

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro:

José Gomes Temporão

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Secretário:

Francisco Eduardo de Campos

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Diretora:

Ana Estela Haddad

Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

Diretora:

Maria Helena Machado

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Coordenadora:

Patrícia Santos

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente:

Paulo Marchiori Buss

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Diretor:

Antonio Ivo de Carvalho

Estação de Trabalho da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Coordenadora:

Maria Helena Machado

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - UERJ

Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da UERJ

Coordenadora:

Célia Regina Pierantoni

Ministério da Saúde

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

Organizadores

Célia Regina Pierantoni
Maria Helena Machado
Francisco Eduardo Campos
José Roberto Ferreira
Mónica C. Abramzón

EDITORA EUROPA

2008

© 2008 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Tiragem: 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Coordenação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 716

Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900

Tels.: (61) 3315.2798 - 3226.4222

E-mail: sgtes@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/sgtes

Organizadores:

Célia Regina Pierantoni, Maria Helena Machado, Francisco Eduardo Campos,
José Roberto Ferreira e Mónica C. Abramzón

Coordenação Editorial:

Walter Duarte

Projeto e artefinalização da capa:

Jaguar

Editoração eletrônica:

Wellington Lopes

Revisão:

Autores e Organizadores

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catalogação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz

Biblioteca de Saúde Pública

T758a Trabalho e educação em saúde no Mercosul / Célia Regina Pierantoni
(Org.)... [et al.]. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro :
Europa, c2008.
228p.: il.
ISBN: 978-85-7091-053-0

1. Recursos humanos em saúde – Organização & Administração. 2.
Pessoal da Saúde – Educação. 3. Assistência à Saúde – Recursos Humanos.
4. Cooperação Internacional. 5. Áreas de Fronteira. 6. América do Sul. I.
Machado, Maria Helena (Org.). II. Campos, Francisco Eduardo (Org.). III.
Ferreira, José Roberto (Org.). IV. Abramzón, Mônica C. (Org.). V. Título.

CDD. 362.1068

Organizadores e Autores

Ana Luiza Stiebler Vieira

Enfermeira, doutora em enfermagem, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da ENSP e pesquisadora da Estação de Trabalho ENSP/FIOCRUZ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPS/OMS/MS. stiebler@ensp.fiocruz.br

Antenor Amâncio Filho

Advogado, doutor em educação, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da ENSP/FIOCRUZ e da Estação de Trabalho ENSP/FIOCRUZ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPS/OMS/MS. amancio@ensp.fiocruz.br

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Socióloga, mestre em ciências sociais, doutoranda em saúde coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ. ana.garcia@ims.uerj.br

Célia Regina Pierantoni

Médica, doutora em saúde coletiva, professora do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, coordenadora da Estação de Trabalho - IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPS/OMS/MS. Diretora do Centro Colaborador da OPS\ OMS para Planejamento e Informação de Recursos Humanos para a Saúde. pieranto@infolink.com.br

Eliane dos Santos Oliveira

Nutricionista, mestre em saúde pública, pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ e da Estação de Trabalho da ENSP/FIOCRUZ da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS. Consultora técnica do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde. oliveira@ensp.fiocruz.br

Francisco Eduardo Campos

Médico, doutor em saúde pública, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Minas Gerais, secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde. francisco.campos@saude.gov.br

José Roberto Ferreira

Médico, ex-diretor do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da PAHO, coordenador de Cooperação Internacional da Fundação Oswaldo Cruz. ferreirj@fiocruz.br

Juan Laguna Arroyo

Sociólogo, doctor en Ciencias Sociales, Docente del Instituto de Gobierno de la Universidad San Martín de Porras en temas de Gerencia Social y Políticas Públicas. juanarroyo@terra.com.pe

Maria Helena Machado

Socióloga, doutora em sociologia, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde e da Estação de Trabalho – ENSP/FIOCRUZ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPS/OMS/MS, diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. machado@ensp.fiocruz.br

Mónica C. Abramzón

Socióloga, especialista em recursos humanos em saúde, professora do Instituto de la Salud Juan Lazarte, Universidad Nacional de Rosario, pesquisadora do Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. monabra@cuidad.com.ar

Neuza Maria Nogueira Moysés

Socióloga, mestre em educação, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde e da Estação de Trabalho – ENSP/FIOCRUZ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPS/OMS/MS. moyses@ensp.fiocruz.br

Pablo F. Bonazzola

Médico, diplomado em Salud Pública Universidad de Buenos Aires, miembro Consejo Administración Hospital Garrahan de Buenos Aires.
pbonazzola@telecentro.com.ar

Tania França

Estatística, doutora em saúde coletiva, pesquisadora do Instituto de Medicina Social da UERJ e da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
taniaf@ims.uerj.br

Thereza Christina Varella

Enfermeira; doutora em saúde coletiva, professora da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pesquisadora do IMS/UERJ e da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS. varella@ims.uerj.br

Wilson Aguiar Filho

Enfermeiro, especialista em recursos humanos em saúde, assessor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde. wilson.aguiar@saude.gov.br

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

Sumário

1.	Introdução	13
2.	Recursos Humanos em Saúde no Mercosul <i>José Roberto Ferreira</i>	19
3.	La dotación de Recursos Humanos en Salud: Argentina en 2004 <i>Mónica C. Abramzón</i>	27
4.	Argentina: Recursos Humanos en Salud: contexto y regulación <i>Pablo Bonazzola</i>	63
5.	El Ciclo Largo 1990-2005 de Desestructuración del Campo de Los Recursos Humanos en Salud en El Perú <i>Juan Arroyo</i>	83
6.	Regulação Profissional dos Enfermeiros no Mercosul <i>Ana Luiza Stiebler Vieira, Antenor Amâncio Filho e Ana Claudia Pinheiro Garcia</i>	101
7.	A Profissão do Enfermeiro no Brasil: um mercado de trabalho em transformação? <i>Thereza Christina Varella e Celia Regina Pierantoni</i>	123
8.	A Formação Médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde <i>Celia Regina Pierantoni, Thereza Christina Varella e Tania França</i>	153

