técnicos em Biologia.

Na descrição sumária da ocupação número 3201-10, a de Técnicos em Histologia, estão descritas as seguintes atividades:

- Manejo e cuidado com a saúde de animais de biotérios.
- Auxílio em experimentação animal.
- Manipulação de produtos químicos.
- Coleta de tecidos.
- Transplante de pele.
- Confeção de lâminas.
- Congelamento e transferência de embriões.
- Preparo do ambiente e dos materiais aplicados ao bioterismo.
- Monitoramento das condições ambientais e físicas do biotério.
- Descarte de material biológico.
- Operação de máquinas e equipamentos.
- Utilização das boas práticas em laboratório e das normas de segurança.

As atividades relacionadas de fato à prática em histotecnologia aparecem aqui apresentadas de forma extremamente superficial e vaga.

Como fica bem nítido segundo esta descrição, a atividade profissional dos técnicos em histologia fica restrita a poucas etapas específicas, se retiradas as tarefas relacionadas ao bioterismo e à experimentação animal. Efetiva-se, então, um reducionismo do espectro de atuação real destes profissionais nos serviços de saúde e de sua relação com os processos de inovação tecnológica.

Com uma descrição das competências profissionais desta ocupação tão empobrecida com relação à sua real prática profissional, ocorre um outro problema



para este grupo de trabalhadores: o enfraquecimento cada vez maior da formação profissional na área da histologia.

Esta descrição do Ministério do Trabalho e Emprego sobre a profissão de Técnico em Histologia abre precedentes para uma formação mínima dos profissionais que se inserirão no mercado de trabalho nesta área que, conseqüentemente, atuarão de forma inadequada e desvalorizada nos serviços de saúde colocando em risco a Saúde da população atendida e estando ainda incapacitados para enfrentar os novos desafios que se colocam, em decorrência da introdução das novas tecnologias, tanto duras como leve-duras, na área da histotecnologia.

Conclusão

O Ministério do Trabalho e Emprego, ao descrever a ocupação número 3201-10 (Técnicos em Histologia), aponta que estes técnicos devem ter uma série de competências profissionais voltadas ao bioterismo, o que de fato ocorre quando da atuação destes técnicos em instituições de pesquisa e controle de qualidade em saúde. Entretanto, as competências relacionadas à prática do histotécnico, de uma forma geral, são colocadas de forma reducionista, simplificando sua capacidade de atuação profissional e minimizando sua real importância nos serviços. Embora a clínica tenha aprofundado ainda mais o seu olhar nos tecidos, alcançando níveis de análise celular e molecular, estes profissionais ainda estão situados no centro do moderno paradigma anátomo-clínico, e ainda são consideradas essenciais as análises morfológicas que eles permitem desenvolver, subsidiando e consolidando as observações mais minuciosas e específicas.

Segundo a descrição de competências requeridas para o exercício profissional dos técnicos em histologia, sua função fica restrita, além das tarefas relacionadas ao bioterismo e à experimentação animal, às técnicas histológicas mais básicas, como o processamento e inclusão de tecidos em parafina, a microtomia e a coloração básica de lâminas histológicas. Os métodos empregados pelos histologistas, porém, são variados e, com o passar dos anos e o avanço da ciência na área, as técnicas histológicas se tornaram cada vez mais sofisticadas, incorporando uma grande variedade de especialidades, e com elas, de novas tecnologias. As principais foram as tecnologias leve-duras, relativas às determinações conceituais e científicas que envolvem o estudo dos tecidos e suas aplicações ao diagnóstico, mas também houve uma grande incorporação de tecnologias duras, na forma de procedimentos padronizados e equipamentos automatizados.



Hoje em dia, o trabalho técnico em histologia demanda uma série de novos conhecimentos relativos às novas tecnologias utilizadas nas atividades de criomicrotomia, histo e imunoistoquímica, cada vez mais comuns nos serviços de anatomia-patológica, e de microscopia eletrônica e confocal, por exemplo.

A qualificação destes técnicos é um fator essencial para sua apropriação das novas tecnologias que são inseridas continuamente no setor da saúde, inclusive para a elevação de sua auto-estima profissional e sua valorização profissional enquanto classe de trabalhadores.

Para isto, deve-se buscar romper as limitações apresentadas pelo modelo formativo baseado em competências e buscar prover a estes profissionais uma formação profissional politécnica, no sentido de superar o conceito de polivalência, tão apreciado pelo mercado de trabalho neste atual contexto histórico e social, expandindo sua formação para aspectos mais amplos sobre a relação trabalho/sociedade, permitindo a estes trabalhadores inserirem-se de forma consciente, crítica e participativa no mundo do trabalho, fortalecendo-se enquanto grupo profissional e promovendo uma real melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população.

Porém, somente modificando as demandas formativas apontadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e fortalecendo o grupo profissional dos técnicos em Histologia com uma regulamentação profissional adequada, pode-se caminhar para a construção de mecanismos de regulação efetivos, capazes de garantir que os profissionais que atuam nessa área tenham capacidade de atender às necessidades da população de forma profissional e consciente.

Contamos com a atuação do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde para proporcionar e orientar a criação de mecanismos de regulamentação profissional, para que a prática profissional em histotecnologia possa tornar-se expressão de excelência, onde conhecimentos atuais e formação profissional adequada garantam aos usuários, serviços histológicos de qualidade, em concordância com sua real importância nos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva do Departamento de gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: Portaria nº 397** de 09 de outubro de 2002. . Brasília, 2002.



- FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal Editora, 2007.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L. **Mercado de Trabalho e Regulação das Profissões de saúde: Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: UNICAMP, 2002.
- GIRARDI, S.N.; FERNANDES JR.,H.; CARVALHO, C.L. A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. **Espaço para saúde**, v.2, n.1, dez 2000. Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>>. Acesso em 15 outubro 2008.
- GIRARDI, S.N.; SEIXAS, P.H. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Formação**, Brasília, v. 2, n. 5, p. 29-43, 2002.
- LIMA, J.F.; NEVES, L.M.W. **Fundamentos da Educação Escolar no Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- MACHADO, R. Uma Arqueologia do Olhar. In: **Foucault: a Ciência e o Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- PEDUZZI, M. Mudanças Tecnológicas e Seu Impacto no Processo de Trabalho em Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. I, n. 1. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2002.
- PIRES, D.E.P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.



Discutindo referenciais do currículo como fio condutor da formação técnica na área da saúde

**Ondina Maria Chagas Canuto
Meirecele Caliope Leitinho
Francisco Antonio Loiola**

O currículo como fio condutor da formação técnica na área da saúde é a temática de tese de Doutorado em Educação que estamos construindo, no âmbito da Universidade Federal do Ceará (UFC). Trata-se de investigar a construção curricular desenvolvida em Cursos Técnicos na área de Saúde. A Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará é o contexto da nossa pesquisa empírica.

A presente comunicação constitui uma reflexão sobre referenciais teóricos acerca do currículo e da formação. Nesse contexto, entendemos que saúde e educação se articulam no interior de uma dinâmica, uma potencializando a outra na produção de práticas e saberes que materializam o compromisso com um novo modelo de atenção e gestão à saúde. Nessa perspectiva, concebemos a educação e a saúde em seu conceito positivo, assumindo no cenário social, juntamente com outras áreas do conhecimento, a promoção da qualidade de vida da população.

Compreendemos que a educação, assim com a saúde, são determinadas socialmente, isto é: fazem parte de um contexto de relações sócio-econômicas e políticas, que orientam sua construção social. Nosso interesse em pesquisar a temática em questão tem como meta trazer a experiência acumulada no campo da saúde para o crivo



reflexivo da educação, de maneira a implicá-las mutuamente. Entendemos que a educação, notadamente a educação continuada, constitui uma estratégia de fortalecimento do sistema de saúde pública, na medida em que proporciona aos trabalhadores deste setor, um novo e ampliado olhar sobre suas práticas dentro do contexto onde atuam, promovendo mudanças nas políticas de saúde.

Em que medida os currículos de Cursos Técnicos na área de saúde estão articulados com o mundo do trabalho? Ou seja, com as necessidades de fortalecimento do SUS enquanto política pública de saúde? Em que medida a abordagem por competências, preconizada pelos Ministérios da Saúde e Educação, se concretiza no interior desses currículos como eixo de organização curricular? Qual é o papel desses currículos enquanto espaço de produção coletiva de conteúdos, métodos de ensino e materiais didáticos que se articulam com as demandas de formação profissional para o SUS, na perspectiva de sujeitos críticos e autônomos?

Em síntese, o nosso propósito é discutir alguns pressupostos teóricos bem como apresentar os referenciais que orientarão a nossa análise de currículos de Cursos Técnicos na área de saúde, ofertados pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Pretendemos problematizar a prática de construção e desenvolvimento do currículo na formação profissional técnica em saúde, observando de que forma o mundo da formação pode ser implicado ao mundo do trabalho. E, ainda, como esse novo paradigma da formação por competências chega à formação técnica, qual seu objetivo e como vem sendo praticado e atualizado nos cursos técnicos na ESP-CE, isto é: seu discurso e a sua prática.

A relevância da nossa contribuição reside na tentativa de desvelamento de caminhos mais adequados ao desenvolvimento de currículos, como eixos estruturantes da organização dos cursos de formação profissional em nível técnico na área de saúde.

Problemática

Constitucionalmente, o Ministério da Saúde tem a responsabilidade de ordenar a formação de pessoal no campo da saúde e de incrementar na sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. Esta responsabilidade tem sido dividida com os demais gestores estaduais e locais do SUS, sob a sua coordenação quanto à formulação de políticas orientadoras de formação.

Assim é que, o Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu, em 2004, através da Portaria nº 198/GM/MS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que instrumentaliza estados e municípios na construção de processos educativos na busca de qualificar os serviços de Saúde.



A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de formação dos trabalhadores do SUS, considera a responsabilidade do Ministério na consolidação da Reforma Sanitária, especialmente em seus aspectos quanto à descentralização da gestão, integralidade da atenção e do fortalecimento da participação social nas decisões do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca ainda, a importância da integração entre ensino e serviço para a qualificação das práticas em saúde e da educação dos profissionais. Considera, também, que o processo de educação permanente em saúde, agrega aprendizagem – reflexão crítica sobre o trabalho –, “resolutividade” da clínica e da promoção da saúde coletiva.

As orientações e diretrizes para operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, inscritas no anexo II da Portaria 198, que institui a Política de Educação Permanente, estabelece que educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Isto exige uma ação articulada entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.

A partir da identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, o Ministério da Saúde do Brasil orienta a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola.

Assim, para compreender as bases que orientam a formação técnica em saúde tomamos como suporte os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional - Saúde, proposto pelo Ministério da Educação, no ano de 2000.

Inspirado nos valores da Reforma Sanitária Brasileira, os Referenciais Curriculares orientam as escolas de formação – cursos técnicos para a área da saúde – de forma que estes, indispensavelmente, respondam aos desafios quando da constituição de currículos. Considera-se indispensável, que:

- Busquem responder as exigências geradas pelo perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população brasileira.
- Possibilitem a formação de profissionais que compreendam o seu processo de trabalho específico e também o processo global de trabalho em saúde, e



que tenham autonomia e iniciativa, mas ao mesmo tempo sabendo trabalhar em equipe.

- Tornem presente, em todo o desenvolvimento dos cursos, as questões relativas à ética, ao exercício profissional, à cidadania, ao meio ambiente e à visão holística de saúde.
- Sejam flexíveis de modo a atender à realidade regional ou local.
- Favoreçam a interdisciplinaridade e o contato precoce do aluno com a prática profissional, rompendo com a dicotomia teoria/prática.
- Estejam atualizados e sintonizados com as novas tecnologias.
- Possibilitem o desenvolvimento de habilidades ligadas ao uso fluente de *softwares* específicos, bem como de comunicação oral no idioma inglês e espanhol a partir de uma base já estabelecida no ensino médio.

Os Referenciais Curriculares da Formação Técnica destacam ainda as competências, habilidades e bases tecnológicas como elementos que embasam a organização dos currículos da educação profissional. A Resolução nº 4/99 do Conselho Nacional de Educação (CNE) apresenta as competências profissionais gerais do técnico da área da saúde em seu item 17.2, deixando as competências particulares de cada habilitação a serem definidas pela escola para complementar o currículo, em função do perfil profissional de conclusão da habilitação. Referida Resolução define competência, em seu art. 6º, como: *“entende-se por competência profissional a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”*.

Frente a esta noção de competência, compreendemos a importância de destacar o contexto da ação bem como a perspectiva coletiva do “desempenho eficiente”. Entendemos competência como processo, e não como produto. Podemos defini-la como a capacidade de uma pessoa agir, mobilizando seus pares e recursos disponíveis, de maneira pertinente em uma dada situação contextualizada, para atender aos objetivos propostos. Há, portanto, uma interação dialética entre conhecimento, habilidade e atitude, compreendidas respectivamente e de maneira articulada, como o saber, o saber-fazer e o saber-ser. Perrenoud (2000, p.07), um dos autores que tem influenciado os conhecimentos de docentes brasileiros nesta discussão sobre competências, ao qual nos associamos, define competência *“como sendo uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.”* Segundo ainda o citado autor, *“competente é aquele que julga, avalia e pondera; acha a solução e decide, depois de examinar e discutir determinada situação, de forma conveniente e adequada”*. (PERRENOUD, 2000, p.13)



Estes temas expostos compõem um dos campos de nossa problematização, articulando os propósitos da Política de Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde e as orientações emanadas pelo Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação (e, no caso local, do Conselho de Educação do Ceará - CEC), com o desenho e desenvolvimento dos instrumentos curriculares dos cursos técnicos da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, permeados pelas contribuições das teorias.

Com base nestes referenciais, os currículos dos cursos técnicos na área da saúde precisam evidenciar pressupostos de uma formação por competências, em uma perspectiva emancipatória e respondendo aos desafios conceituais e operativos propostos pelo SUS.

Por outro lado, no leque de possibilidades de formação profissional para a área da saúde, os cursos técnicos são os que viabilizam o acesso de camadas economicamente desfavorecidas e menos escolarizadas da população a uma atividade qualificada no campo da saúde. A formação técnica pode abrir possibilidades para uma atividade profissional mais bem remunerada e, em alguns casos, viabilizar o posterior acesso ao estudo universitário.

Do ponto de vista da gestão do sistema de saúde, os cursos técnicos possibilitam a formação de profissionais qualificados, em um período de tempo mais curto que o ensino superior, a um custo substancialmente menor e que podem assumir uma série de funções de fundamental importância para o bom desempenho do sistema. Entretanto, para que estes objetivos sejam atingidos, é preciso que estes cursos ofereçam uma programação capaz de auxiliar no desenvolvimento de profissionais eticamente comprometidos com a saúde coletiva, autônomos, críticos, e, fundamentalmente, capazes de desenvolver com competência as ações que serão de sua responsabilidade nos serviços públicos de saúde.

Contexto da Pesquisa

Nesse estudo, a guisa de ilustração, destacamos um dos cursos ofertados pela Escola de Saúde Pública, que é o de Técnico Agente Comunitário de Saúde, enfatizando as políticas e referenciais curriculares específicos desse tipo de formação. É importante um breve histórico do seu processo de construção. O Programa dos Agentes de Saúde do Ceará, como ação de governo, foi implantado em 1987 com o propósito de realizar acompanhamento de gestantes e crianças quanto à imunização, aleitamento materno, controle de desnutrição, diarreias e outras doenças, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil no Estado. O impacto deste trabalho na condição de saúde da população levou o Ministério da Saúde a adotar a iniciativa em âmbito nacional, através da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no ano de 1991.



Com a instituição da Estratégia de Saúde da Família, em 1994, e a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes multiprofissionais, amplia-se o reconhecimento profissional destes trabalhadores e de seus direitos sociais. Assim é que o Decreto Federal nº 3.189/99 fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, e no processo de mobilização dos trabalhadores, nasce a categoria profissional de ACS, através da Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Passo seguinte é a definição das diretrizes do Ministério da Saúde em relação à regulação da formação dos ACS, desenhando-a de modo a elevar a escolaridade e o perfil profissional exigido pelas novas demandas de saúde presentes no contexto da saúde e direcionadas ao profissional ACS. Partindo da compreensão do conceito ampliado de saúde e da complexidade dos desafios postos, a intervenção dos ACS exige novas e mais amplas intervenções, a ser subsidiadas por novos saberes e vivências nos territórios de atuação.