9. **O Trabalho de Saúde nas Regiões de Fronteiras Brasileiras**
Eliane dos Santos de Oliveira, Maria Helena Machado e
Neuza Maria Nogueira Moyses _____ 171
10. **Mercosul: avanços e perspectivas no exercício**
profissional no setor Saúde
Maria Helena Machado e Wilson Aguiar Filho _____ 201

Introdução

1

INTRODUÇÃO

O Brasil tem desenvolvido múltiplas iniciativas no sentido de produzir conhecimento que possa contribuir para implementação e fortalecimento de ações na área da gestão do trabalho saúde – com foco no trabalho e no trabalhador. Assim são destaques aportes nos processos de regulação, na gestão, na formação, no desenvolvimento e formulação de políticas setoriais. Mesmo que as situações sejam diferentes, o campo da gestão do trabalho e da educação em saúde apresenta, na maior parte dos países da região latino americana, problemas de natureza semelhante.

Essa gênese comum relaciona a deteriorização das condições de trabalho, a precariedade dos vínculos, a falta de sistemas de incentivo, de estratégias adequadas de educação permanente, os desequilíbrios entre oferta e demanda de profissionais, os processos migratórios e qualificação profissional, a prestação de serviços de saúde em regiões de fronteira de saúde, entre outros, têm sido preocupação comum nos países da América Latina. Assim, caminhando na linha do conhecimento, da difusão e do intercambio de informações e análises realizadas em países do MERCOSUL, surge a idéia dessa coletânea após 17 anos da publicação do livro pioneiro “Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL”. Sem o propósito de ser exaustiva ou excludente, tem como objetivo central uma aproximação atualizada do que tem sido disponibilizado em países selecionados, identificando os pontos focais do trabalho e iluminando eixos de uma futura agenda conjunta.

Nesta linha, os textos e autores selecionados, abordam a formação em saúde, a regulação do exercício profissional, a dinâmica dos mercados de trabalho e as novas formas da organização do trabalho e da produção, bem como o contexto atual das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde. Optou-se também pela manutenção dos capítulos na versão original dos autores – português ou espanhol.

A apresentação do tema é feita por José Roberto Ferreira, que aponta a inflexão nas relações latino-americanas desencadeadas pela instalação

do bloco MERCOSUL e sua implicação para a saúde e, especificamente, para os trabalhadores do setor.

A Argentina é apresentada sob o olhar de Monica C. Abramzon e Pablo Bonazzola, que recuperam questões históricas e conceituais do campo, com destaque para a evolução da formação, do exercício profissional, do mercado de trabalho, entre outras, em tempos recentes.

Juan Arroyo apresenta e analisa os resultados da pesquisa realizada em 2005 no Peru, destacando a importância que o tema vem apresentando na última década, que sob o olhar do autor vem mudando significativamente.

Já a análise do Brasil é feita por pesquisadores da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde, abordando temas relevantes para o sistema nacional. A profissão da enfermagem é analisada comparativamente por Ana Luiza Stiebler, Antenor Amâncio Filho e Ana Cláudia Piniheiro Garcia, envolvendo os aspectos legais, o controle do exercício profissional, a formação e qualificação nos países do MERCOSUL: Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai. Na mesma linha analítica, Thereza Varella e Célia Pierantoni focam na profissão da enfermagem no Brasil, abordando mais especificamente o mercado de trabalho e suas transformações. Já a profissão médica é analisada por Célia Pierantoni, Thereza Varella e Tânia França abordando aspectos da formação médica e a relação com as demandas e reformas de sistemas de saúde. Eliane Oliveira, Maria Helena Machado e Neuza Moysés apresentam a questão do trabalho em saúde nas fronteiras, sua configuração e implicações para os sistemas nacionais de saúde. Mostram, ademais, dados relevantes sobre a FTS nestes municípios fronteiriços. Por fim, Maria Helena Machado e Wilson Aguiar Filho abordam o tema do Exercício Profissional no MERCOSUL destacando as ações que estão sendo realizadas no âmbito do país, com especial participação do Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde.

A iniciativa de produzir esta coletânea parte do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde que tem a função de coordenar o Fórum Permanente do Trabalho no MERCOSUL responsável por toda esta discussão da gestão do trabalho e da educação no Brasil no âmbito do MERCOSUL. Importante ressaltar que essa produção só foi possível graças ao apoio incondicional do Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; da Organização Panamericana de Saúde – Representação do Brasil; da Rede de Observató-

rios de Recursos Humanos em Saúde, com destaque para a Estação de Trabalho da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ e do Centro Colaborador IMS/UERJ para planejamento e informação sobre a força de trabalho em saúde.

Nosso especial agradecimento a Eliane Oliveira, pesquisadora do NERHUS, fundamental neste processo de produção que, com sua paciência e dedicação, colaborou para que este livro se tornasse realidade.

Espera-se que essa abordagem, efetivamente, contribua para o fortalecimento da aproximação entre países, tendo a saúde como indutora de novos esforços para a produção e difusão de conhecimento, fortalecendo o trabalho e os trabalhadores da saúde no MERCOSUL.

Célia Regina Pierantoni
Maria Helena Machado

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

Recursos Humanos em Saúde no Mercosul

José Roberto Ferreira

2

INTRODUÇÃO

Uma vez criado o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), em março de 1991, por decisão dos Presidentes e Chanceleres de Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, a Terceira Reunião de Ministros de Saúde do Cone Sul, realizada em junho do mesmo ano, permitiu aos países da sub-região firmar um acordo propondo ao Grupo Mercado Comum a criação de um subgrupo “destinado a atender às questões derivadas do processo de integração que tenham relação com a saúde das pessoas e o meio ambiente e com os aspectos sanitários do fluxo de bens e serviços”.

No ano seguinte, o Programa Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) – naquela época sob a direção do subscrito – tomou a iniciativa de promover uma primeira reunião de um Grupo de Trabalho sub-regional, em Assunção (novembro de 1992) que contou com representação dos quatro países do MERCOSUL e de Bolívia, para examinar os possíveis desenvolvimentos no campo de Recursos Humanos na área da saúde.

A constatação, naquele primeiro momento, da grande insuficiência de informação para permitir aprofundar as conclusões e fundamentar orientações enquanto aos problemas comuns que enfrentam os recursos humanos, que atuam no setor, levou o Grupo a considerar como prioritária a identificação de cinco áreas de interesse, sobre as quais era necessário promover investigações para uma melhor definição da dinâmica de trabalho do campo dos Recursos Humanos no processo de integração sub-regional. As cinco áreas incluíram: a) formação e capacitação de mão de obra; b) mercado de trabalho; c) planificação de recursos humanos; d) regulamentação e normatização setoriais; e) características dos mercados de prestação de serviços e seu financiamento.

Estes estudos foram realizados nos anos subseqüentes, ainda sob o patrocínio da OPAS e publicados a seguir, em 1995, num esforço colaborativo entre a OPAS e a Editora FIOCRUZ, como o primeiro documento sobre o tema, representando assim o início de construção de uma Agenda Setorial

Regional, que pudesse estimular a articulação dos esforços de pesquisa e cooperação nessa área, em todos os países da sub-região.

Durante o evoluir dos 10 anos seguintes, destacou-se em todo o mundo e, muito especialmente na América Latina o processo de implementação das reformas setoriais centradas nos princípios fundamentais de equidade, qualidade da atenção, eficiência, sustentabilidade e participação social, no qual se reconhece como fatores críticos as condições de trabalho e a educação do pessoal de saúde, que ainda apresenta sérios problemas em nossos países.

Paralelamente, evoluiu, também, o MERCOSUL, passando por altos e baixos no manejo das problemáticas substantivas do mercado comum e buscando na articulação política reforçar sua posição no cenário americano. Inicialmente, aderiram, como países associados Chile e Bolívia e bem mais recentemente Peru e Equador, além da adesão como membro pleno de Venezuela. Fala-se ainda da possível entrada de Colômbia e México, sendo que este último já vem participando nas Reuniões de cúpula, como convidado. Entretanto, a criação recente do UNASUL, em reunião realizada em Brasília no mês de Junho do corrente ano, sem prejuízo da integração que já se produz no MERCOSUL, amplia esse intercambio na região, consolidando agora uma possível articulação de toda a América do Sul, em contrapartida à ALCA, que não tendo saído da fase de negociação, parece agora ter sua criação mais questionada.

OS RECURSOS HUMANOS NO SETOR SAÚDE:

No afã de compensar a relativa negligência das reformas setoriais com o componente de recursos humanos, no setor saúde, a OPAS, promoveu a partir de 1999, com o apoio da CECAL, da OIT e da USAID, a iniciativa dos Observatórios de Recursos Humanos, hoje estabelecidos em 13 países da região, com o objetivo de apoiar o fortalecimento de políticas de desenvolvimento do pessoal de saúde no marco dos processos de reforma dos sistemas de saúde. Este tem sido, o principal instrumento para promover a melhoria da informação sobre os diversos aspectos relativos à problemática dos recursos humanos em saúde em toda a região, e aparentemente vem sendo considerado, também pela OMS, para implantação em outras regiões.

Mais recentemente, por iniciativa do Ministério de Saúde de Brasil foi criado um Fórum de Recursos Humanos em Saúde, o qual em suas reuniões tem congregado participantes dos países do MERCOSUL, além de outros de América Latina e, talvez, venha a constituir-se numa instância sub-regional, visando incrementar o intercâmbio de informação e de análise de políticas que possam facilitar a articulação dessa área entre todos os países membros.

A consolidação dessas iniciativas na coordenação do MERCOSUL vai, certamente, permitir a retomada, em termos formais, dos esforços iniciados com a publicação de 1995 a que hoje tratamos de dar continuidade, com o presente fascículo, para assegurar o seguimento desse processo de articulação, que tem haver com uma série de questões, entre as quais destacamos:

- A análise das características dos sistemas de educação e capacitação nos diversos países e a relativa equivalência entre eles;
- Os marcos e mecanismos regulatórios, relativos tanto à formação como à utilização do pessoal;
- Modalidades de gestão e seu impacto sobre o desempenho profissional e financiamento dos serviços de saúde;
- Questões relativas à cobertura dos serviços e alternativas estratégicas de utilização de pessoal para sua solução;
- A questão da livre circulação de profissionais na sub-região, tomando em conta os desequilíbrios entre categorias de profissionais e a distribuição geográfica e sua repercussão nos respectivos mercados de trabalho;
- A ação da representação social de cada profissão e a integração potencial de mercados de trabalho;
- A possibilidade de cooperação entre os países na área de desenvolvimento de recursos humanos;

Estas questões são abordadas nos diversos países com grande disparidade, na dependência da situação econômica dos mesmos, do tamanho de suas populações frente à disponibilidade do recurso humano que atua no setor e da grande variedade de instrumentos legais, dependentes de diferentes fontes, que nossa tradição latina, às vezes exagera com uma profusão de leis e regulamentos, que pode levar a certa rigidez do

sistema. Tudo isto se complica, ainda mais, quando se toma em conta o caráter intersectorial deste campo de atuação, que tem a ver com o Setor Saúde, de Educação, do Trabalho e de Ciência e Tecnologia, entre outros, de menor influência.

A Ação Solidária dos Próximos Dez Anos

Por outro lado, há que considerar, no momento em que vivemos, um complicador adicional que pode afetar em forma significativa nosso campo de interesse, que está representado pela influência da globalização, quando as causas de um problema de saúde ou as decisões sobre os instrumentos de seu controle, frustram, ignoram ou escapam à possibilidade de interferência do Estado. Este último, embora continue como ator primário nas relações internacionais, sob a pressão da globalização pode ter sua capacidade de formular e implementar políticas, significativamente alterada.