Assim, justifica-se a necessidade de uma formação ampliada, que permita a compreensão do quadro sanitário, dos determinantes sociais do processo saúde-doença, de forma a permitir uma atuação na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde.

Neste sentido, e com base nos Referenciais Curriculares Nacionais para técnicos da saúde do Ministério da Educação (BRASIL, 2000), institui-se o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, através de portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), constituindo-se em um guia no processo de formação do ACS, de modo à “(...) *fomentar uma formação profissional de qualidade, à altura das necessidades e das exigências do país*”. (BRASIL, 2000, p. 07).

Algumas questões, contudo, devem ser postas:

Quem é o profissional Agente Comunitário de Saúde? O ACS desempenha um papel de mediador social, sendo considerado um

“elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado”. (NOGUEIRA et al., 2000 apud BRASIL, 2000, p.10).

Que formação se busca?

“Que proporcione compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões.



Que considere as necessidades apontadas pelo SUS, que exige profissional com capacidade de atuar nos diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de saúde e sociais, em qualquer nível do sistema”. (BRASIL, 2000, p.10)

Os Referenciais Curriculares do Curso Técnico de ACS destacam, em seu texto inicial, que o perfil de competências profissionais do ACS foi elaborado a partir de um processo que envolveu debates intensos entre especialistas e trabalhadores, sendo ainda submetida à consulta pública, através de meio eletrônico, permitindo a participação de atores e segmentos sociais diversos (BRASIL, 2000, p.13). Assim, constitui-se em um documento referencial para as instituições formadoras que organizam cursos técnicos de ACS. Esse caso, assim como os Cursos Técnicos de Enfermagem e Higiene dental, serão objeto de observações e análises em estudos futuros.

Pressupostos Teóricos da nossa Investigação

Concebemos o conceito de currículo englobando todas as experiências ou aprendizagem do aluno, planejadas e conduzidas pela escola, compreendendo por conseguinte também o currículo oculto, não expressamente afirmado nos planos e documentos curriculares.

Para Rodrigues (1993), o currículo tem natureza polissêmica, e o seu conceito abarca suas diversas fases, desde a concepção (planejamento, projeto e desenvolvimento) até o nível da sala de aula e de validação (avaliação final). É um conjunto de fenômenos educativos que podem situar-se a todos os níveis da prática educativa.

Compreende-se desse modo, que o desenvolvimento curricular se articula com a ação educativa em todos os níveis do processo de ensino-aprendizagem, e que a avaliação curricular se articula e se relaciona com a avaliação educativa em todos os seus componentes (alunos, conteúdos, sua organização, métodos pedagógicos, meios, materiais e manuais escolares, equipamentos e instalações, estabelecimentos escolares, ciclos e sistemas de ensino). Aí vemos a relação entre currículo e didática, sendo esta o percurso instituído para organizar situações que permitam o processo de aprendizagem (REY, 2006).

Elegemos os fundamentos da Teoria Crítica para análise da prática curricular, por nela identificarmos, a partir dos teóricos da Escola de Frankfurt (criada em 1929, na Alemanha e composta por grupo de filósofos, críticos culturais e cientista sociais, como Horkheimer, Theodor Adorno, Marcuse, Habermas, Giroux, dentre outros), que evidenciaram um compromisso radical com a transformação social, através de uma visão crítica do sistema sócio-econômico, que seria profundamente injusto e produtor



de relações sociais dominantes. Esses autores apontam como imperativo a transformação social e a emancipação humana, com autonomia e cidadania, conforme defendem Habermas (1987) e Henry Giroux (1983).

Referenciando-nos de maneira privilegiada no pensamento de Giroux, um dos autores que discute a Teoria Crítica e Resistência em educação, compartilhamos da idéia de que uma reforma da educação para a cidadania, envolve também os educadores, que como sujeitos políticos precisam estar melhor informados para atuarem como agentes eficazes de transformação da sociedade. O desafio é perceberem o conhecimento escolar como parte de um universo social maior, identificando os reflexos, inclusive ideológicos, que este pode ter no contexto dos interesses escolares. (GIROUX, 1983).

Frente às contradições do mundo contemporâneo onde predominam estruturas sociais injustas e excludentes, com fortes reflexos nas estruturas de educação formal e informal, entendemos que as contribuições da Teoria Crítica fomentam e propiciam um debate esclarecedor e crítico acerca da relação entre a sociedade, a escola, o currículo e as determinações sociais, políticas e econômicas. Conceitos como emancipação, autonomia e cidadania surgem como idéias-força gerando e influenciando novas práticas educativas.

Segundo Vilela (*et al.*, 2004), que se inspira na “educação para emancipação em Adorno” o resultado dessas novas práticas seria a construção de uma nova consciência, de forma a orientar a ação escolar na perspectiva da autonomia, e não buscando a adaptação e adestramento, como ainda presente na sociedade.

Os fundamentos da Teoria Crítica aplicados à avaliação curricular, e a idéia de emancipação em Adorno sustentam que é possível à escola uma outra educação, com novas práticas curriculares, destacando-se a inclusão, o compartilhamento de todos os recursos e bens culturais e materiais produzidos pelo homem. Isso traria como consequência o desenvolvimento de atitudes de respeito a visões de mundo diferentes, a partir da escola, através de um projeto pedagógico que desperte a esperança nas pessoas e uma educação que desenvolva o espírito de solidariedade como princípio básico.

Destacariamos ainda como exigência das novas práticas na escola inspiradas na idéia de emancipação, a construção social e contextualizada do currículo, desenvolvendo formações profissionais mais dialéticas, ou seja: que a partir da compreensão da realidade como essencialmente contraditória, coloque-se também em permanente transformação. Para Vilela (2004) a educação escolar deve se desenvolver numa perspectiva ampliada; indo para além da formação intelectual e cientificista, incorporando



a educação para a “humanização do homem”. Trata-se ainda de uma formação que busque engajar o indivíduo de forma global e não apenas em uma atividade específica (REY, 2006).

Pensamos que, um currículo contextualizado, na perspectiva político-social precisa ser analisado pedagogicamente e sociologicamente a partir de suas relações com os diversos campos do conhecimento, na perspectiva da produção de uma educação para a cidadania, de natureza emancipatória.

Assim, os educadores como sujeitos contextualizados precisam também identificar e influir sobre os instrumentos que orientam os processos de ensino-aprendizagem para a produção da educação para a cidadania, como por exemplo, os currículos.

Currículo como Identidade e sua Construção Histórica

Como explicamos anteriormente, a investigação que ora realizamos tem como foco de estudo, o currículo, considerando-o como um importante elemento condutor do processo de educação e que deve expressar as conexões com o conhecimento de maneira mais ampla e a partir das demandas da realidade social.

Atentos ao caráter político do currículo lembramos a reflexão de Silva (1999) que trabalha o currículo como documento de identidade, que está presente em um dado lugar, espaço, território; sendo assim possuidor de um poder que se manifesta através de texto, discurso, documento.

Giroux (1983) destaca a escola como espaço social que possui duplo currículo: o explícito & formal e o oculto & informal. Este último, não expresso, segundo esse autor, se materializa nas crenças e valores transmitidos tacitamente através das relações sociais e rotinas que caracterizam o dia-a-dia da experiência escolar. Este olhar sobre o currículo oculto permite perceber as escolas como instituições políticas, imprimindo uma intencionalidade política em seu projeto de formação, em seus rituais de formação nas escolas, conforme analisa MacLaren (1992), que poderá contribuir fortemente, ou não, para a perspectiva emancipatória da educação.

Paulo Freire (1996), importante referência no nosso estudo, embora não tenha desenvolvido uma teoria específica sobre currículo, discute temáticas diretamente vinculadas a este campo, quando questiona conteúdos e práticas pedagógicas. Para Silva (1999, p. 58), a crítica de Freire (1996) ao currículo existente está sintetizada no conceito de “educação bancária”. Diz ainda o autor, “a educação bancária expressa uma visão epistemológica que concebe o conhecimento como sendo constituído de informações e de fatos a serem simplesmente transferidos do professor para o



aluno”. Neste sentido, para Freire (1996), o conhecimento expresso no currículo tradicional está profundamente desligado da situação existencial das pessoas envolvidas no ato de conhecer.

Lembramos Rey (2006) que, discutindo sobre currículo e os saberes profissionais, defende que a transmissão do saber não faz sentido sem uma associação aos momentos da vida, pois seria inseparável de uma relação pessoal.

As origens do pensamento curricular no Brasil, segundo Moreira (1990) podem ser localizadas nos anos 20 e 30, quando importantes transformações econômicas, sociais, culturais, políticas e ideológicas processaram-se em nosso país. A literatura pedagógica da época refletia as idéias de autores americanos e europeus. O movimento da Escola Nova marca com seus pioneiros as reformas educacionais neste período, compostas pelas idéias de Dewey e Kilpatrick, bastante influentes no Brasil até o início da década de 60.

O golpe militar de 64 é um marcador político-ideológico importante, com influência nos campos econômico, social e educacional. Com forte poder ideológico nos processos educacionais, as discussões sobre currículo espalharam-se e a disciplina de currículo foi incluída nos cursos superiores.

“A base institucional do campo aumentou consideravelmente. A tendência tecnicista passou a prevalecer, em sintonia com o discurso de eficiência e modernização adotado pelos militares, e diluiu não só a ênfase às necessidades individuais da tendência progressista, mas também nas intenções emancipatórias das orientações críticas, incompatíveis com a doutrina da segurança nacional que passou a orientar as decisões governamentais. A preocupação principal passou a ser a eficiência do processo pedagógico, indispensável ao treinamento adequado do capital humano no país”. (MOREIRA, 1990, p. 83).

Vê-se, portanto, que o caráter ideológico da formação profissional institucionalizada, encontra no currículo, um forte instrumento de dominação, conduzindo-a a partir das intenções políticas de interesse dos grupos dominantes, embora ele deva ser um instrumento de transformações sociais.

Moreira (1990) relata que, no final da década de setenta do século XX, uma tendência crítica começou a configurar-se, com o reaparecimento de análises críticas de questões curriculares e pedagógicas, tornando-se bastante influente durante toda a década de oitenta. Defende ainda Moreira que, neste período, a influência externa não era igualmente forte como na década de sessenta. Relata que se nos anos oitenta houve um aprofundamento da crise econômica, com importantes reflexos no campo social,



como desemprego, violência na cidade e no campo, corrupção, deteriorização dos serviços públicos (aí incluídos os educacionais). Por outro lado, houve uma efervescência de movimentos populares e organizações diversas da sociedade civil, com grande mobilização de associação de professores, centros acadêmicos, dentre outros, espalhando-se intensos debates sobre os principais problemas da educação brasileira. Assim, a tendência curricular crítica se expande no Brasil promovendo inúmeros fóruns alargando cada vez mais os estudos pedagógicos do campo do currículo, de maneira a reconceituá-lo.

Reflexões Finais

Ao discutir-se os referenciais para o currículo como fio condutor da formação técnica na área da saúde, referenciais esses de natureza crítica-emancipatória, estamos certamente nos contrapondo a uma lógica de organização curricular de montagem predominantemente técnica, tanto é verdade que pensamos o currículo nesse estudo, como uma construção social, onde a racionalidade emancipatória utilizada coloca-o em contextos específicos com intencionalidades bem definidas (formação de cidadãos emancipados), baseando-se sempre nos princípios da crítica e da ação transformadora.

Desta forma nos colocamos na posição de Giroux (1983, p. 262) quando afirma: *“Para que a educação para a cidadania se torne emancipatória, deve começar com o pressuposto de que seu principal objetivo não é “ajustar” os alunos à sociedade existente; ao invés disso, sua finalidade primária deve ser estimular suas paixões, imaginação e intelecto”*.

Neste sentido, é fundamental atentarmos em como a formação por competências, preconizada pelos Ministérios da Educação e Saúde, vem sendo desenvolvida e atualizada na formação técnica dos cursos da ESP-CE, bem como identificar a aproximação entre o discurso manifesto e a prática de construção dos processos formativos. E, ainda, atentar para, de que forma estes colaboram com a formação de sujeitos autônomos, criativos, capazes de perceber, avaliar e decidir, interagindo com seu contexto de ação.

Torna-se, então, incompreensível que a organização de currículos em cursos técnicos da área da saúde se oriente, predominantemente, por uma teorização positivista, utilizando uma racionalidade técnica-instrumental, posto que, as políticas públicas de saúde, tal como hoje se apresentam, estão a exigir a formação de agentes-educadores para a saúde, que sejam profissionais cidadãos capazes de medir forças ideológicas nos contextos e esferas onde atuam, zelando pelo bem coletivo, de modo específico pelo bom funcionamento e resolutividade dos serviços, com a



qualificação da gestão e atenção à saúde, visando a produção da saúde em benefício dos sujeitos que constroem o setor saúde: usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Redefinir a montagem dos currículos de formação técnica na área da saúde na direção de uma perspectiva emancipatória e apoiada na abordagem por competência, seria uma utopia? Se assim o for, que ela nos guie.

Referências Bibliográficas

- ANDRÉ, M.E.D.A. **Estudo de Caso em Pesquisa e Avaliação Educacional**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- APPLE, M. **Ideologia e Currículo**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BRASIL. Resolução da Câmara de Educação Básica, nº 4, de dezembro de 1999. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico**. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Educação Profissional: Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e anexo II**. Brasília, 2004.
- COSTA, M.V. (org). **O Currículo nos limiares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2001.
- CRESS 3ª Região/CE. **Direitos e Garantias: instrumentos legais**. Fortaleza, 2004.
- ESCUADERO, T. Texto. Desde los tests hasta la investigación evaluativa: Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación em educación. **Revista Eletrônica de Investigación e Evaluación Educativa**, v. 9, n. 1, 2003.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.
- FURTADO, J.P. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.6, n. 1, Rio de Janeiro, 2001.
- GIROUX, Henry. **Teoria Crítica e resistência em educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1983.
- GONÇALVES, H.A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. São Paulo: Avercamp Editora, 2005.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
- LEHOUX, P.; LEVY, R.; RODRIGES, J. Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de quatrième génération. **Ruptures**, v. 2, n. 1, 1995.
- HABERMAS, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, Tome 1. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société, Trad. Par Ferry, J.M., France : Fayard.



- LEWY, A. (org). **Avaliação de Currículo**. São Paulo: EPU, 1979.
- MACLAREN, P. **Rituais na Escola: em direção a uma economia política de símbolos e gestos na educação**. Petrópolis: Vozes, 1991.
- MOREIRA, A.F.B. **Currículos e Programas no Brasil**. São Paulo: Papirus, 1990.
- PERRENOUD, P. **As competências para ensinar no século XXI: formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artemed Editora, 2002.
- RAMOS, M.N. **A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.
- REY, Bernard in LENOIR, Y.; OUDOT, M.H.B. **Savoir professionnels e curriculum de formation**. Quebec: Les Presses de l'Université Laval, 2006.
- RODRIGUES, P. In ESTRELA, A.; NÓVOA, A. **Avaliações em Educação: Novas Perspectivas**. Porto: Porto Editora LDA, 1993.
- SAUL, A.M. **Avaliação Emancipatória: Desafio à Teoria e à Prática de Avaliação e Reformulação de Currículo**. São Paulo: Cortez, 1988.
- SILVA, M.R.S. **Currículo e Competências: a formação administrada**. São Paulo: Cortez, 2008.
- SILVA, T.T. **Documentos de Identidade: Uma introdução às Teorias do Currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- VIANNA, H.M. **Avaliação Educacional: Teoria - Planejamento - Modelos**. São Paulo: IBRASA, 2000.
- VILELA, R.A.T. *et al.* A Função Social da Escola na Teoria Crítica: apontamentos para uma sociologia crítica da educação em Adorno e Horkheimer. Trabalho apresentado no **Colóquio Internacional Teoria Crítica e Educação**. Piracicaba, UNIMEP 2004 (publicação restrita).