Esta globalização, como destaca um dos trabalhos da presente coletânea (Pierantoni e cols, 2006) afeta a divisão internacional do trabalho estimulando padrões concorrenciais de eficiência definidos pela racionalidade do modelo econômico capitalista. Tudo isto num contexto em que as forças globalizantes impactam predominantemente as políticas de saúde dos países de mais baixa renda.

Entretanto é ainda na área internacional que encontramos respaldo para defender um trabalho coeso e solidário para assegurar uma forte infra-estrutura humana capaz de preencher a brecha entre as promessas e a realidade de saúde, antecipando-se aos desafios de saúde do século XXI. A idéia de promover blocos sub-regionais como o MERCOSUL – que por sua vez vem se expandindo na região acumulando mais poder – faz frente, com uma ação internacional solidária e subordinada aos próprios imperativos de políticas nacionais, à alienação relativa gerada por processos que transcendem seus limites.

E é nesse contexto que vem se desenvolvendo um “momentum” de ação, liderado inicialmente pela OMS, promovido amplamente, sobretudo por países da África e da América Latina, e apoiado pela “*Joint Learning Initiative*” liderada pela Fundação Rockefeller, gerando o mandato da “Década de Recursos Humanos em Saúde”, na qual se insere, também, a iniciativa da presente publicação.

Este documento, que aqui reúne contribuições independentes de líderes do campo de Recursos Humanos em Saúde, viabilizado, em sua forma final, pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), ao mesmo tempo em que procura atualizar alguns dados mais significativos que demarcam as problemáticas da área, tem, igualmente, a pretensão de poder ressaltar a importância de chegar a alcançar um maior grau de reconhecimento e formalização no seio do próprio Mercado Comum (MERCOSUL), tendo em vista um futuro aprofundamento de estudos dessa natureza, que só poderão ser realizados com o respaldo oficial.

La Dotación de Recursos Humanos en Salud: Argentina en 2004*

Mónica C. Abramzón

* El presente trabajo sintetiza las publicaciones: ABRAMZÓN, M. (2006): *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62. Representación Argentina OPS/OMS.

ABRAMZÓN, M (2006): *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. La distribución geográfica. CD ISBN N° 950-710-102-0. Representación Argentina OPS/OMS.

3

INTRODUCCIÓN

En materia de Recursos Humanos en Salud, la mayor parte de los estados nacionales de la región tiene que atender, por un lado, problemas persistentes en este campo y, por otro, nuevos desafíos. Esta situación instala diversos escenarios afectados por las reformas sectoriales y un contexto global en mutación. Algunos países registran escasez de recursos humanos calificados, tanto en términos de categorías profesionales, (enfermeros profesionales, por ej.), como de áreas de competencia como epidemiología, economía de la salud, gerontología, etc. En líneas generales todos los países de América Latina y el Caribe evidencian desequilibrios persistentes en la estructura y composición de la fuerza de trabajo. La existencia de disparidades geográficas entre centros urbanos y zonas rurales escasamente pobladas son una característica común. (OPAS/OMS, 2004).

El fundamento de cualquier política en este campo debe ser la propia política nacional de salud. Pareciera que no tener en cuenta este postulado, podría explicar los desajustes y fracasos que se registran en esta materia en muchos países al implementar iniciativas aisladas destinadas a atender situaciones coyunturales sin articulación con problemas estructurales. Lo mismo ocurre con las variables dependientes de los mercados de trabajo, del sistema educativo y de los procesos de regulación del ejercicio profesional que tienen un alto impacto sobre las condiciones de implementación de las políticas de Recursos Humanos. (Campos & Paranaguá, 2002).

A menudo, cuando se trata de discutir y diseñar estas políticas, se plantea la falta de datos estadísticos confiables y precisos y se multiplican las preguntas acerca del número de profesionales que existen y cuántos son necesarios, el perfil que deben tener los egresados, cuándo se deben crear escuelas, cómo se distribuyen los profesionales, quién regula el funcionamiento del mercado de trabajo, cómo se determinan los ingresos del personal de salud, si existen políticas institucionales de actualización

profesional, cómo se determina el número de especialistas y generalistas, cuál es el papel de las organizaciones gremiales en la planificación de los recursos humanos, cuál es el rol del estado en las políticas de Recursos Humanos en Salud, etc.. Las respuestas a estas preguntas permiten formular hipótesis acerca de la existencia de políticas de RRHH y sus principales características con base en los datos disponibles en el país. (Ruiz, Nigenda & Bejarano, 2002)

La situación de Argentina no escapa a esta caracterización ya que a pesar de numerosos intentos, algunos apoyados por OPS, muy bien orientados a elaborar información valiosa para el campo, no se ha logrado consolidar las iniciativas que permitan el seguimiento de variables claves. Para algunos autores, es posible que las políticas formuladas no hayan sido inadecuadas en sí mismas, sino que dada la cantidad de actores e intereses diversos acumulados, con tendencias mayoritariamente antagónicas, no se haya concretado la voluntad política normativa y reguladora del Estado imprescindible para establecer la coordinación mínima que las necesidades sociales requerían. (Ruiz, Nigenda & Bejarano, 2002) llama la atención acerca del consenso existente respecto de las diversas racionalidades que orientan la producción y distribución de esa información. Por ello, no alcanza con disponer de la información ya que ésta sólo tiene impacto social cuando es transmitida y aceptada como tal y utilizada en los espacios adecuados para atender las diversas problemáticas sociales. (Pierantoni, 2002)

A partir de la clasificación de la autora, se puede afirmar que Argentina cuenta hoy con:

- 1) Información relevada por el Ministerio de Educación que permite conocer la dotación de profesionales a partir de nuevos inscriptos y egresados aún cuando existen demoras en la producción del dato debido al mecanismo moroso de recolección.
- 2) Los datos que procesan las diversas organizaciones profesionales (sociedades de especialistas, asociaciones profesionales, etc.) aunque a menudo contienen superposiciones y son elaborados con otros objetivos.
- 3) Información cuantitativa proveniente del Censo Nacional de Población 2001 que procesó por primera vez datos sobre número de profesionales y su distribución por sexo y edad según jurisdicción.

El Censo Nacional de Población de 1991 no proporcionó información por profesión por lo cual el último dato disponible correspondía a tabulados inéditos del Censo de Población de 1980, los que a su vez no habían sido procesados. Los datos provenientes de encuestas periódicas que realiza el INDEC no tienen la desagregación requerida para el seguimiento de la evolución de los recursos humanos.

- 4) Catastros que realiza el Ministerio de Salud de la Nación, pero que no tienen regularidad. El último completo es de 1980 y en 1998 se comenzó a implementar otro relevamiento, el Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud, con financiamiento internacional, el que fue programado en dos etapas de las cuales sólo se cumplimentó la primera. En ella se obtuvo información para trece provincias completas, nueve distritos Capital, los establecimientos públicos de Mendoza y los establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires. De acuerdo con la metodología elegida estos Catastros relevan cargos y no personas. El análisis de la información proporcionada por ese relevamiento se encuentra publicado por el Observatorio de Recursos Humanos en Salud de OPS Argentina. (Abramzón, 2003).
- 5) Registros administrativos correspondientes a planillas de sueldos que no resultan información útil porque están descentralizados por jurisdicción administrativa y los organigramas funcionales a menudo no reflejan las características reales de la organización del sector debido a las distintas formas de vinculación laboral vigentes y las variadas funciones no contempladas en esos esquemas que se desempeñan.

El presente trabajo se propone sintetizar la descripción, a partir de los datos secundarios, de las características de la situación de los recursos humanos en salud en la Argentina y su distribución geográfica, descriptas en la publicaciones de la Representación Argentina de OPS. (Abramzón, 2005; 2006).

El contenido de esas publicaciones, producto de una intensa tarea de recopilación, sistematización y análisis de información relevante para el campo de los Recursos Humanos en Salud fue concebido como un aporte para la necesaria y aún pendiente organización de Fuentes y datos útiles para fundamentar la toma de decisiones en este campo.

Objetivos

Para ello, se plantean los siguientes objetivos: a) Identificar la oferta educativa en salud, por categoría profesional; b) relevar el número de nuevos inscriptos de las carreras de salud del sistema universitario; c) relevar el número de egresados de las carreras de salud del sistema universitario; d) analizar la distribución geográfica de los profesionales de salud; e) estimar la cantidad de profesionales en actividad por categoría, para el año 2004.

Metodología

Las condiciones del contexto señaladas en la introducción adquieren en Argentina características más agudas ya que no existen Fuentes sistemáticas, periódicas y confiables que permitan el seguimiento de las variables fundamentales sobre recursos humanos.

Aún cuando los datos para algunas variables (egresados, por ejemplo) tienen una demora de más de un año y a menudo resultan incompletos, la única información que reúne esos requisitos es la referida al proceso de formación que es elaborada por el Ministerio de Educación. Es así como la identificación de la dimensión de la oferta educativa y el relevamiento de los nuevos inscriptos y egresados de las carreras de salud fueron posibles gracias a la colaboración del Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria (PMSIU) dependiente de la Secretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación, que proporcionó los datos para el período 1998-2004. El conocimiento de la evolución de estas variables resulta fundamental para el análisis de los recursos humanos en salud.

Asimismo, para la estimación del número de profesionales por categoría, en esta oportunidad se dispuso de una valiosa información originada en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 que proporciona datos acerca del número de profesionales en el país por categoría, jurisdicción, sexo y edad. Es la primera vez desde 1980 que se cuenta con datos censales sobre profesionales ya que, como se señalara en 1993 (OPS/OMS, 1994), hasta su última edición el Censo sólo permitía conocer el número de personas que prestaba servicios en el sector por grandes grupos (poblacionales, técnicos, administrativos). La información censal adquiere así mayor valor por su capacidad de validar las estimaciones que se realizan, ya que la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), relevamiento periódico

que realiza el INDEC, no registra información referida al número de personas que se desempeña en el sector salud desagregada por categoría ocupacional de modo de posibilitar su seguimiento y análisis en el período intercensal.

De este modo, la estimación de la magnitud de la fuerza de trabajo del sector, en razón de la histórica falta en el país de Fuentes válidas, sistemáticas y confiables que permitan conocer con alguna periodicidad el número de profesionales de salud en actividad, debe apoyarse en un conjunto de Fuentes secundarias combinadas que serán mencionadas en cada caso.

Las Instituciones Formadoras

- Las instituciones universitarias

En diversos estudios¹ se han señalado los problemas que enfrenta la formación de profesionales de la salud en Argentina: expansión importante de la oferta sobretodo de instituciones privadas con creación de carreras sin estudios adecuados que avalen su necesidad o su calidad, falta de políticas de promoción de determinadas carreras de interés estratégico, enfermería por ejemplo, y persistencia de planes de estudio tradicionales desarticulados de las cambiantes necesidades sociales.

En los últimos años, se observa una cierta desaceleración en la creación de carreras, sobretodo de escuelas privadas y en particular de Medicina, lo que podría deberse por un lado, a la implementación de mecanismos de regulación por parte de las autoridades del Ministerio de Educación. En ese marco la existencia de instancias de evaluación y acreditación establecidos por el Ministerio de Educación a través de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) creada por ley nacional ha jugado un papel importante. Algunas universidades han iniciado procesos de evaluación interna y cambio curricular lo que en algunos casos, dio como resultado el establecimiento de cupos en la carrera de Medicina y modificación del modelo pedagógico. Tal el caso de las Universidades de Cuyo, La Plata, Rosario y Tucumán. Otras, como la nueva carrera de Medicina de la Universidad del Sur, que realizó una intensa tarea de preparación de un plan de estudios innovador con un enfoque orientado por problemas, recién en 2005 logró iniciar sus actividades por dificultades al interior de la Universidad.

¹ BORREL BENTZ, R. M. (2001), (2004); ABRAMZÓN, M. et al (2001); FERREIRA, J. R. (2002).