Tecnólogos en salud: experiencias de formación en Costa Rica y desafíos actuales

César Alfaro Redondo

Xenia Alvarado Zeledón

El reto planteado por la formación en las áreas de las tecnologías en salud de los países latinoamericanos posee orígenes y niveles de complejidad diversos. El caso de Costa Rica no ha sido la excepción, el contexto actual de las tecnologías en salud se encuentra determinado por la interacción de diferentes actores entre los que se encuentran la Caja Costarricense de Seguro Social, los tecnólogos en salud y la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica. Cada uno de estos actores representa intereses propios o particulares, en ocasiones divergentes, en ausencia de un marco institucional y nacional de desarrollo de recursos humanos, en general.

El objetivo principal del presente documento es compartir las experiencias acumuladas por la Escuela de Tecnologías en Salud en el contexto nacional, y de esta forma contribuir con la reflexión sobre la educación de tecnólogos en salud a nivel latinoamericano, principalmente con aquellos países que, como el nuestro, aún requieran modificar los modelos formativos existentes, analizar la gestión del trabajo y diseñar políticas para el desarrollo de los recursos humanos, como fases previas a la integración supranacional como la planteada por el MERCOSUR.



En particular, nos interesa discutir la propuesta curricular de formación de recursos humanos que formula la Escuela en la actualidad, ésta contempla la creación de una carrera que permita agrupar las distintas especialidades a partir de un tronco común y que posteriormente se bifurque en las ramas requeridas.

Este documento se encuentra estructurado en cinco apartados: los antecedentes más relevantes de la Escuela, el faltante de recursos humanos desde la perspectiva de la formación, el contexto actual de las tecnologías en salud y los retos planteados, la propuesta de formación que pretende desarrollar la Escuela y, finalmente, una breve aproximación a los proyectos que en el marco de la Red de Formación de Técnicos en Salud (RETS) se plantearon en la región centroamericana.

Previo a la presentación de los apartados se precisan algunas definiciones conceptuales. Para la Escuela, el tecnólogo en salud apunta a aquel recurso humano que tiene conocimientos, habilidades y actitudes para desarrollar competencias en el proceso de trabajo en salud y en áreas específicas de su competencia en el campo tecnológico. Estas funciones pueden ser dependientes e independientes dentro del equipo de salud, en el ámbito preventivo, asistencial, docente, de investigación y administrativo. Su formación puede llevarse a cabo por medio de planes integrados de capacitación, grados académicos de licenciatura y posgrados. En aquellos casos que se utiliza técnico o técnico medio, en este documento, es porque corresponde a un espacio y tiempo en donde así se conceptualiza o conceptualizaba.

Antecedentes

La Escuela de Tecnologías en Salud es una de las unidades académicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Inicia sus labores como una sección de esa facultad en el año 1969 y en el 2005 se transforma en Escuela.

En la década de 1970, a partir de la formulación del Plan Nacional en Salud, el país se comprometió a realizar una extensión en la cobertura de la atención en salud y la universalización de la atención médica. Estas transformaciones plantearon la necesidad de disponer de recursos humanos idóneos por medio de los cuales se pudiesen lograr los objetivos planteados.

Durante los primeros años se calificó al personal empírico de los servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y del Ministerio de Salud (MS), y se formaron así técnicos en Registros e Información en Salud, Anestesia, Radiología, Alimentación, Citología, Terapia Física y Saneamiento Ambiental. Esta formación correspondía a planes de capacitación que se encontraban inscritos como programas de extensión do-



cente, en el campo de la acción social, una de las funciones sustantivas de la Universidad. Algunos de estos programas tuvieron créditos¹ y con este nivel de capacitación, los técnicos ejercían y se incorporaban al Colegio de Médicos y Cirujanos.

En el primer quinquenio de la década de los ochenta se formaron los primeros técnicos de los programas de Terapia de Voz y Lenguaje y de Terapia Ocupacional, así como los de Electroencefalografía, Histología, Urología, Gastroenterología y Disección. En el segundo quinquenio de los ochenta, se inicia la formación de técnicos en Administración de Sistemas Locales de Salud (con un currículum socio-individualizado, con estrategias presenciales y no presenciales), Oftalmología, Electrocardiografía, seguido del diplomado y bachillerato en Terapia Respiratoria. Se formaron también en ese período, Asistentes en Administración de Extensión de Cobertura, Atención al menor de 0 a 6 años, Nutrición, Registros e Información en Salud y Emergencias Médicas (el último de ellos se imparte hasta la fecha de forma ininterrumpida).

En 1987, a solicitud de un numeroso grupo de egresados de las distintas tecnologías, se procede a una revisión curricular para definir a qué programas integrados de capacitación les correspondía el grado asociado de diplomado (establecido por el Consejo Nacional de Rectores CONARE en el año 1984). De esta forma, siete de los programas de técnicos se transformaron en carreras de diplomado: Citotecnología, Histotecnología, Saneamiento Ambiental, Audiometría, Tecnología Radiológica, Medicina Nuclear, Registros e Información en Salud y Terapia Respiratoria.

Posteriormente, en el año 1995 y en correspondencia con la política universitaria del mismo año, emitida por el Consejo Universitario, se evaluaron los planes de estudios vigentes de los programas de diplomados como carrera corta terminal, con el propósito de determinar cuáles de ellos se podían transformar en Bachilleratos o Licenciaturas.

La unidad académica desarrolló dos investigaciones relacionadas con el tema de los recursos humanos, la primera de ellas orientada a construir una estrategia metodológica que permitiera a las instituciones del Sector Salud detectar las necesidades de recursos² y, la segunda de ellas, orientada a identificar las necesidades de formación de tecnólogos en salud a partir de su aporte en el proceso de atención a la salud y de la problemática ambiental en el marco de la Reforma del Sector Salud³. Sobre la base de

¹ Crédito es una unidad valorativa del trabajo del estudiante, que equivale a tres horas reloj semanales de trabajo del mismo, durante 15 semanas, aplicadas a una actividad que ha sido supervisada, evaluada y aprobada por el profesor (http://cu.ucr.ac.cr/normativ/definicion_credito.pdf).

² Investigación: Behm, I. (et al.). Detección de necesidades de formación de recursos humanos de nivel medio en salud: propuesta metodológica. San José, C.R. 1995.

³ Behm, I. Rodríguez, R. Los tecnólogos en salud en Costa Rica: Detección de necesidades y situación actual. OPS El desarrollo de técnicos en salud: un desafío para la calidad. Washington, D.C.:PAHO, c1999.



la última de las investigaciones, en 2001 se da la apertura de las carreras de Bachillerato y Licenciatura en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Terapia Física y Salud Ambiental.

Paralelamente a lo que había ocurrido en la UCR, a partir de 1994 las universidades privadas incursionaron en la formación de algunas disciplinas del área de las tecnologías en salud, a la fecha existen 6 centros de educación superior que imparten una o varias de las tecnologías en salud. Con la aparición de instituciones educativas privadas en la oferta académica de las tecnologías se trazaron dos vías con características particulares en cada una de ellas.

La primera de las vías agrupó a carreras, en su mayoría con grado de Licenciatura, a excepción de imágenes médicas con un diplomado parauniversitario, en las cuales se dió una formación ininterrumpida de recurso humano, teniendo como principal efecto a la fecha una aproximación a la sobreoferta de éstos en el mercado laboral. Cabe mencionar que esta aproximación a la sobreoferta no afecta a todas las especialidades, siendo más evidente en el caso de las terapias (física, ocupacional, voz y lenguaje, entre otras) e imágenes diagnósticas.

Las condiciones mencionadas ocurren en un marco de desregulación de la oferta educativa, en donde la pertinencia y adecuación, junto con las relaciones de trabajo y la del ejercicio profesional, son retos que la función de conducción del Estado no ha logrado realizar, aún con la creación del Consejo Nacional de Enseñanza Superior Privada (Ley 6693 del 27/11/1981).

Por su parte, la segunda de las vías agrupó a aquellas disciplinas que siguieron siendo planes integrados de capacitación, la cuales se formaban discontinuamente, y su principal consecuencia ha sido un faltante importante de recurso, generado tanto por el crecimiento de los servicios brindados, como por el proceso de reposición de personal que finaliza su etapa laboral. Esta situación ya había sido prevista por la CCSS en el año 2001, cuando se determinó que la formación del recurso humano en base a la capacidad actual de contratación podía producir un déficit futuro de técnicos que comprometerían el funcionamiento de la institución, principalmente, si se tomaban en cuenta variables como: rotación de personal (jubilación), adquisición de nuevas tecnologías, ampliación y creación de nuevos servicios, cobertura demográfica, ampliación de infraestructura, impulso a programas prioritarios, acortar períodos de citas y disminuir pago de horas extras⁴.

⁴ Caja Costarricense de Seguro Social. Comisión de Tecnologías en Salud. Informe Final. Febrero 2001.



Ambas vías –aproximación a la sobreoferta en algunas áreas y faltante de personal en otras– son igualmente importantes para analizar, sin embargo el presente documento versará sobre la segunda de ellas, abordada desde la perspectiva de la formación de recursos humanos en el área de las tecnologías en salud en la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica.

Faltante de recursos humanos desde la perspectiva de la formación

El inicio de la formación y capacitación de tecnólogos en la UCR estuvo orientado principalmente a cubrir las necesidades de recurso humano de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y del Ministerio de Salud (MS). Esto se debió a dos razones: en muchas de ellas la CCSS y el MS constituían los mayores empleadores, con un mercado laboral finito y los procesos de formación se realizaban como programas integrados de capacitación sobre cuya ejecución la universidad no tenía compromiso presupuestario.

Dado que la apertura de los programas se realizaba ocasionalmente según las necesidades de las instituciones mencionadas, la discontinuidad en la formación de recursos se presentó en algunas de las tecnologías, lo que contribuyó con su carencia actual.

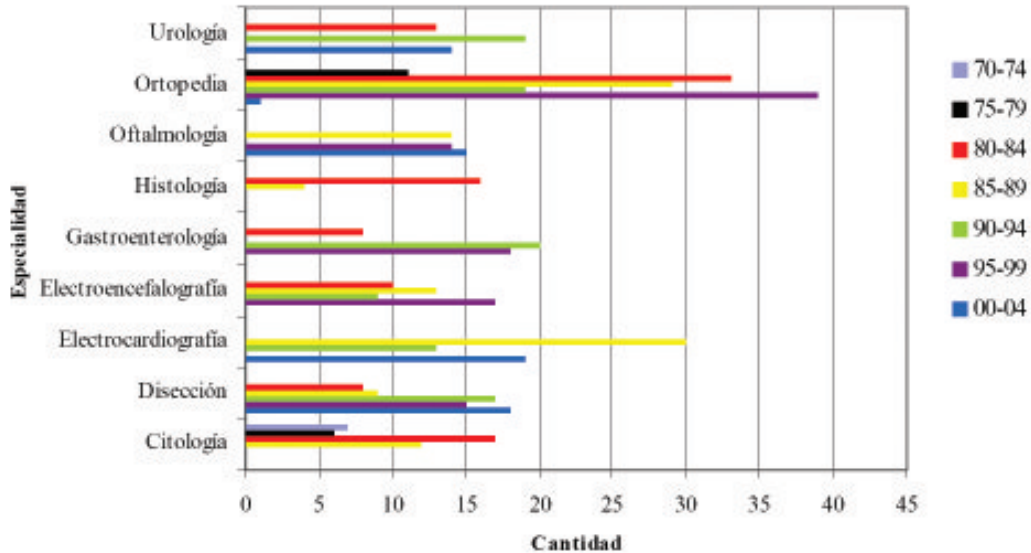
El desarrollo de recursos humanos, enfocados únicamente según las necesidades institucionales, reflejó lo mencionado en su oportunidad por la Organización Panamericana de la Salud, que en la mayoría de los países no se aplicaba el concepto de “Desarrollo de Recursos Humanos” en su más amplia concepción, sobre todo en el área de enfermería y técnico medio en salud, es decir, su planificación, desarrollo y utilización⁵.

El gráfico No.1 muestra el comportamiento temporal de algunas de las tecnologías en salud impartidas en la Escuela, los datos muestran la discontinuidad en el proceso, ya que la apertura de las promociones no era constante a lo largo del período analizado.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos generales para los programas de formación y desarrollo de los técnicos medios. Informe del Grupo de Trabajo. Washington, D.C. 1984



Gráfico 1: Cantidad de estudiantes egresados según especialidad (quinquenal). Escuela de Tecnologías en Salud, UCR - Período 1970-2004



Fuente: Registro de egresados Escuela de Tecnologías en Salud, UCR

El gráfico anterior permite visualizar lo ocurrido en las diversas especialidades desde una perspectiva cuantitativa, nos referimos a: ¿cuántos se formaron?; ¿en qué períodos?; ¿cuántos faltan aproximadamente? Sin embargo, su contraparte cualitativa, como por ejemplo: ¿existió un crecimiento cualitativo de las disciplinas?; ¿cómo se reflejó este crecimiento en los perfiles de egreso y los perfiles laborales?; ¿se reconoció la variación del perfil de egreso en el ámbito laboral?, debe ser abordada en detalle para comprender el contexto actual de las tecnologías en salud en Costa Rica, así como los retos que se le plantearon a la Escuela de Tecnologías en Salud y como ésta se propone asumirlos.

Las tecnologías que se ilustran en el gráfico No.1, iniciaron como niveles de capacitación (programas a los que se les otorga un certificado de aprovechamiento como es el de “Técnico Medio” con una duración de un año y medio de estudio), posteriormente algunas de ellas pasaron al nivel de formación (a los que se les otorga el grado asociado de Diplomado con una duración superior a dos años)⁶. A lo largo del período analizado los planes de estudio fueron revisados y modificados.

⁶ Behm, I. (et al.). Detección de necesidades de formación de recursos humanos de nivel medio en salud: propuesta metodológica. San José, C.R. 1995.



Para el año de 1995 ya se habían delimitado una serie de problemas relacionados a la carencia de lineamientos políticos y criterios técnicos que guiaran la planificación de los momentos de formación, la inexistencia de un sistema de información sobre necesidades, estructura, composición y distribución de los recursos humanos, así como la ausencia de espacios de coordinación entre las instituciones formadoras y las empleadoras de los mismos⁷.

Tecnologías en Salud: contexto actual y retos planteados

El contexto actual de las tecnologías en salud en Costa Rica se encuentra determinado por la interacción de actores, en escenarios diversos, en los que cada uno representa intereses propios o particulares, en ocasiones divergentes, en ausencia de prioridades institucionales y nacionales expresadas en políticas públicas de planificación de recursos humanos.

Uno de ellos es la Caja Costarricense de Seguro Social, institución estatal encargada de brindar servicios en salud a la población costarricense. La articulación entre formación y otorgamiento de plazas al recurso formado, ya sea éste externo o propio de la CCSS, ha sido un nudo crítico, especialmente porque hubo limitación para la creación de plazas nuevas por la autoridad presupuestaria, lineamiento que hasta el 2001 estuvo vigente y porque el modelo readecuado de atención logrado después de la reforma no comprendió estas categorías de recursos humanos. Por ello, se continúan presentando dificultades que devienen de períodos anteriores: hasta hace poco existía una subutilización del recurso formado al carecer de plazas disponibles, lo que generaba que el tecnólogo egresado no desempeñara las funciones para las cuales había sido preparado. En un afán por solventar la situación, las unidades prestadoras de servicio nombraban a los tecnólogos en plazas interinas con categorías inferiores, provocando desmotivación e inseguridad en los trabajadores⁸. Y en algunos casos, se conoce del ejercicio de funciones propias de recurso formado que están siendo desempeñadas por personal auxiliar.

Algunos de los aspectos críticos reconocidos son la ausencia de recalificación en algunas áreas tecnológicas, la inexistencia de planificación de este recurso humano, observaciones críticas de su condición laboral y la ausencia de políticas o lineamientos que orienten la toma de decisiones⁹. Sin embargo, a la fecha persisten los problemas cuyos condicionantes se generaron años atrás.