De este modo podría suponerse que no se han registrado avances importantes orientados a producir modificaciones de planes de estudio que replanteen los ejes del proceso de formación adecuando los procesos a las necesidades sociales. Sería importante indagar en profundidad si las dificultades técnicas y la falta de recursos pedagógicos y económicos que, según se alega, obstaculizan la concreción de las transformaciones no son consecuencia, en realidad, de las rigideces de las estructuras académicas, la multiplicidad de intereses involucrados tanto internos como externos a la institución y la falta de articulación intersectorial (salud-educación-trabajo).

En este contexto, la formación de los profesionales de la salud se realiza en un número importante de instituciones universitarias, públicas y privadas.

CUADRO I
Evolución de los establecimientos de Enseñanza Universitaria en Salud. Carreras seleccionadas. Argentina, 1998–2004

Carrera	Establecimientos					
	Públicos		Privados		Total	
	1998	2004	1998	2004	1998	2004
Bioquímica	12	12	4	5	16	17
Enfermería	21	25	4	6	25	31
Farmacia	9	11	5	6	14	17
Fonaudiología	4	6	5	4	9	10
Kinesiología y Fisiatría	4	6	4	10	8	16
Medicina*	8	10	15	15	21	25
Nutrición	4	4	7	12	11	16
Obstetricia	s/d	6	s/d	1	s/d	7
Odontología	7	7	4	4	11	11
Psicología	7	7	20	24	27	31
Veterinaria	s/d	10	s/d	3	s/d	13
Total	76	104	66	90	142	194

Fuente: Elaboración propia con base en datos del PMSIU, Secretaría de Educación Superior, Ministerio de Educación, 2005.

* Incluye dos instituciones privadas, el Instituto Universitario CEMIC y el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló cuyos datos no están disponibles en el Ministerio de Educación

El número total de instituciones públicas y privadas que ofrecen las carreras de salud seleccionadas creció entre 1998 y 2004 casi un 37% (Cuadro I). El crecimiento de las instituciones públicas y privadas es equivalente

pero, entre las últimas crecen mucho las que ofrecen carreras que han ampliado su horizonte ocupacional (kinesiología, nutrición) o que lo mantienen aún en contextos de crisis debido a cuestiones culturales, como psicología.

El análisis permite sostener que, si bien ha continuado creciendo el número de instituciones que ofrecen casi todas las carreras, el ritmo disminuyó significativamente en relación con la tendencia identificada en el período 1992-1998. Es el caso de las carreras de Medicina, Farmacia, Bioquímica, Odontología, Psicología, Fonoaudiología, Veterinaria. En la carrera de Enfermería se verifica un incremento de la oferta de instituciones universitarias de alrededor de un 25% respecto de 1998 (Cuadro I), tendencia que pareciera responder a la necesidad de ampliar las oportunidades de formación en un campo para el que existe mucha demanda de profesionales.

En Kinesiología y Nutrición se observa un incremento mucho mayor. En el primer caso se duplicó el número de instituciones y, de acuerdo con algunos informantes claves del campo, este hecho podría vincularse con el nuevo espacio que la profesión ha ido ocupando en el equipo de salud ampliando el campo de inserción ocupacional de esta carrera. En el caso de la carrera de Nutrición, el crecimiento de las instituciones fue de casi un 50%, lo que, según algunos especialistas, podría deberse al mayor interés por el cuidado del cuerpo y el control de la dieta que recomiendan actualmente algunos sectores de la sociedad, lo que ampliaría el horizonte laboral de este campo. De todos modos sería muy importante encarar los estudios que permitan identificar los determinantes sociales y los condicionantes del mercado de trabajo que expliquen la magnitud de este crecimiento (Cuadro I).

La importancia creciente del sector privado en la educación universitaria, sobretudo en aquellas carreras que requieren una menor inversión, se constata al analizar su participación en la oferta de instituciones en las que se cursan las carreras correspondientes a un conjunto de profesiones seleccionadas.

Es importante tener en cuenta que estos movimientos en la oferta de carreras reflejan cuestiones más profundas que se vinculan con el desarrollo de las disciplinas, la historia de las profesiones y la evolución de los campos profesionales, por lo cual, a fin de formular políticas al respecto, sería necesario realizar estudios de su comportamiento incluyendo otras variables.

- *Las instituciones terciarias*

Existen además en el país alrededor de otras 200 instituciones públicas y privadas que forman en el nivel terciario personal de salud en diversos campos. Merece ser destacado el hecho de que de las 68 instituciones que ofrecen estudios de enfermería, sólo 15 son públicas y las restantes privadas. De acuerdo con la información proporcionada por el Ministerio de Educación, ellas registraban casi 40.000 estudiantes matriculados en 2003.

Los Nuevos Inscriptos

El Ministerio de Educación releva en forma periódica la información referida a ingresantes a las instituciones de Educación Superior, bajo la denominación de nuevos inscriptos. Ello permite hacer un seguimiento de las tendencias que se verifican en la matrícula universitaria. Lamentablemente la información no está desagregada por sexo lo que permitiría conocer la evolución del proceso de feminización que, desde los años '80, experimentan las carreras de la salud.

Los datos que se presentan para el análisis corresponden a la serie 1998- 2003. Cabe realizar aquí dos aclaraciones:

Primero, es importante para el análisis tener en cuenta que la definición de nuevos inscriptos utilizada por el PMSIU supone para la Universidad de Buenos Aires una sobreestimación de la cantidad real de los ingresantes para todas las carreras ya que corresponden a los ingresantes al Ciclo Básico Común, que es el primer ciclo que deben aprobar los estudiantes antes de poder cursar los estudios de grado en las correspondientes facultades. Las estadísticas indican que para las carreras de la salud, al cabo de ese primer año, pasa a las facultades entre el 40 y el 50% de los inscriptos al CBC. Por ejemplo, de los 7.558 nuevos inscriptos para Medicina en 2003 (Cuadro II) ingresaron a la Facultad en 2004, 3.038 estudiantes (UBA, 2005). Ello se explica por varias razones. Ocurre que ese primer año, imprescindible para todos los estudiantes que siguen sus estudios en la UBA, no sólo tiene un carácter formativo, sino también es reorientador de la vocación y durante ese periodo se redefinen algunas elecciones. Además, las dificultades con que llegan muchos estudiantes de la escuela media, hacen que muchos de ellos no logren aprobarlo en la duración prevista en el plan de estudios (dos cuatrimestres) y, en consecuencia, se produzca un desgranamiento en el ingreso al ciclo de estudios en la facultad.

Segundo, el año era el último dato disponible en el Ministerio de Educación al momento de la elaboración del trabajo original.

CUADRO II
Evolución de los nuevos inscriptos por tipo de universidad,
carreras seleccionadas. Argentina, 1998-2003

CARRERA/TIPO UNIVERSITARIO	1998			2003		
	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas	Total
Bioquímica	2.616	296	2.912	2.961	236	3.197
Enfermería*	4.392	10	4.402	6.430	1.502	7.932
Farmacia	1.800	377	2.177	1.870	323	2.193
Fonoaudiología	647	219	866	728	174	902
Kinesiología	1.955	577	2.532	3.115	901	4.016
Medicina	7.681	2.218	9.899	11.592	1.293	12.885
Nutrición	1.027	159	1.186	2.045	726	2.771
Obstetricia	455	55	510	971	38	1.009
Odontología	4.711	102	4.813	3.107	324	3.431
Psicología	9.757	2.345	12.102	12.159	3.686	15.845
Veterinaria	3.438	433	3.871	4.473	235	4.708
Total	38.479	6.791	45.270	49.451	9.438	58.889

Fuente: Elaboración propia con base en datos del PMSIU, Secretaría de Educación Superior, Ministerio de Educación, 2005.

*Corresponde a los nuevos inscriptos de las carreras de Grado

El análisis de los datos del Cuadro II permite establecer que la evolución de los nuevos inscriptos registra diferentes tendencias según carrera. Ello permite sugerir algunas hipótesis que deberían, en todos los casos, ser objeto de estudios en particular para comprobar su validez:

• ***Carreras que aumentan sus ingresantes***

En opinión de las autoridades de la Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN), ello podría deberse a la aparición de la cultura de la alimentación y la vida sana como preocupación de sectores medios y altos de la sociedad lo que abre también un nuevo campo ocupacional, tanto en la actividad industrial como en la práctica privada. Por otra parte, se percibe una mayor integración de estos profesionales en equipos multidisciplinarios para al atención de pacientes con afecciones

crónicas (cardiopatías, diabetes, dislipemias). Dado el crecimiento relativo varias veces superior de los ingresantes a las carreras ofrecidas por las universidades privadas, éstas elevan su participación en el total de universidades del 15% en 1998, al 36% en 2003 (Cuadro II).

Otra carrera que registra un importante crecimiento es Obstetricia que crece un 98%, aún cuando en niveles absolutos su número es muy bajo. Este aumento está sostenido por el aumento de los ingresantes a las universidades públicas (113,4%), ya que las privadas disminuyen el 30,9% (Cuadro II). Es probable que esta evolución pueda explicarse por las posibilidades laborales que, en este campo, ofrecen algunos planes sociales implementados por gobiernos provinciales.

CUADRO III
Evolución de los nuevos inscriptos total de universidades,
Carreras seleccionadas. Argentina, 1998-2003

CARRERA	1998	2003	Variación %
Bioquímica	2.912	3.197	9,8
Enfermería*	4.402	7.932	80,2
Farmacia	2.177	2.193	0,7
Fonoaudiología	866	902	4,2
Kinesiología	2.532	4.016	58,6
Medicina	9.899	12.885	30,2
Nutrición	1.186	2.771	133,6
Obstetricia	510	1.009	97,8
Odontología	4.813	3.431	-28,7
Psicología	12.102	15.845	30,9
Veterinaria	3.871	4.708	21,6
Total	45.270	58.889	30,1

Fuente: Elaboración propia con base en datos del PMSIU, Secretaría de Educación Superior, Ministerio de Educación, 2005.

*Corresponde a los nuevos inscriptos para carreras de Grado

Puede suponerse que en el caso de los ingresantes a la carrera de Enfermería, el incremento del 80,2% (Cuadro III) responda a la identificación por parte de los jóvenes de un espacio laboral con amplias oportunidades de inserción debido a la crónica escasez de este tipo de profesionales en el

país y a las atractivas posibilidades de trabajo que brindan otros países que tienen problemas similares. Este aumento se sostiene en el crecimiento de los inscriptos tanto a universidades públicas como privadas.

Kinesiología, es una profesión que ha ido redefiniendo su participación en la atención de los problemas de salud y ganando autonomía lo que pareciera que ha ampliado sus posibilidades ocupacionales y el reconocimiento social. El mayor crecimiento que registra en el período (59%) está generado en magnitudes similares por públicas y privadas, representando éstas últimas en 2003 casi la cuarta parte del total de los nuevos inscriptos (Cuadro III).

Los ingresantes a Psicología crecen en el período considerado un 30,9%; los de las universidades privadas lo hacen un 57% mientras que los de las públicas apenas un 25%, con lo cual la participación de éstas en el total de nuevos inscriptos se reduce casi un 10% (Cuadro III). Ello podría deberse a algunas limitaciones al ingreso y a condiciones de regularidad más rígidas implementadas por algunas universidades públicas junto con una oferta privada de bajo costo y condiciones flexibles de cursada.

La carrera de Medicina que representa el 22% de los nuevos inscriptos correspondientes a las carreras seleccionadas, incrementa sus estudiantes en un 30,2%. Se observa que el aumento en los nuevos inscriptos a esta carrera, está originado fundamentalmente en las universidades públicas (51%) ya que las instituciones privadas han disminuido significativamente (-43%) sus nuevos inscriptos (Cuadro III). Sería importante estudiar si ello se debe a las dificultades económicas que deben enfrentar los alumnos para solventar los estudios privados, en general de alto costo, junto con el bajo prestigio y las menores oportunidades de inserción laboral que parecen ofrecer esos títulos en el mercado de trabajo.