⁷ Behm, I. (et al.). Detección de necesidades de formación de recursos humanos de nivel medio en salud: propuesta metodológica. San José, C.R. 1995.

⁸ Caja Costarricense de Seguro Social. Comisión de Tecnologías en Salud. Informe Final. Febrero 2001.

⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. Comisión de Tecnologías en Salud. Informe Final. Febrero 2001.



Por su parte, los tecnólogos en salud han desarrollado una presión creciente, orientada hacia una mayor profesionalización de las distintas especialidades, teniendo como principal argumento que las transformaciones actuales de la prestación y atención de la salud han generado variaciones cualitativas importantes en el desempeño de la disciplina, las que a su vez deben integrarse en el diseño curricular y constituir un elemento de justificación para una recalificación laboral y un mayor reconocimiento social.

Sin embargo, esta tendencia a la profesionalización tiene implicaciones importantes sobre la Caja Costarricense de Seguro Social (recalificación de puestos y otorgamiento de beneficios adicionales, reestructuración de equipos de trabajo, entre otras), y además aún no existe la certeza de que dicho proceso sea viable, considerando las repercusiones que ésta tendría sobre diversos grupos y sus intereses.

En este contexto participa la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, que visualiza como principales retos en este ámbito el análisis de las variaciones cualitativas que tuvieron lugar en las distintas disciplinas y la integración de éstas en sus respectivos perfiles curriculares, así como el replanteamiento de la necesidad de que los procesos de formación de recursos humanos se realicen bajo la existencia de políticas públicas y planes nacionales de desarrollo de recursos, todos ellos con carácter interinstitucional.

Propuesta de formación

Ante los desafíos existentes en la formación de recursos humanos en el área de las tecnologías en salud, la Escuela establece una comisión cuyo propósito es desarrollar un modelo formativo acorde con las modificaciones y crecimiento de las diferentes disciplinas y con las necesidades del sector salud del país. Asimismo, ha formado un grupo de apoyo constituido por personal del Departamento de Recursos Humanos de la CCSS, del Centro de Desarrollo Estratégico en Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) y de la Escuela, orientado a la búsqueda de soluciones conjuntas y pertinentes para el país.

De esta forma la unidad académica inicia el proceso, analizando las experiencias latinoamericanas en el tema, así como los modelos pedagógicos y de gestión universitaria, cuyas características pudiesen tener elementos aplicables en el contexto costarricense. Para ello, fueron objeto de análisis preliminar, la Universidad de Chile (Tecnología Médica con menciones), y la Facultad de Tecnología de la Salud del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (Licenciatura en Tecnología de la Salud), con la que se han establecido relaciones muy provechosas.



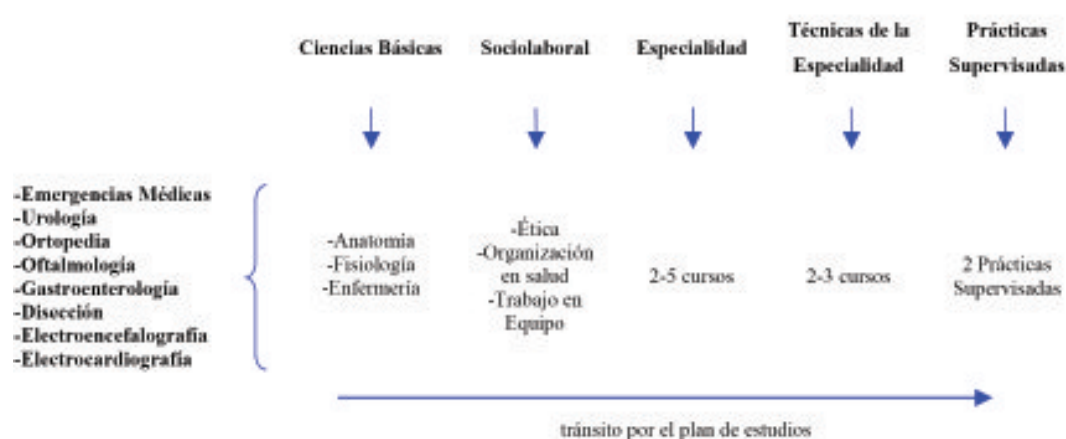
La característica particular de los dos casos analizados es que utilizan en sus etapas iniciales un tronco común que posteriormente se diversifica en especialidades por las que pueden optar los estudiantes según sus intereses personales.

A partir de lo observado en instituciones de educación superior latinoamericanas la comisión de la Escuela asume la tarea de desarrollar un modelo de formación semejante, teniendo como interrogante del proceso: ¿qué especialidades son susceptibles de agruparse en el Diplomado de Tecnologías en Salud y bajo qué tipo de propuesta curricular podrían agruparse?

De ella se deriva el objetivo general de analizar las especialidades con posibilidad de agrupación en el Diplomado de Tecnologías en Salud y la elaboración de su respectiva propuesta curricular de creación. Por lo tanto, su cumplimiento requeriría determinar las modalidades curriculares utilizadas para la agrupación de especialidades pertenecientes al área de las tecnologías en salud, analizar las especialidades que agruparía el Diplomado de Tecnologías en Salud y elaborar la propuesta curricular para su creación.

Como punto de partida para estudiar las especialidades que agruparía el diplomado; se analiza la conformación que poseen actualmente los planes de estudio de algunas especialidades, teniendo como resultado el siguiente diagrama:

Diagrama 1: Conformación de los planes de estudio de las diferentes especialidades - Escuela de Tecnologías en Salud, UCR2008





En el proceso de formulación de esta propuesta que recientemente se inicia, las tareas a realizar son:

- Analizar las experiencias latinoamericanas en este tipo de procesos y sus posibilidades de adaptación a las condiciones nacionales.
- Definir el sistema de cursos que conformaría la etapa inicial de la formación.
- Analizar las variaciones de las competencias de las diferentes especialidades en función de los adelantos científico-técnicos y su incorporación a la prestación de servicios de salud.
- Determinar la existencia de cursos comunes dentro de los perfiles específicos y su articulación.
- Fortalecer las modalidades de enseñanza existentes en la unidad académica, así como la incorporación de nuevas modalidades, virtuales por ejemplo, aplicables a los diferentes cursos.
- Discutir los alcances de la propuesta con los actores involucrados para la construcción de la viabilidad de su gestión.

Experiencias centroamericanas en el marco de la RETS

El presente apartado pretende realizar una breve aproximación a los acontecimientos centroamericanos relacionados con la formación de recursos humanos en el área de las tecnologías en salud. De esta forma, se describen algunas de las experiencias de análisis, integración y cooperación en el contexto regional.

Durante las décadas de 1970 y 1980 el Programa de Recursos Humanos de la OPS/OMS desarrolló variados esfuerzos de cooperación técnica en la formación y capacitación de técnicos en salud. El Programa retoma la estrategia de cooperación en el año 1995 en respuesta a la necesidad de los países en el contexto de las Reformas del Sector Salud. Posteriormente, en julio de 1996, se lleva a cabo una “Reunión sobre formación y utilización de técnicos medios de salud en la región de las Américas” en la que se acuerda el establecimiento de una red interpaís, denominada Red de Formación de Técnicos en Salud (RETS), cuyo propósito era potencializar el conocimiento y la experiencia acumulada y estimular el crecimiento de los diferentes grupos. A su vez, la Red estaría conformada por Núcleos de Desarrollo (NUDES), los que constituirían centros comprometidos en promover y facilitar de forma organizada el proceso de interacción de los elementos de la red.



Además, se establecieron proyectos dinamizadores (planificación de recursos humanos, mercado de trabajo y regulación, difusión de la RETS, entre otras) que respondían a las áreas críticas identificadas¹⁰.

A partir de este momento, los países centroamericanos generan algunos procesos de trabajo en el marco de la Red, realizando así un intercambio importante de información y experiencia a nivel regional. Una evidencia de ello fue el “Taller centroamericano de Técnicos Medios en Salud”, realizado en noviembre de 1997, cuyos objetivos fueron analizar la formación y utilización de los técnicos en salud en el contexto de las reformas en salud y organizar la red a nivel centroamericano. Producto de la discusión de las áreas problema y el reconocimiento de sus principales determinantes, se establecieron tres proyectos por medio de los cuales el grupo se proponía transformar la situación:

- Detección de necesidades de formación y capacitación de técnicos (países involucrados en el proyecto: Belice, República Dominicana, Nicaragua, Costa Rica y Guatemala).
- Modelo curricular y actualización docente (países involucrados en el proyecto: Salvador, Costa Rica y Guatemala)
- Educación permanente (países involucrados en el proyecto: Panamá, Costa Rica y Honduras)¹¹.

Con motivo de determinar el avance de los proyectos dinamizadores (investigación multicéntrica sobre las necesidades de formación, capacitación, y utilización de los recursos humanos técnicos en el contexto de la reforma) se celebra en mayo de 1998 una reunión en Belice¹².

Para ese momento existía una presencia importante de centros de formación regional dentro de la red, entre los que se encontraban: el Instituto Politécnico de la Universidad Autónoma de Nicaragua, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, la Facultad de Estudios Tecnológicos de la Universidad de San Bosco de El Salvador, la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de El Salvador y el Programa de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Boletín No. 1 RETS NUDES Costa Rica. Agosto de 1997.

¹¹ Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Boletín No. 2 RETS NUDES Costa Rica. Febrero de 1998.

¹² Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Boletín No. 3 RETS NUDES Costa Rica. Noviembre de 1998.



Sin embargo, el proyecto de detección de necesidades se convirtió en el Proyecto de Desarrollo de la Gestión de Técnicos en Salud, que no logró prosperar, dadas las limitaciones para obtener financiamiento¹³.

Durante este período la Escuela de Tecnologías en Salud dedicaba sus esfuerzos a la consolidación como unidad académica de la Universidad, así como para el desarrollo de las carreras a nivel de Licenciatura (Terapia Física, Imagenología Terapéutica y Diagnóstica y Salud Ambiental).

Los eventos mencionados anteriormente constituyen aquellas experiencias de integración y cooperación registradas a nivel centroamericano en el marco de la RETS, lo que no significa que los países centroamericanos no hayan realizado labores en el desarrollo y formación de recurso humano, e incluso de integración, al margen de este esquema en el área de las tecnologías en salud durante los últimos años.

A diferencia de lo que ocurre en los países miembros del MERCOSUR, la integración económica centroamericana no ha logrado consolidarse a un nivel en el que se visualice a mediano plazo la libre circulación de trabajadores. Mientras que la problemática de la formación de trabajadores técnicos en los países que integran el MERCOSUR se refiere principalmente, a la regulación de las relaciones de trabajo y a las políticas de educación como elementos centrales para tornar viable la meta de la libre circulación de trabajadores; la región centroamericana probablemente esté más orientado a la discusión de los modelos formativos vigentes y a los desafíos generados por las condiciones predominantes en los sistemas de salud de cada uno de los países.

De esta forma, las condiciones actuales a nivel centroamericano parecen tener mayor concordancia con la necesidad de retomar aquellas iniciativas establecidas en el marco de la RETS, y así desarrollar estrategias cooperativas en la formación de recursos humanos en el área de las tecnologías en salud.

Para ello hace falta una mayor movilización de los actores que integran la RETS y que aquellos proyectos que pretendían fortalecer las acciones para la formación de tecnólogos en salud formulados en períodos anteriores sean repensados y retomados bajo un marco de desarrollo autosustentable, de manera que la responsabilidad de que éstos sean sostenibles y efectivos dependa mayormente de los intereses y visiones compartidas de los países participantes.

Conocer los orígenes, construir criterios de decisión, realizar análisis críticos del contexto y visualizar nuevos horizontes, son sólo algunas de las tareas que se llevan a

¹³ Castillo, A. Malvárez, S. La red de técnicos en salud (Rets): logros y desafíos. Trabalho, Educação e Saúde. v.3, n.1 (2005). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2005.



cabo en los centros de formación de recursos humanos comprometidos con el desarrollo del sector de la salud. En esta dirección, la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, por medio de la reflexión y la discusión de los modelos formativos, espera haber realizado un aporte que contribuya con el fortalecimiento de los procesos de atención en salud de los países latinoamericanos.

Referências Bibliográficas

BEHM, I. (et al.). **Detección de necesidades de formación de recursos humanos de nivel medio en salud: propuesta metodológica.** San José, C.R. 1995.

BEHM, I. Rodríguez, R. **Los tecnólogos en salud en Costa Rica: Detección de necesidades y situación actual.** OPS El desarrollo de técnicos en salud: un desafío para la calidad. Washington, D.C.: PAHO, c1999.

Caja Costarricense de Seguro Social. **Comisión de Tecnologías en Salud. Informe Final.** Febrero 2001.

CAMPOS, F. **Regulación de la Fuerza de Trabajo: Particularidades y Retos en el campo de la salud.** Foro Centroamericano: Desarrollo de Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud. Memoria. San José, 1995.

CANALES, F. Haddad, J. **Manual de planificación de recursos humanos para la salud.** Organización Panamericana de la Salud. Programa de Adiestramiento en Salud de Centro América y Panamá. Publicación PASCAP No. 20, 1986.

CASTILLO, A. **Estudio sobre la situación de la formación de personal técnico en salud: algunos países de la Región.** Washington, D.C : OPS, c1999.

CASTILLO, A. Malvárez, S. **La red de técnicos en salud (Rets): logros y desafíos.** Trabajo, Educação e Saúde. v.3, n.1 (2005). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio, 2005.

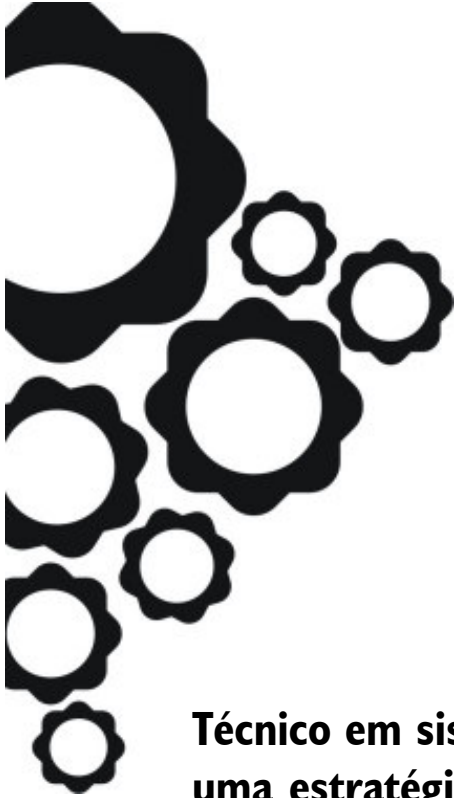
FUENTES, C. Morice, A. **Distribución y composición de la fuerza de trabajo del sector salud en Costa Rica.** Organización Panamericana de la Salud. Programa de Adiestramiento en Salud de Centro América y Panamá. San José, 1991.

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. **Boletín No. 1 RETS NUDES Costa Rica.** Agosto de 1997.

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. **Boletín No. 2 RETS NUDES Costa Rica.** Febrero de 1998.

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. **Boletín No. 3 RETS NUDES Costa Rica.** Noviembre de 1998.

Organización Panamericana de la Salud. **Lineamientos generales para los programas de formación y desarrollo de los técnicos medios.** Informe del Grupo de Trabajo. Washington, D.C. 1984



Técnico em sistemas de informação em saúde: uma estratégia de socialização da epidemiologia

José Reginaldo Feijão Parente

Maria Socorro de Araújo Dias

Ana Ecilda Lima Ellery

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Haroldo Jorge Pontes de Carvalho

Maria Rocineide Ferreira da Silva

João Ananias Vasconcelos Neto

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Carlos Hilton Albuquerque Soares

Francisca Lúcia Nunes de Arruda

Karen Lehrhaupt

Maria Ivanilia Tavares Timbó

Maristela Inês Osawa Chagas

Introdução

O desenvolvimento e a ampliação das práticas relacionadas às Estratégias de Saúde da Família demandam cada vez mais a formação de técnicos para a viabilização dos princípios e diretrizes do Sistema Único da Saúde. No âmbito do SUS, identificamos o funcionamento de dezenas de sistemas de informação em saúde, bastante diversificados (sistemas e aplicativos ambulatoriais, hospitalares, epidemiológicos, financeiros, dentre outros), cuja utilização pelos municípios necessita ser ampliada e fortalecida. Neste sentido, urge o desenvolvimento de um programa de ensino que



viabilize a utilização adequada dos diversos sistemas de informações em saúde existentes no SUS.

Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (1999, p.509),

“(...) esses sistemas se constituem em valiosa fonte de informações para estudos e pesquisas e são imprescindíveis à gestão do SUS, para a administração de serviços assistenciais, para as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária e para o acesso de toda a população às informações de saúde”.

Conhecer os passos de cada uma das etapas de um Sistema de Informações é de fundamental importância para garantir não só a fidedignidade das bases de dados mas, também, a permanência e plena utilização das mesmas. No atual modelo de atenção à saúde, é preciso reverter a situação atual de centralização de dados, de limitação do uso dos mesmos, e a demora com que são analisados e com que retornam para o nível local, viabilizando-se um novo sistema em que os dados passem a ser analisados no próprio município, gerando de forma oportuna subsídios para o planejamento e para as ações em saúde, bem como de ações para a melhoria da qualidade dos dados.

Neste contexto, surge a necessidade de investir na formação de um profissional da informação em saúde, aqui denominado de “Técnico em Sistemas de Informação em Saúde” (TSIS), que possa trabalhar eficazmente com os mais diversos sistemas de informações do SUS. Esta formação ganha consistência a partir do projeto de intercâmbio de conhecimentos, resultado de parceria internacional celebrada entre o Governo do Estado do Ceará, as prefeituras municipais de Fortaleza e Sobral, as escolas de saúde do Estado do Ceará, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com o Consórcio Internacional de Desenvolvimento em Educação (CIDE) e os Cegeps de Sainte Foy e John Abbott. O projeto tem como principal financiador o Governo do Canadá, através da Agencia Canadense de Desenvolvimento Internacional (ACDI), e tem como objeto o planejamento e a gestão dos recursos humanos e a formação de trabalhadores na Abordagem Por Competência (APC).

A importância deste programa de formação de profissionais técnicos na área de sistema de informação para o Ceará e o Brasil fica evidente quando são considerados os possíveis impactos para o sistema de saúde: melhoria da gestão do SUS, socialização da epidemiologia, dentre outros.

Os Estudos Preliminares

Os estudos preliminares realizados a fim de contextualizar a profissão de Técnico em Sistemas de Informação em Saúde nos levaram a considerar a relevância e a



necessidade deste ator social no mundo do trabalho. Sua importância está na dimensão estratégica de seu processo de trabalho, que tem como produtos: dados estatísticos, relatórios descritivos, identificação de tendências e correlações, indicadores de desempenho do setor saúde e dados epidemiológicos. Todos com significativo reflexo na produção em saúde e no desempenho financeiro das instituições de saúde públicas e privadas.

No Brasil, em particular nos municípios de pequeno porte, a presença de um profissional que trabalhe com o processamento da informação é da maior relevância e, no presente momento, este é ainda um profissional escasso no mercado, haja vista que boa parte deste trabalho é realizado pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Estaduais da Saúde (MEDICI, 1991; POSSAS, 1989). Essa situação produz distorções e contradições uma vez que a Constituição Federal atribui igualmente aos diferentes entes federados – União, Estados e Municípios – a tarefa da produção e utilização da informação em Saúde (BRANCO, 1995).

É necessário reconhecer ainda a existência de certa precariedade do ponto de vista formal que envolve o fazer desta categoria profissional, bem como a diversidade de contextos e práticas observadas no mercado de trabalho, manifestando-se de múltiplas maneiras no interior das organizações de trabalho.

No aspecto legal, não há ainda uma legislação trabalhista que reconheça e discipline de maneira abrangente a categoria profissional de Técnico em Sistemas de Informação em Saúde. Observamos apenas iniciativas pontuais que procuram dar respostas ao exercício desta profissão a exemplo do Projeto de Lei do Deputado José Carlos Coutinho, ainda sem número, em tramitação no Congresso Nacional.

Verifica-se ser este campo de atuação profissional ocupado por uma multiplicidade de profissionais com formações e experiências bastante heterogêneas. Em comum, certo improvisado resultado da vontade de responder a uma demanda crescente do mercado de trabalho, que cada vez mais procura por trabalhadores capazes de lidar com a complexidade, o aumento e a rapidez das informações que o mundo do trabalho da saúde demanda (PARENTE e MANÇO, 2007).

O contexto em que nasce a profissão do Técnico em Sistemas de Informação em Saúde no Estado do Ceará é tanto concomitante quanto é produto da evolução das tecnologias relacionadas à informação. Inicialmente, as funções associadas ao fazer deste profissional eram desenvolvidas por agentes administrativos, com tarefas claramente burocráticas e que se aventuravam pelos caminhos da então recente tecnologia da computação. Surgiu primeiro o digitador que trabalhava principalmente na alimentação de planilhas e dos limitados sistemas de contabilidades. Progressivamente, este



agente administrativo, agora digitador, foi incorporando novas atribuições e responsabilidades (PARENTE e MANÇO, 2007), agora com necessidades concretas de uma formação que responda às exigências das novas competências a ele atribuídas.

Hoje, não é mais suficiente alimentar o sistema somente com dados. É preciso organizar, sistematizar e analisar tais informações visando orientar procedimentos administrativo-financeiros, e visando também a investigação sanitária, a construção e o entendimento de cenários epidemiológicos, com isso objetivando-se ainda a tomada de decisão por parte do gestor na esfera local, regional e nacional.

É grande a diversidade de nomenclaturas que tentam dar conta do fazer desta função: digitador, técnico de epidemiologia, técnico-administrativo, operador de sistemas de informação, técnico de sistemas, interlocutor de sistemas, técnico de vigilância em saúde, técnico de notificação (entre outras). Esta situação, em parte, é consequência do não reconhecimento formal pelas instâncias governamentais que regulam o exercício profissional desta “categoria de trabalho” no cenário brasileiro. Percebemos uma tendência, assim como assistimos a uma mobilização nacional, com intuito de reverter esta situação (PARENTE e MANÇO, 2007).

A criação e a oferta futura de um curso técnico para profissionais que atuem ou que virão a atuar no sistema de informação em saúde representam uma conquista não só para os trabalhadores, mas também para o sistema de saúde, que terá potencializado suas ferramentas de controle e de gestão da informação, além da produção de novas tecnologias.

Referencial Teórico

Sistema de Informação

Carvalho e Eduardo (1998, p. 24) definem o Sistema de Informação em Saúde como sendo um Sistema de Informação (SI), que

“pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêem informação de suporte à organização. Um SI em geral processa dados, de maneira informatizada ou não, e os apresenta para os usuários, individuais ou grupos, que são os responsáveis por sua interpretação. A forma como se processa essa interpretação, uma atividade inerentemente humana, é extremamente importante para a compreensão da reação da organização às saídas do sistema”.



Segundo Almeida (1998), a produção das informações em saúde em nosso país se deu, historicamente, de forma centralizada. Tal fato se deve, em grande parte, à tradição autoritária que permeou a vida política do país por muitos anos e, por outro lado, também pela tendência a tratar a informação de forma estratégica – o que tem implicado na prática de centralizar e manter o máximo de reserva em tal processo. Com o movimento municipalista, deflagram-se discussões e ações que permitem a paulatina descentralização no trato da informação, e os municípios têm assumido papel mais ativo e colaborativo na relação com a União e os estados.

A aplicação de sistemas de informação em saúde por meio de instrumentos padronizados de coleta de dados no país teve início no ano de 1975, quando foi implantado o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo este o primeiro sistema a adotar um documento individualizado e padronizado (Declaração de Óbito - DO) para a coleta das informações sobre óbitos. A partir deste marco, se observa paulatino e sistemático crescimento no número de sistemas de informação a ponto de, no momento, se estimar em mais de 40 os sistemas existentes (BRASIL, 2008).

A formação por competência

O enfoque por competência é um método de desenvolvimento de programas de estudos utilizado, sobretudo, na formação profissional e técnica, mas que começa a ser utilizado cada vez mais em todos os níveis de formação. Na formação profissional e técnica, consiste em definir as competências inerentes e necessárias ao exercício de uma profissão, sempre em estreita sintonia com o mercado do trabalho, no nosso caso, com as necessidades do SUS.

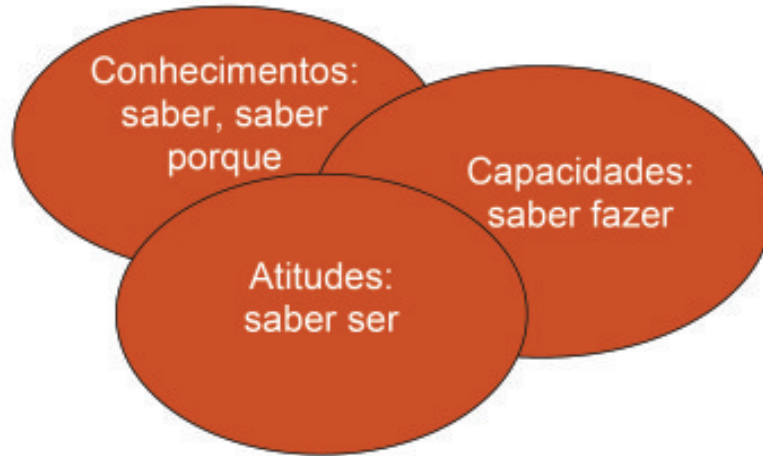
Segundo o Dicionário de Educação Profissional em Saúde (2000), essa noção foi inspirada no modelo japonês de organização da produção, sendo orientadora de novas formas de gestão, controle e organização do trabalho. Nos últimos 20 anos, vem sendo re-elaborada por economistas e sociólogos franceses, sendo divulgada com grande aceitação na Europa, EUA e Canadá.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), compreendemos competência profissional, como a

“capacidade de articular e de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade, em uma dada situação concreta de trabalho e/ou em um determinado contexto cultural”.



Figura 01. Conhecimentos, capacidades e atitudes



Na abordagem por competência, passa-se de uma aprendizagem centrada nas matérias (aprendizagem cuja ênfase é colocada nos saberes e na transmissão de conteúdos) para uma pedagogia baseada nas competências em ação (competências essas que o aluno deverá ser capaz de mobilizar a fim de resolver problemas). O aluno passa a ser o protagonista de sua própria aprendizagem, e o docente é um facilitador do processo. O desafio é como abandonar a lógica da compartimentalização, a lógica do isolamento disciplinar, que é muito forte no mundo inteiro e não apenas no Brasil (LOIOLA, 2007).

No desenvolvimento do programa de estudo do Técnico em Sistema de Informação em Saúde adotou-se como referencial orientador de competência a perspectiva de Perrenoud (2001), que compreende competência enquanto faculdade de mobilizar um conjunto de recursos (cognitivos, afetivos, atitudinais, motores, políticos) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações num dado contexto e, ainda, a orientação apresentada por Le Boterf (2003), que adota um modelo combinatório, no qual mostra como uma competência resulta da mobilização de uma combinação de recursos através de uma ação em uma situação de trabalho.

Objetivo

Desenvolver programa de estudo para formação de profissionais de nível técnico na área de Sistema de Informação em Saúde, tendo como referencial pedagógico a Abordagem por Competência (APC).



Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de desenvolvimento do programa de ensino para o “Técnico de Sistemas de Informação em Saúde” (TSIS). O percurso metodológico de estruturação do programa de ensino em TSIS compreendeu os seguintes passos:

- Realização de Estudo Preliminar, o qual revelou o fazer deste profissional como sendo concomitante e produto da evolução das tecnologias relacionadas à informação e à epidemiologia. Durante a realização dos estudos preliminares da função de trabalho do Técnico em Sistema de Informação em Saúde, realizou-se um levantamento com os profissionais que exercem funções semelhantes no SUS. Este levantamento foi realizado no município de Sobral, com uma amostra de 30 pessoas.
- Realização da oficina de Análise da Situação de Trabalho (AST), que visou a definição das competências e aos objetivos de aprendizagem, a partir da escuta aos gestores e empregadores do SUS, aos profissionais que desenvolvem a função em questão e a seus formadores.
- Oficina de Validação, o momento seguinte, que compreendeu a organização de oficina para validação dos elementos definidos na fase anterior, e no qual gestores, empregadores, técnicos e educadores confirmavam, incluíam ou suprimiam propostas e conteúdos definidos na AST, mediante discussões.
- Visita de Intercâmbio em Quebec. Após as três etapas precedentes, dois profissionais (um com domínio da função e de seu conteúdo, e outro com perfil pedagógico) tiveram a oportunidade de viajar ao Canadá, mais especificamente à Província de Quebec, a fim de conhecer *in loco* a experiência desta província na formação profissional e técnica por competência e, também, de ver o funcionamento de um programa similar implantado em um CEGEP (escola técnica). A visita de intercâmbio teve duração de dois meses.
- Elaboração do Plano de Estudo. O programa de estudo do curso de formação do “Técnico em Sistemas de Informação em Saúde” encontra-se na fase final de construção do Plano de Curso, o qual será encaminhado em breve ao Conselho Estadual de Educação do Ceará, para reconhecimento.

Sintetizando, o desenvolvimento dos trabalhos compreendeu, até o momento, cinco grandes etapas, a saber: Estudo Preliminar, Análise da Situação de Trabalho, Validação, Viagem de Intercâmbio e Elaboração do Plano de Curso do Técnico em Sistema de Informação em Saúde, cujos resultados apresentamos a seguir.



Resultados

Destacamos que os resultados aqui apresentados refletem somente a situação dos profissionais que trabalham com os sistemas de informação na saúde no município de Sobral, no ano de 2007. Estes resultados não são definitivos posto que o projeto ainda encontra-se em andamento. O grande desafio que se seguirá, nas próximas etapas, será ofertar e refletir sobre os impactos, no SUS, do programa de Técnico em Sistema de Informação em Saúde, com as características descritas na presente proposta.

O empregador e seu papel

O principal empregador dos profissionais que trabalham no sistema de informação no município de Sobral (CE) é o agente público. Dos entrevistados, 75% trabalham em instituições públicas e 25 % em organizações privadas.

O empregador, neste estudo, não é um gerente ou um chefe com funções apenas burocráticas. Observamos que se trata de um profissional com ampla experiência e conhecimento técnico do sistema de informação em saúde, como também ocorre com o Técnico em Sistemas de Informação, cuja função vem evoluindo progressivamente, dado o caráter recente desta atividade. Ambos, gestor público/empregador e servidor/empregado/prestador de serviço, compartilham de uma formação, que foi sendo sistematizada a partir das práticas de trabalho e de uma demanda crescente por lidarem com a produção, análise, discussão e distribuição de informações epidemiológicas.

As características dos trabalhadores

O coletivo que se constitui nos trabalhadores que desenvolvem funções assemelhadas ao de Técnico em Sistema de Informação em Saúde, que ora propomos, se caracteriza por sua heterogeneidade, bem como pelo fato dos entrevistados que fizeram parte do presente estudo não possuírem uma formação específica anterior para o exercício da referida profissão. Todos desenvolveram os conhecimentos, competências e habilidades no cotidiano de trabalho, ou seja, aprenderam fazendo.

As tabelas a seguir apresentam alguns dados referentes ao perfil sócio-demográfico do grupo de empregados que participaram do estudo.



Tabela 1. Distribuição dos profissionais que desenvolvem funções assemelhadas ao Técnico em Serviços de Informação em Saúde, conforme o sexo. (Ceará, 2007)

Sexo	Nº	%
Masculino	12	40
Feminino	18	60
Total	30	100

Fonte: Pesquisa com os profissionais participantes do levantamento realizado, que desenvolvem funções assemelhadas ao Técnico em Serviços de Informação em Saúde, Ceará, 2007.

Tabela 2. Distribuição do número de profissionais participantes do levantamento realizado, que desenvolvem funções assemelhadas ao Técnico em Serviços de Informação em Saúde, conforme tempo de serviço. (Ceará, 2007)

Anos	Tempo de experiência na função	Tempo de serviço na organização
0 a 2 anos	33,3%	46,6%
3 a 6 anos	26,6%	20,0%
7 a 10 anos	20,0%	26,6%
Acima 10 anos	19,3%	06,0%
Total	100	100,0%

Fonte: Pesquisa com os profissionais participantes do levantamento realizado, que desenvolvem funções assemelhadas ao Técnico em Serviços de Informação em Saúde, Ceará, 2007.



Tabela 3. Distribuição do número de profissionais participantes do levantamento realizado, que desenvolvem funções assemelhadas ao Técnico em Serviços de Informação em Saúde, conforme a faixa etária. (Ceará, 2007)

Faixa Etária	%
18 a 24 anos	33,3%
25 a 30 anos	13,3%
31 a 40 anos	33,3%
41 a 50 anos	20,0%
Total	100

Fonte: Pesquisa com os profissionais participantes do levantamento realizado, que desenvolvem funções assemelhadas ao Técnico em Serviços de Informação em Saúde, Ceará 2007.

Tabela 4. Distribuição dos profissionais participantes do levantamento realizado, que desenvolvem funções assemelhadas ao Técnico em Serviços de Informação em Saúde, conforme a escolaridade. (Ceará, 2007)

Sexo	Nº	%
Masculino	12	40
Feminino	18	60
Total	30	100

Fonte: Pesquisa com os profissionais participantes do levantamento realizado, que desenvolvem funções assemelhadas ao Técnico em Serviços de Informação em Saúde, 2007.

O contexto legal

De acordo com consulta ao *site*¹ do Ministério do Trabalho e Emprego, não há registros no órgão vinculado a este ministério, responsável pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), acerca desta categoria profissional. Existe, entretanto, Projeto de Lei datado de 2002, ainda em tramitação no Congresso Nacional, com vistas a regulamentação da profissão de Analista de Sistema e de suas correlatas. Por

¹ Cf. <http://www.mtecbo.gov.br>.



sua vez, a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde² possui em seu portfólio o curso Técnico em Registro e Informações em Saúde, com carga horária de 1200 horas, destinadas aos profissionais de nível médio com atuação nos serviços de Prontuário e Estatística.

A descrição da função (responsabilidades e tarefas)

Já referimos, neste relatório, a multiplicidade de elementos que compõem a função do Técnico em Sistemas de Informação em Saúde. Neste espaço procuraremos relacionar as principais responsabilidades e tarefas relatadas pelos indivíduos que participaram deste trabalho de pesquisa.

Dentre as atividades, destaca-se o trabalho de coleta de dados, digitação e envio de relatórios para diferentes setores intra e interorganizacional, bem como para órgãos de controle e avaliação a nível municipal, estadual e federal. Mais especificamente destacamos ainda como responsabilidades e tarefas vinculadas à função do Técnico em Sistemas de Informação:

- alimentar programas de controle e avaliação de informações em saúde.
- acompanhar fluxos financeiros a partir de procedimentos de saúde executados.
- digitar laudos.
- digitar autorização de internação hospitalar (AIH).
- alimentar dados quantitativos de consultas, vacinações, curativos e outros procedimentos médicos.
- encaminhar autorizações para consultas e exames.
- fazer notificações.
- marcar consultas.
- preencher mapas informativos da saúde.
- conferir dados provenientes dos municípios que compõem a microrregião.
- checar inconsistências nos dados.
- atualizar o sistema.
- imprimir relatórios.

² A RET-SUS é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde para facilitar a articulação entre as 37 Escolas Técnicas do SUS e fortalecer a Educação Profissional em Saúde.



- digitar ofícios e memorandos.
- arquivar documentos e dados relacionados ao sistema de informações.

Organização do trabalho

Sobre a organização do trabalho no conjunto das entrevistas destacam-se os seguintes aspectos:

- o principal empregador encontra-se no setor público.
- a carga horária média de trabalho é de 40 horas semanais para o setor público e 44 horas semanais no setor privado.
- o vínculo de trabalho no setor público e privado é predominantemente permanente, ou seja: estatutário e celetista, respectivamente.
- como regra se trabalha dois turnos (manhã e tarde). Porém, observamos casos de profissionais que trabalham por escala, podendo ter plantões noturnos e ainda durante os finais de semana.
- os principais instrumentos de trabalho são o computador, impressora, disquetes, cd, telefone e programas de informática específicos na área de banco de dados, controle e avaliação em saúde.
- a remuneração média varia de um mínimo em torno de R\$ 450,00 até um máximo médio de 1.350,00 para os profissionais de nível médio³

O perfil e o cenário descrito acima do TSIS se refere ao que foi evidenciado pela pesquisa no estudo preliminar. A proposta em implantação no Estado do Ceará, após a análise proporcionada na etapa da validação e particularmente na visita à província do Quebec-Canadá, aponta para a formação de um profissional crítico e reflexivo capaz de operar com competência diferentes sistemas de informações, sendo ele mais do que um técnico que alimenta sistema, antes assumindo a condição estratégica de alguém com perfil de um metodólogo em sistemas de informação em saúde. Para isto, o programa de estudo identificou as seguintes competências a serem desenvolvidas durante o processo de formação:

- Analisar a função de trabalho.
- Adotar os princípios fundamentais do SUS.
- Aplicar a micro informática.

³ Valores líquidos.



- Resolver problemas matemáticos e estatísticos.
- Análise de dados quantitativos.
- Análise de dados qualitativos.
- Organizar e tratar os dados dos sistemas de informação da saúde.
- Comunicar-se no meio do trabalho.
- Adotar um comportamento ético.
- Estabelecer vínculos entre as linguagens de programação e as bases de dados utilizadas no SUS.
- Recolher informações dos sistemas.
- Realizar procedimentos de faturamento.
- Elaborar apresentações de dados técnicos.
- Monitorar e divulgar os resultados dos sistemas de informação em saúde.
- Administrar sua própria formação contínua.

Organização Curricular

O plano do curso adota uma concepção de currículo integrado, utilizando-se da pedagogia da problematização, buscando a articulação dinâmica entre trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, tendo como pano de fundo a realidade e as características sócio-culturais do meio de trabalho.

Desenho Curricular

O curso terá duração de 24 meses, e uma carga horária total de 1.440 horas, divididas em quatro semestres de 360 horas, assim distribuídas: 800 horas de aulas teórico-práticas e 640 horas de estágio supervisionado, que acontecerá ao final de cada unidade curricular.

Matriz Curricular

O plano de curso para o TSIS está organizado em quatro módulos: Módulo I ou Introdutório, comum a todos os profissionais de nível técnico da área da saúde; o Módulo II ou Contextual; Módulo III ou Estrutural; e o Módulo IV ou Integrador. As competências orientam as Unidades Didáticas de cada módulo.



Considerações finais

Trata-se de uma inexorável realidade o fato da sociedade contemporânea demandar cada vez mais profissionais que detenham a competência de trabalhar com informações, o que significa saber identificar fontes de dados, extrair os dados relevantes, descartar dados, organizar e gerar dados que permitam a construção de documentos a fim de orientar a tomada de decisões de técnicos e gestores com o máximo de eficácia. Em todos os segmentos do fazer humano dispor de técnicos com tais competências é algo imprescindível – quanto mais na área da saúde.

Neste sentido, trouxemos algumas questões que orientaram nossas reflexões, pesquisas, análises, discussões, além de trazer também os resultados referentes à construção da proposta para implantação do Curso Técnico em Sistemas de Informação em Saúde. Destacamos também que esse empreendimento só tem sido possível pela importante parceria de cooperação técnica, envolvendo diferentes instituições e atores do Brasil e do Canadá, visando à formação de recursos humanos por competência, de forma a atender às necessidades do SUS e consolidar a reforma sanitária brasileira.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M.F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **IESUS**, vol.7, n.3, Jul/Set, 1998.
- BRANCO, M.A.F. **Sistema de informação em saúde em âmbito local e organização de interesses sociais**: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do RJ, 1995.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei s/n de 24 de abril de 2002 de José Carlos Aleluia**. Disponível em <www.camara.gov.br/sileg/integras/29721.pdf>. Acesso em 09 novembro 08.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Eletrônico**. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/glossario/>>. Acesso em 09 novembro 08.
- CARVALHO, A.O.; EDUARDO, M.B.P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios** (vol. 6). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE (orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2006.
- LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- LOIOLA, F.A. **Origem, evolução e uso da abordagem por competência**: formação apresentada no âmbito do projeto de cooperação com a Província do Quebec. Fortaleza, 2007.



MEDICI, A.C. Descentralização e informação em saúde. **Revista Planejamento e políticas públicas**, n.5. 1991.

PARENTE, J.R.F.; MANÇO, I.M. **Estudo preparatório para análise da situação de trabalho do técnico em sistema de informação** (mimeo). Sobral, 2007.

PERRENOUD, P. **Dez Novas Competências para Ensinar**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

POSSAS, C. A. **Sistemas estaduais de informação em saúde no Brasil: situação atual e perspectivas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1989.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.



Formación y Certificación de los Trabajadores Técnicos. Escuela Técnica de Salud – Cochabamba – Bolivia

**Roxana Cardona
Romeo Saavedra**

Antecedentes

La Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina es una institución desconcentrada del Ministerio de Salud y Deportes con sede en la ciudad de Cochabamba. Depende jerárquicamente del Ministerio de Salud, cuya misión entre otras es la formación de recursos humanos de nivel Técnico Medio y Auxiliar. La Escuela tiene proyección nacional, en este sentido promueve, asesora y acompaña las actividades de Centros de Capacitación ubicados en los diferentes departamentos del país, tanto del sector estatal como privado (Figura 1).



Figura 1: Area de influencia de la Escuela Tecnica de Salud



Formación de Técnicos

El programa de formación de técnicos medios nace como propuesta educativa para el fortalecimiento de los servicios de salud, principalmente, los servicios del sector público de salud. El programa de formación de Técnicos se inicia el año 1982 con las siguientes categorías de formación:

- Técnico en Salud Rural (Programa que ya no se desarrolla)
- Técnico Medio en Enfermería (Programa que ya no se desarrolla)
- Técnico Medio en Saneamiento Ambiental
- Técnico Medio en Laboratorio Clínico y Rayos X
- Técnicos Medio en Estadísticas de Salud (1985)



Niveles de Formación – Carga Horaria

Programa	Nivel de formación	Carga horaria
Saniamiento Ambiental	Técnico Medio	2400
Estadísticas en Salud	Técnico Medio	2400
Rayos X	Técnico Medio	2400
Laboratorio Clínico	Técnico Medio	2400

Curriculum Educativo

Los diseños curriculares de cada uno de los programas se adecuan y ajustan periódicamente al incorporárseles contenidos relacionados con las nuevas políticas y estrategias de salud emanadas del Ministerio de Salud y Deportes, así como también se le incorporan los avances científicos y tecnológicos, los cambios en el perfil epidemiológico del país y las regiones y las necesidades de los servicios y la población.

Elementos que constituyen el curriculum de los Programas de Técnico Medio

Los elementos que constituyen el currículo de los diferentes Programas de formación que desarrolla la Escuela son:

1. Perfil Profesional
2. Cartas descriptivas

Perfil profesional

Se denomina Perfil Profesional a la integración de funciones, actividades y tareas que desempeñará el estudiante que, pasado un período de capacitación educativa, podrá desenvolverse con comportamientos y actitudes aceptables y calificadas en un medio laboral competente a su formación.

Cartas Descriptivas

Una carta descriptiva es la descripción didáctica de los diferentes elementos que constituyen la tarea. Las cartas descriptivas deben elaborarse para cada tarea que constituye el perfil profesional, tomando en cuenta una lógica de organización tanto horizontal como vertical.



Organización de la Enseñanza-Aprendizaje desarrollada en la Escuela Técnica de Salud

El sistema de enseñanza que desarrolla la Escuela se basa en la solución de problemas o en el Sistema de Enseñanza Modular. El módulo es una estructura integrativa multidisciplinaria de actividades de aprendizaje que, en un lapso flexible, permite alcanzar objetivos educativos de conocimientos, destrezas y aptitudes.

Se compone de un conjunto de actividades de capacitación, organizadas en una o varias unidades didácticas, que aportan al alumno la información necesaria para el desempeño de una o varias funciones profesionales. Cada módulo es autosuficiente para el cumplimiento de una o varias funciones profesionales.

Modalidades Educativas

A lo largo de su existencia la Escuela ha desarrollado diferentes modalidades de formación a fin de dar respuesta a los requerimientos de los servicios de salud y a la población. En este sentido, a requerimiento de algunos servicios, principalmente del área rural, una de estas modalidades es la reconversión de personal empírico, con muchos años de trabajo en los servicios, a quienes después de aplicarles una prueba con el fin de conocer su nivel de conocimientos y destrezas, se les programa un curso complementario de dichos conocimientos y destrezas. A la fecha la Escuela y los Centros de Capacitación de su área de influencia han formado a 1.098 recursos humanos de nivel Técnico Medio.

Mesa 1: Tecnicos Medios Egresados de la Escuela Tecnica de Salud y Centro de Capacitación según Programas de Formacion – periodo 1984 a 2008

AÑOS	PROGRAMAS							
	TEC. MED. ENFER.	TEC. MED. LABO. Y RAY. X	TEC. MED. ATEN. MEDIO ETS.	TEC. MED. ATEN. MEDIO C.C.	TEC. MED. S. RURAL	TEC. MED. L. CLINICO	TEC. MED. RAYOS " X"	TEC. MED. ESTADISTICAS
84 a 88	35	32	19		34	44	45	16
88 a 93			53			41	43	62
94 a 98			43			78	40	39
99 a 03	145		19	28		63	36	27
04 a 08			7	68		46	34	1
TOTAL	180	32	141	96	34	272	198	145
TOTAL GRAL.	1.098							

Fuente: ETS Cochabamba.



Mesa 2: Técnicos Medios Egresados de Escuela Técnica de Salud y Centros de Capacitación según lugar de procedencia – periodo 1984 a 2008

PROGRAMAS	PROCEDENCIA											TOTAL
	L. PAZ	ORURO	POTOSÍ	CERBA.	CHUC.	TARJA	BEÑI	PANDO	S. CRUZ	OTROS	S/INF.	
Téc. Medio Enfermería	35	26	24	38	23	16	13	4	1			180
Téc. Medio Lab. y Rayos X	6	5	8	7		1	1	1	3			32
Téc. Medio San. Ambiental												
ETS.	11	10	22	73	2	4	9	2	7		1	141
Téc. Medio San. Ambien. C.C.	2		14	2	8	16	6		42	6		96
Téc. Medio Salud rural	9	1	4	9	2	2		1	6			34
Téc. Medio Lab. Clínico	8	13	17	156	2	3	39	5	24	4	1	272
Téc. Medio Rayos X	18	10	21	117	1	1	11	3	13	1	2	198
Téc. Medio Estadísticas Salud	4	10	19	60	5	8	20	6	11	1	1	145
TOTAL	93	75	129	462	43	51	99	22	107	12	5	1098

Fuente: Registros y Certificaciones E.T.S.. Cochabamba, julio de 2008

Proceso de Selección

El proceso de selección se realiza, en una primera instancia, haciendo una convocatoria escrita que se envía a los diferentes servicios de salud del sector público y de la seguridad social, así como a otras instituciones afines. Dicha convocatoria queda disponible en la Escuela para la población en general.

Posteriormente se toma una prueba escrita, en la que se valoran los conocimientos y el razonamiento mediante pruebas de: razonamiento verbal, conocimiento de matemáticas, conocimiento en el área biológica y de salud, prueba de abstracción, etc. y luego se realiza una entrevista personal con el propósito de identificar la vocación por la profesión, el compromiso con el servicio social y también conocer sus expectativas futuras de trabajo y capacitación.

Requisitos de Admisión

Se consideran los siguientes requisitos básicos de admisión:

- Bachiller en humanidades



- Edad mínima de admisión: 18
- Haber aprobado la prueba de selección (entrevista y evaluación de conocimientos)
- Los demás requisitos se establecen en la convocatoria

Principales características de la Formación de Nivel Técnico Medio que desarrolla la Escuela Técnica de Salud

Técnico Medio en Saneamiento Ambiental

Los egresados del programa de Saneamiento Ambiental podrán satisfacer las necesidades de las comunidades del área rural en aspectos de saneamiento básico para la dotación de pequeños sistemas de agua potable, disposición sanitaria de desechos sólidos y residuales líquidos, mejoramiento de la vivienda empleando material de construcción propio del lugar, control sanitario de insectos y roedores, control en la manipulación de alimentos y bebidas a nivel individual, familiar y lugares de expendio masivo de realimentos y bebidas, para de esta manera lograr que se alcancen estilos de vida saludables. Este recurso humano podrá desempeñarse en ONGs dedicadas a estas áreas, en el Ministerio de Salud y Deportes, así como en los Municipios, Instituciones privadas, Servicios Hospitalarios y la comunidad.

Técnico Medio en Estadísticas en Salud

El sistema de información del Ministerio de Salud desarrolla varios subsistemas de información entre los que se encuentra el Subsistema Nacional de Información en Salud (SNIS), que es la instancia normativa y operativa que permite el registro sistematizado de las actividades realizadas en los diferentes niveles de atención. Este sistema, por su cobertura y características, así como por su enfoque estratégico y programático, requiere un constante flujo de información como vía para disponer en todo momento y a todo nivel de los conocimientos necesarios para dirigir cada una de las actividades que se realizan desde la base hasta el nivel central para la conducción de los servicios de salud.

Todos los establecimientos de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud (sector Público, Seguro Social, Iglesias, Organizaciones Privadas con o sin fines de lucro y Medicina Tradicional) tienen la obligación de proporcionar información en base a las normas emanadas del Ministerio de Salud y Deportes, siendo los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) los responsables de sistematizar esta información



En virtud de estos requerimientos surge la necesidad de formar al Técnico Medio en Estadísticas en Salud, quien al finalizar el curso será capaz de integrarse al equipo de salud y desarrollar actividades de recolección, procesamiento y análisis de la información y el manejo administrativo de su unidad o servicio, con el fin de contribuir en la toma de decisiones en los niveles correspondientes, fortaleciendo el subsistema de información nacional.

Este profesional está preparado para desempeñarse en los servicios de salud del Ministerio de Salud y Deportes, en los niveles II y III de atención, y dentro de sus funciones está la de supervisar el nivel I, asimismo en los servicios de salud privados, ONGs, Seguridad Social, etc.

Técnico Medio Laboratorio Clínico

La formación del Técnico Medio en Laboratorio Clínico se hace necesaria en virtud del incremento de servicios de salud en los diferentes niveles de atención, por lo que es de gran importancia contar con este recurso humano para la extensión de la prestación de servicios y cobertura, principalmente en el área rural como apoyo al diagnóstico y al tratamiento médico.

Concluida su formación, los estudiantes estarán capacitados para aplicar técnicas y procedimientos laborales determinados en el perfil ocupacional y desempeñarse con eficiencia, respondiendo a las necesidades más básicas en el área de diagnóstico laboratorial en los centros de atención médica y hospitalaria

Este profesional está preparado para desempeñarse como Técnico en Laboratorio Clínico, en los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud y Deportes, Seguridad Social y servicios Privados de todo el país, apoyando el fortalecimiento de los servicios en la aplicación de técnicas y procedimientos laborales básicos.

Técnico Medio en Rayos X

Se prioriza la capacitación de este personal para fortalecer los servicios de atención médica de todo el país por las demandas institucionales de las diferentes regiones del país, debido a la apertura de nuevos servicios radiológicos tanto en el sector urbano como rural con una variedad de equipos y nueva tecnología que brindan un apoyo importante al diagnóstico de las enfermedades, requerimientos que están enmarcados en las políticas y estrategias de las políticas de salud del país.

El Técnico Medio en Rayos X es un profesional capacitado para realizar actividades de proyecciones radiológicas, procesamiento de películas radiológicas,



estudios contrastados y técnicas especiales de diagnóstico por imagen, aplicando técnicas y procedimientos actualizados utilizando diferentes equipos y materiales. El desempeño profesional lo supervisa directamente un profesional médico especializado que cumple funciones en el mismo Hospital de segundo (II) y tercer (III) nivel de atención en salud.

Descripción del Proceso Educativo

La metodología que se empleará durante el proceso educativo de los programas de técnicos se define de acuerdo a las características particulares de cada módulo y la conduce un docente especialista que cuenta con experiencia de trabajo en el área correspondiente y en el sistema de enseñanza modular.

Actividades en Aula

Estas se destacan por el trabajo dinámico de los estudiantes donde se aplican actividades de enseñanza-aprendizaje como:

- Dinámica de grupos. De acuerdo al tema se aplican técnicas de educación popular para la etapa de motivación, reflexión y acción.
- Relato de experiencias.
- Revisión bibliográfica para cada unidad y/o tema con una guía de lectura.
- Trabajo en grupo para investigación bibliográfica y observación directa en servicio, empresa, comunidad y otros, según la tarea se hace con una guía de observación.
- Exposición en grupos de los temas investigados.
- Control de lectura.
- Sociodrama como técnica para motivar y/o para fijar los conocimientos de acuerdo a la tarea.
- Sistematización por el docente de la tarea y/o tema.

Actividades de Enseñanza en Taller

- Demostración de procedimientos por docente en laboratorio de enseñanza
- Devolución de la demostración por estudiantes en forma individual y en grupos.



- Prácticas simuladas por estudiantes en forma individual y en grupos.
- Visitas a centros, instituciones, lugares de expendios de bebidas y alimentos con guía de observación.
- Visitas a centros comerciales (mercados) con guía de observación.
- Sistematización por docente de las actividades realizadas fuera de la institución.
- Elaboración de maquetas.

Práctica Laboral

Esta etapa es fundamental durante el proceso de Enseñanza-Aprendizaje, puesto que se enfrenta a los estudiantes a situaciones reales de su futuro desempeño laboral, con el objetivo principal de integrar los conocimientos y habilidades adquiridos durante el desarrollo de cada una de las tareas y módulos que conforman el diseño curricular. Las prácticas reales se organizan de la siguiente manera:

Prácticas de Módulo: Los estudiantes realizan una práctica real de acuerdo al avance de los módulos en lugares específicos según el área de formación.

Práctica de Campo: Organizada para realizarse en 2 oportunidades, la 1ra. Práctica de Campo en la conclusión de los primeros módulos con una duración de 2 meses y la 2da. Práctica de Campo al final del desarrollo de todos los módulos con una duración de 3 meses, ambas sujetas a una programación específica. La segunda práctica de campo tiene el objetivo de que el estudiante integre los conocimientos y habilidades adquiridos durante su proceso de formación. Esta práctica se inicia con el estudio de una comunidad; en base al diagnóstico efectuado el estudiante realiza un plan de acción priorizando los problemas básicos de esa comunidad, debiendo también brindar información, educación, comunicación y capacitación a la población, elaborando el material educativo necesario y adecuado a la población objetivo y el tema a desarrollar. La organización de actividades de campo se realiza con instrumentos que facilitan la conducción de las actividades y su evaluación, que son los siguientes:

- Guía de evaluación.
- Record de prácticas.
- Cronograma de actividades.
- Instrumento de recolección de datos.



Certificación

Una vez concluido el programa, tanto en los aspectos teóricos como prácticos, la Escuela otorga a los/as estudiantes un certificado de egreso, que es refrendado por el Ministerio de Salud y Deportes mediante la firma de una autoridad designada por el Ministro de Salud. Con este certificado los egresados/as de los diferentes programas de Técnicos que desarrolla la Escuela pueden tramitar su título en Provisión Nacional (Otorgado por el Ministerio de Educación y Culturas), que los habilita para ejercer su profesión en todo el territorio nacional.

Desafíos en la Formación de Técnicos Medios

Consideramos que las instituciones formadoras de recursos humanos debieran estar enmarcadas por los cambios que se reflejan en las políticas de salud y educación, por las permanentes transformaciones del mundo del trabajo y por la evolución del conocimiento en el campo técnico y pedagógico, todo esto orientado a obtener profesionales de la salud capaces de insertarse en la dinámica de cambios en el quehacer laboral.

Tenemos la imperiosa necesidad de contar con técnicos formados en base a las competencias que demanda el actual sistema de salud en nuestro país, el rol del equipo técnico en la calidad de la atención y los nuevos desafíos que enfrentan los técnicos para dar respuesta adecuada a las necesidades que requiere la prestación de servicios en el área de la salud, es por eso que nuestra institución pretende hacer frente a los siguientes desafíos:

- Realizar cursos de postgrado para egresados de la institución del área técnica en procedimientos y/o especialidades específicas vinculadas con el área de trabajo que desarrollan.
- Ofrecer cursos de educación continua para los egresados en cada uno de los programas de formación de nivel Técnico.
- En los próximos 5 años se pretende cualificar y certificar a todo el personal empírico que aún está trabajando en los servicios de salud, ya sea estatal, de la seguridad social y/o centros privados.
- Hacer un acompañamiento del desempeño de los egresados para retroalimentar el proceso de formación, tanto a nivel local como nacional, bajo la organización de un sistema integrado con las instituciones empleadoras del ministerio y de la seguridad social, entre otras.



- Revisión y análisis para la actualización de los diseños curriculares en cada programa.
- Profundizar los instrumentos de evaluación que desarrolla la institución dentro el proceso de Enseñanza Aprendizaje.

Percepción de los Egresados

Actualmente los egresados que prestan servicios tienen la percepción de que su formación profesional les permite desenvolverse sin ningún inconveniente y/o restricción, advierten confianza de los responsables de los servicios en la realización de los procedimientos y fácilmente forman parte del equipo de trabajo multidisciplinario, con el personal médico y paramédico y manifiestan la importancia de brindar una atención humanizada y de calidad en su desempeño técnico.

Percepción de las Instituciones

Las instituciones, por medio de sus autoridades, y fundamentalmente los responsables de los servicios de las diferentes áreas de trabajo, sean éstos Técnicos en Rayos X, Laboratorio Clínico, Estadística y Saneamiento Ambiental, avalan el buen nivel de formación de los técnicos derivándoles muchas de sus responsabilidades, asimismo manifiestan que los técnicos constituyen el pilar fundamental del área de trabajo en la que se desenvuelven.

Referencias Bibliográficas

Ministerio de Previsión Social y salud Pública. Resolución Ministerial 0478,1998.Bolivia

Escuela Técnica de Salud. Memoria de actividades- Gestión, 2007

Escuela Técnica de Salud: Manual de Organización y funciones de la Escuela Técnica de Salud, Cochabamba 1998 Escuela Técnica de Salud, la formación de recursos humanos en salud de nivel técnico y auxiliar,2005

Escuela Técnica de salud: Diseño Curricular programa de Técnicos medios en rayos x .

Escuela Técnica de salud. Reglamento de Evaluación académica, Cochabamba 1998

Panza, Margarita. Fascículo de Enseñanza Modular, s.f. (mimeografiado)

Escuela Técnica de Salud, Revista Bodas de Plata , 2007



ANEXOS



ANEXO I

Programação do Seminário

“Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul”

24 de novembro de 2008

9h30 – Mesa de abertura

10h – Conferência

“O processo de integração regional e a livre circulação de trabalhadores no âmbito do Mercosul”

Sônia de Camargo – professora pesquisadora do Instituto de Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica - PUC/RJ

11h – Apresentação da Pesquisa

“A Educação profissional em saúde no Brasil e em países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde”

Marcela Alejandra Pronko – Coordenadora da pesquisa “A Educação profissional em saúde no Brasil e em países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde”

12h – Almoço

13h30h – Painel

A formação dos trabalhadores técnicos: as políticas de saúde e a livre circulação dos trabalhadores como desafios para a integração no Mercosul

Sebastián Tobar – representante da Argentina no subgrupo de trabalho nº 11 – Saúde do Mercosul e diretor de relações sanitárias da Secretaria de Políticas, regulação e fiscalização do Ministério da Saúde e Ambiente.

Maria Helena Machado – representante da coordenação do Brasil no subgrupo de trabalho nº 11 – Saúde do Mercosul.

César Cabral e Raul Fernando Gulino Canese – representantes do Paraguai no subgrupo de trabalho nº 11 – Saúde do Mercosul.

Gilberto Rios Ferreira – representante do Uruguai no subgrupo de trabalho nº 11 – Saúde do Mercosul, e Subdiretor geral de saúde do Ministério de Saúde Pública.

16h30 – Debates

17h – Coquetel de Boas-Vindas



25 de novembro de 2008

9h – Painel

Os desafios e as perspectivas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde: a situação dos países do Mercosul

Isabel Duré – Direção de Capital Humano do Ministério da Saúde e Ambiente da Argentina;

Elba Oliveira Choque e Maria Isabel Fernandez Canqui – representantes do Ministério da Saúde da Bolívia;

Maria Auxiliadora Córdova Cristóforo – Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde do Brasil;

Norma Valenzuela – Diretor da Direção de Institutos Técnicos Superiores do Ministério de Educação e Cultura do Paraguai;

Juan Mila – Diretor da Escola Universitária de Tecnologias Médicas da Universidade da república do Uruguai;

12h30 – Debates

13h – Almoço

14h – Apresentação das comunicações orais

Eixo 1. Formação e certificação dos trabalhadores técnicos

“El currículum como dispositivo de regulación de la formación y certificación técnica”

Jorge Rosenbaum – Ministério da Educação da Argentina.

“Trabalhadores técnicos em saúde: caracterização da formação profissional e do mercado de trabalho em 2005”

Mônica Vieira – EPSJV (Brasil)

Eixo 2. Regulação Profissional dos Trabalhadores Técnicos

“Los técnicos de la salud em Argentina o la silueta de lo invisible”

Carlos Gerardo Einisman – Associação Argentina de Técnicos em Medicina Nuclear (AATMN)

Profissionalização da biossegurança: contribuições para a educação profissional em saúde”

Marco Antônio Ferreira da Costa – EPSJV (Brasil)

“A Inadequação da formação e da regulação profissional dos técnicos em histologia”

Leandro Medrado – EPSJV (Brasil)



Eixo 3. Modelos Formativos

“Discutindo o currículo como fio condutor da formação técnica na área de saúde”

Ondina Maria Chagas Canuto – Escola de Saúde Pública do Ceará (Brasil)

“Técnicos en salud: formación em Costa Rica y perspectivas centroamericanas”

César Alfaro Redondo e Xinia Alvarado Zeledón – Escuela de Tecnologías en Salud de Costa Rica.

“Técnicos em Sistemas de Informação em Saúde: uma estratégia de socialização da epidemiologia”

José Reginaldo Feijão Parente – Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral (Brasil)

“La formación de los técnicos en salud en la Escuela Técnica de Salud Boliviano-Japonesa de Cooperación Andina”

Roxana Cardona – Escuela Técnica de Salud Boliviano-Japonesa de Cooperación Andina

17h30 – Encerramento

26 de novembro de 2008

9h – Apresentação dos resultados preliminares da etapa nacional da pesquisa
Equipe da pesquisa

12h – Almoço

13h30 – Plenária para debate e aprovação do Documento de Manguinhos sobre a formação de técnicos em saúde no Mercosul.

17h – Encerramento



Anexo 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 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, ele se propõe a contribuir para o balizamento de uma problemática em construção: a da formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

Os participantes do Seminário Internacional sobre Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul, reunidos em Manguinhos, Rio de Janeiro, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/FIOCRUZ, durante os dias 24 a 26 de novembro de 2008, tendo debatido ao longo desses dias sobre as características, obstáculos e possibilidades da Educação Técnica em Saúde nos países membros do bloco e no processo de integração regional em curso, fazem públicas as seguintes considerações:

A. A integração regional: diagnóstico e pressupostos gerais

1. O MERCOSUL, instituído há 18 anos, tem até hoje como objetivo principal a constituição de um mercado comum entre os países que o compõem. Amparado na lógica neoliberal dos governos desses países na década de 90, sua atuação se concentrou em viabilizar a livre circulação de bens, serviços e fatores de produção. Entretanto, as mudanças políticas na região 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”. Ao mesmo tempo, o caráter inter-governamental que tem assumido o processo de negociação, a partir do desenho institucional do Mercosul, deixa para um segundo plano e para instâncias deliberativas de funcionamento a participação direta e engajada das organizações sociais na definição dos rumos do processo de integração. Por isso, consideramos que a ên-

fase da integração deve deslocar-se progressivamente dos acordos econômicos e comerciais para uma verdadeira integração social, através de um desenho institucional mais aberto e abrangente, 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.

2. Os países que hoje compõem o bloco, seja como membros plenos ou como estados associados, apresentam visíveis assimetrias estruturais e profundas desigualdades políticas, sociais e culturais, produto de processos históricos diferenciados e de particularidades socialmente construídas. Embora pareça existir um consenso de que a superação dessas assimetrias resulta necessária para a efetiva integração entre os países, consideramos que esse processo deve basear-se, não na homogeneização “por cima” e “para baixo” das políticas, mas na compreensão e no respeito das particularidades nacionais, tendo



como objetivo a promoção da igualdade, a superação da injustiça social e a defesa dos interesses populares do conjunto das populações envolvidas.

3. Apesar dos declarados esforços em contrário, verifica-se ainda hoje um profundo desconhecimento mútuo entre os países membros do bloco, sobretudo naqueles aspectos que resultam essenciais para a implementação de uma efetiva integração, que tenha como eixo seu caráter eminentemente social. Entendemos que o conhecimento mútuo constitui um pressuposto fundamental de qualquer processo de integração efetiva e consideramos, portanto, que devem ampliar-se e aprimorar-se os mecanismos necessários para a promoção da produção, sistematização, circulação e apropriação crítica de conhecimentos de base nacional e regional que subsidiem a participação popular e a tomada de decisões no processo de negociação.

4. Enquanto meta do processo de integração, entendemos que a livre circulação de trabalhadores e de pessoas constitui um horizonte de longo prazo, que deveria estar baseado nos princípios de universalização e construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes dos 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, muitas vezes, seus quadros qualificados, as condições para sua efetivação precisam ser construídas desde agora, na perspectiva de alcançar uma cidadania regional plena que proteja os direitos fundamentais de todos os “mercosulinos” e caminhe para a efetivação de um conjunto de di-

reitos máximos comuns. Consideramos que é essa perspectiva que 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.

B. Os trabalhadores técnicos em saúde no processo de integração

5. A problemática da formação de trabalhadores técnicos em saúde, considerada no âmbito dos processos de integração regional, condensa elementos-chaves tanto no que diz respeito à regulação das relações de trabalho quanto no que se refere às políticas de educação, e se relaciona, diretamente, com os princípios e características das políticas nacionais e regionais de saúde. Dessa maneira, constitui um aspecto central para a viabilização da meta de livre circulação de trabalhadores e pessoas. Nesse contexto, as políticas públicas dos países membros do MERCOSUL para a formação de trabalhadores da saúde, começam a se confrontar com as demandas e os entraves do próprio processo de integração supra-nacional.

6. Os diferentes ritmos de avanço e as diferentes ênfases das negociações rumo à definição de diretrizes políticas comuns em cada uma dessas áreas colocam exigências e desafios novos para se pensar estratégias regionais sobre o tema. De um lado, constatamos que tanto os princípios que orientam a organização dos sistemas nacionais de saúde e de educação dos diversos países que participam do processo de integração como as políticas públicas que lhes dão sustento, são diversas e, por vezes, até divergentes. De outro lado, e de uma maneira geral, a desarticulação interna de cada país entre as áreas de educa-



ção, trabalho e saúde se reflete na organização e funcionamento, também desarticulado, dos órgãos setoriais do MERCOSUL.

7. Embora os trabalhadores técnicos em saúde representem a porção mais significativa do pessoal envolvido nos serviços de saúde, não há uma definição unívoca na região do significado das expressões “trabalhadores técnicos em saúde” e “profissionais técnicos em saúde”, dado que o caráter de “técnico” e de “profissional”, embora contenha certa especificidade, está ligado tanto ao desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Nesse sentido, constata-se, entre os países membros do Mercosul, enorme diversidade no que diz respeito à formação, certificação, regulação e regulamentação do exercício profissional desses trabalhadores. Da mesma forma, percebe-se um desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde estão esses trabalhadores, afirmando a invisibilidade da categoria. Tal desconhecimento reflete-se na ausência deste tema na pauta de discussões do Mercosul Saúde.

8. Em diferentes graus, a formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos países do MERCOSUL encontra-se ainda determinada por imperativos de mercado (seja na oferta institucional de formação, ou seja na definição curricular das especializações) que contribuem para aprofundar, de forma específica em cada caso, o quadro das desigualdades sociais internas, em cada um dos países e no bloco regional como um todo. No que diz respeito à qualidade da formação oferecida a esses trabalhadores, constata-se um alto grau de instrumentalidade e fragmentação, chegando, em alguns casos, à hiper-es-

pecialização, características essas que comprometem uma apropriação integral não só das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, apresentadas de forma descolada de seus fundamentos científicos e sociais, como também, e principalmente, o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção nos sistemas públicos de saúde, e os determinantes sociais da sua atuação profissional, pré-condição para a própria construção dos sistemas públicos universais de saúde que nossos países almejam.

C. Encaminhamentos

A partir das considerações precedentes, destacam a necessidade de:

a) Fomentar e desenvolver estudos de abrangência regional, de caráter comparado e preferencialmente inter-institucional que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características quantitativas e qualitativas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, sua certificação, a regulação e regulamentação do seu exercício profissional, 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. Isso supõe desenvolver e aprimorar bases de dados abrangentes e confiáveis que possam subsidiar a elaboração dos estudos propostos.

b) 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) Articular os âmbitos de negociação regional que tratam das questões relativas à formação e certificação de trabalhadores técnicos (educação), à regulação e regulamentação do exercício profissional (saúde) e às condições de trabalho (trabalho), no sentido de não duplicar esforços, manter a direção unitária do processo e recuperar a possibilidade de tratamento integral da problemática em foco.

d) Defender o 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.

e) Encaminhar ao Sub-Grupo de Trabalho nº 11 – Saúde do MERCOSUL o relatório contendo as discussões e conclusões do Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no MERCOSUL, e solicitar a inclusão do tema na sua pauta negociadora.

f) Realizar um segundo Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no MERCOSUL, com participação ampliada e efetiva dos representantes governamentais e das organizações sociais direta e indiretamente ligadas à problemática em foco, que permita aprofundar os debates necessários à elaboração de políticas regionais específicas.



Anexo III

Documento de Manguinhos sobre la formación de trabajadores técnicos de la salud en el MERCOSUR

El presente documento constituye un registro de las principales cuestiones abordadas durante el Seminario Internacional sobre Formación de Trabajadores Técnicos de la Salud en Brasil y 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 a contribuir con el delineamiento de una problemática en construcción: la de la formación de los trabajadores técnicos de la salud.

Los participantes del Seminario Internacional sobre Formación de Trabajadores Técnicos de la Salud en Brasil y en el MERCOSUR, reunidos en Manguinhos, Río de Janeiro, en la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio – EPSJV/FIOCRUZ, durante los días 24 a 26 de noviembre de 2008, habiendo debatido a lo largo de esos días sobre las características, obstáculos y posibilidades de la Educación Técnica en 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: diagnóstico y presupuestos generales

1. El MERCOSUR, instituido hace 18 años, tiene hasta hoy como objetivo principal la constitución de un mercado común entre los países que lo componen. Amparado en la lógica neoliberal de los gobiernos de esos países en la década de '90, su actuación se concentró en posibilitar la libre circulación de bienes, servicios y factores de producción. Sin embargo, los cambios políticos en la región durante los últimos años, así como la creciente presión de diversas y variadas

organizaciones sociales, apuntan la necesidad de prestar una atención prioritaria sobre los “efectos sociales de la integración”. Al mismo tiempo, el carácter intergubernamental que viene asumiendo el proceso de negociación, a partir del diseño institucional del MERCOSUR, deja en segundo plano y para instancias deliberativas de funcionamiento la participación directa y comprometida de las organizaciones sociales en la definición de los rumbos del proceso de integración. Por eso, consideramos que el énfasis de la integración debe transferirse progresivamente de los acuerdos económicos y comerciales hacia una verdadera integración social, a través de un diseño institucional más abierto y abarcador, que propicie una mejora 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.

2. Los países que hoy componen el bloque, tanto como miembros plenos o como estados asociados, presentan visibles asimetrías estructurales y profundas desigualdades políticas y sociales, producto de procesos históricos diferenciados y de particularidades socialmente construidas. Aunque parezca exis-



tir un consenso de que la superación de esas asimetrías resulta necesaria para la efectiva integración entre los países, consideramos que ese proceso debe basarse, no en la homogeneización “por arriba” y “para abajo” de las políticas, sino en la comprensión y en el respeto de las particularidades nacionales, teniendo como objetivo la promoción de la igualdad, la superación de la injusticia social y la defensa de los intereses populares del conjunto de las poblaciones involucradas.

3. A pesar de los esfuerzos declarados en contrario, se verifica aún hoy un profundo desconocimiento mutuo entre los países miembros del bloque, sobre todo en aquellos aspectos que resultan esenciales para la implementación de una efectiva integración, que tenga como eje su carácter eminentemente social. Entendemos que el conocimiento mutuo constituye un presupuesto fundamental de cualquier proceso de integración efectiva y consideramos, por lo tanto, que deben ampliarse y perfeccionarse los mecanismos necesarios para la promoción de la producción, sistematización, circulación y apropiación crítica de conocimientos de base nacional y regional que permitan la participación popular y la toma de decisiones en el proceso de integración.

4. Como meta del proceso de integración, entendemos que la libre circulación de trabajadores y de personas constituye un horizonte de largo plazo, que debería basarse en los principios de universalización y construcción de una base regional común de derechos y garantías para todos los habitantes de nuestros países. Sin embargo, para evitar los efectos doblemente perversos de las migraciones, tanto para aquellos que buscan “mejores oportunidades de vida”, como

para los países que pierden, muchas veces, sus cuadros calificados, las condiciones para su realización precisan ser construidas desde ahora, en la perspectiva de alcanzar una ciudadanía regional plena que proteja los derechos fundamentales de todos los mercosureños y camine en el sentido de garantizar un conjunto de derechos máximos comunes. Consideramos que esa perspectiva debería pautar la definición de políticas sectoriales específicas en el ámbito del proceso de integración, entre ellas, las relativas a la formación de trabajadores técnicos de la salud para la región.

B. Los trabajadores técnicos de la salud en el proceso de integración

5. La problemática de la formación de trabajadores técnicos de la salud, considerada en el ámbito de los procesos de integración regional, condensa elementos clave tanto en lo que respecta a la regulación de las relaciones de trabajo como en lo que se refiere a las políticas de educación y se relaciona, directamente, con los principios y características de las políticas nacionales y regionales de salud. Así, constituye un aspecto central para la realización de la meta de libre circulación de trabajadores y personas. En ese contexto, las políticas públicas de los países miembros del MERCOSUR para la formación de trabajadores de la salud, comienzan a confrontarse con las demandas y los problemas del propio proceso de integración supra-nacional.

6. Los diferentes ritmos de avance rumbo a la definición de directrices políticas comunes en cada una de esas áreas plantean exigencias y desafíos nuevos para pensar estrategias regionales sobre el tema. Por un lado, cons-



tatamos que tanto los principios que orientan la organización de los sistemas nacionales de salud y de educación de los diversos países que participan del proceso de integración como las políticas públicas que les dan sustentación, son diversas y, en algunos casos, hasta divergentes. Por otro lado, y de una manera general, la desarticulación interna de cada país entre las áreas de educación, trabajo y salud se refleja en la organización y funcionamiento, también desarticulado, de los órganos sectoriales del MERCOSUR.

7. Aunque los trabajadores técnicos de la salud representen la porción más significativa del personal involucrado en los servicios de salud, no existe una definición unívoca en la región del significado de las expresiones “trabajadores técnicos de la salud” y “profesionales técnicos de la salud”, dado que el carácter de “técnico” y de “profesional”, aunque contenga cierta especificidad, está relacionado tanto al desarrollo histórico de los sistemas educativos nacionales como al carácter particular que asume, en cada caso, el trabajo en salud. En ese sentido, se constata, entre los países miembros del MERCOSUR, una enorme diversidad en lo que respecta a la formación, certificación, regulación y reglamentación del ejercicio profesional de esos trabajadores. De la misma forma, se percibe un desconocimiento sobre quiénes son, qué hacen y dónde están esos trabajadores, afirmando la invisibilidad de la categoría. Tal desconocimiento se refleja en la ausencia de este tema en la agenda de discusión del MERCOSUR Salud.

8. En diferentes grados, la formación de los trabajadores técnicos de la salud en los países del MERCOSUR aún se encuentra determinada por imperativos de mercado (sea en

la oferta institucional de formación o en la definición curricular de las especializaciones) que contribuyen a profundizar, de forma específica en cada caso, el cuadro de las desigualdades sociales internas, en cada uno de los países y en el bloque regional como un todo. En lo que respecta a la calidad de la formación ofrecida a esos trabajadores, se constata un alto grado de instrumentalidad y fragmentación llegando, en algunos casos, a la hiperespecialización, características éstas que comprometen una apropiación integral no sólo de las técnicas necesarias al trabajo en salud, presentadas de forma desvinculada de sus fundamentos científicos y sociales, como también, y principalmente, el desarrollo de una mirada crítica y reflexiva sobre su hacer social, su inserción en los sistemas públicos de salud y los determinantes sociales de su actuación profesional, precondition para la construcción de los sistemas públicos universales de salud que nuestros países desean.

C. Encaminamientos

A partir de las consideraciones precedentes, destacan la necesidad de:

a) Fomentar y desarrollar estudios de alcance regional, de carácter comparado y preferentemente interinstitucional que permitan profundizar el conocimiento sobre las características cuantitativas y cualitativas de la formación de los trabajadores técnicos en salud, su certificación, la regulación y reglamentación de su ejercicio profesional, 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. Eso supone desarrollar y mejorar bases de datos abarcadoras y confiables que puedan contribuir a elaborar los estudios propuestos.



b) Propiciar espacios de debate que contribuyan para la toma de decisiones, a nivel regional, en lo referido a la circulación de esos trabajadores, incluyendo tanto a los responsables gubernamentales por la formación, certificación, regulación y reglamentación de los trabajadores técnicos de la salud, como a sus propias organizaciones de representación, en una perspectiva de construcción regional integrada con foco en la mejora de las condiciones de vida de los mercosureños y garantía de permanencia y extensión de derechos.

c) Articular los ámbitos de negociación regional que tratan de las cuestiones relativas a la formación y certificación de trabajadores técnicos (educación), a la regulación y reglamentación del ejercicio profesional (salud) y a las condiciones de trabajo (trabajo), en el sentido de no duplicar esfuerzos, mantener la dirección unitaria del proceso y recuperar la posibilidad de tratamiento integral de la problemática en foco.

d) Defender el carácter integrado e integral de cualquier proyecto público que tienda a articular orgánicamente la formación de trabajadores técnicos de la salud en el ámbito 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 sistemas públicos de salud de la región. Eso implica la consideración de los determinantes sociales de la salud y del modelo de atención primaria de la salud como ejes centrales de la organización de la formación de esos trabajadores.

e) Encaminar al Sub-Grupo de Trabajo n° 11 – Salud del MERCOSUR el informe conteniendo las discusiones y conclusiones del Seminario Internacional sobre Formación de Trabajadores Técnicos de la Salud en el MERCOSUR y solicitar la inclusión del tema en su pauta negociadora.

f) Realizar un segundo Seminario Internacional sobre la Formación de los Trabajadores Técnicos de la Salud en el MERCOSUR, con participación ampliada y efectiva de los representantes gubernamentales y de las organizaciones sociales directa e indirectamente ligadas a la problemática enfocada, que permita profundizar los debates necesarios para la elaboración de políticas regionales específicas.