De acuerdo con la opinión de informantes claves del sector, el escaso crecimiento de los nuevos inscriptos a la carrera de Veterinaria, podría deberse al agotamiento de una fuerte tendencia observada en los últimos años, a la atención de animales pequeños que saturó ya las posibilidades de ocupación laboral mientras el tradicional campo de inserción de estos profesionales, la actividad pecuaria, se encuentra en retroceso debido a la mayor utilización de la tierra para cultivos agrícolas, en especial soja. Los nuevos inscriptos a esta carrera en las universidades privadas se reducen en un 46%, mientras las universidades públicas crecen un 30% (Cuadro III). Dada la localización de las universidades que incrementan sus ingresantes,

ello podría explicarse por la actividad productiva de la región en la que están insertas y que ampliaría, en un marco de recesión general del sector, el horizonte ocupacional para ese campo de estudios.

La carrera de Bioquímica registra un aumento de nuevos estudiantes aunque muy por debajo del promedio de las carreras consideradas (9,8%). Es posible que ello pueda deberse al mayor atractivo, en términos de desarrollo e inserción, que ofrecen nuevos campos vinculados como biotecnología y biología molecular, entre otros, que captan el interés de los estudiantes. Mientras las universidades públicas incrementan sus ingresantes en un 13,2% los nuevos inscriptos en las instituciones privadas decrecen en un 20,3% (Cuadro III), lo que podría estar asociado con el costo de estos estudios y las menores posibilidades de práctica independiente que ofrece hoy esta profesión.

Fonoaudiología es la carrera que registra uno de los menores crecimientos en los nuevos inscriptos (4,2%); que se sostiene en el incremento de las universidades públicas ya que las privadas decrecen en el período un 20% (Cuadro III).

• ***Carreras que mantienen constante el número de inscriptos***

El Cuadro III muestra que la carrera de Farmacia registra un estancamiento en la demanda de estudios (0,7%) que, de acuerdo con la opinión de expertos en el sector, podría deberse a que este campo profesional mantiene su perfil sólo para la inserción en la actividad industrial, ya que las características actuales del proceso de trabajo en las farmacias, han hecho que esta práctica perdiera parte del atractivo que suponía la manipulación de los medicamentos. La disminución de los nuevos inscriptos para estos estudios, se verifica fundamentalmente en las instituciones privadas (-20,5%) lo que permitiría suponer la existencia de dificultades económicas para solventarlos por parte de los estudiantes que eligen estas carreras o diferente nivel de calidad de esta oferta.

• ***Carreras que disminuyen el número de inscriptos***

Odontología es la única carrera que registra una disminución neta (-28,7%) en la demanda de estudios (Cuadro III). Una explicación posible, si bien aún no existen estudios que lo demuestren, es que los estudiantes estarían percibiendo algunas señales provenientes del mercado laboral re-

feridas al estrechamiento del campo de inserción ocupacional, ya que la odontología ha perdido, talvez más tarde que otras carreras de la salud, el carácter autónomo de la profesión dadas las modificaciones que ha experimentado el modelo de atención. Esto ha tenido un alto impacto sobre las condiciones de la práctica y la rentabilidad de la actividad que, junto al alto costo del cursado para los estudiantes, podrían estar determinando el menor interés por esta carrera. El tipo de institución a la que se orientan los estudiantes permite reforzar esta hipótesis, ya que, según los datos del Cuadro III, los nuevos inscriptos en las públicas decrecieron un 34% mientras que los de las privadas aumentaron un 217%, determinando que la participación relativa de los ingresantes en las universidades privadas se elevara del 2 al 10% del total. Este es otro dato que podría estar confirmando que las condiciones actuales de la formación y la práctica no resultan atractivas para aquellos estudiantes que no disponen de recursos económicos o relaciones familiares o sociales para poder desempeñarse laboralmente después, ya que estos estudios requieren un gasto alto en materiales de parte de los alumnos y las universidades privadas aplican elevados aranceles.

Los Egresados

En líneas generales el número de egresados del sistema universitario registra una tendencia similar a la de los nuevos inscriptos, aunque a un ritmo menor. Cabe destacar que el análisis se efectúa respecto del año 2002 ya que era la última información disponible en el Ministerio de Educación al momento de realización de este estudio (julio 2005).

También en el caso de los egresados se observa una diferente evolución por carrera, cuyas particularidades son:

• Carreras en las que el número de egresados aumenta fuertemente

Entre ellas se destaca la de Nutrición ya que es la que registra el mayor crecimiento de egresados en el período bajo análisis (159,4%), lo que confirma la tendencia observada en los ingresantes. En ese resultado incide significativamente el aumento que presentan las universidades privadas que crecen cerca del 2000% al pasar de 6 a 123, mientras los de las públicas lo hacen en un 110% (Cuadro IV).

CUADRO IV
Evolución de los egresados por tipo de universidad,
carreras seleccionadas. Argentina, 1998-2002

CARRERA	1998			2002		
	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas	Total
Bioquímica	627	45	672	668	59	727
Enfermería*	553	0	553	664	55	719
Farmacia	566	201	767	524	170	694
Fonoaudiología	118	65	183	228	73	301
Kinesiología	393	41	434	710	45	755
Medicina	4.344	219	4.563	4.724	451	5.175
Nutrición	218	6	224	458	123	581
Obstetricia	110	0	110	225	31	256
Odontología	1.217	56	1.273	1.601	68	1.669
Psicología	1.333	652	1.985	2.314	1.007	3.321
Veterinaria	692	24	716	692	85	777
Total	10.171	1.309	11.480	12.808	2.167	14.975

Fuente: Elaboración propia con base en datos del PMSIU, Secretaría de Educación Superior, Ministerio de Educación.

*Corresponde a los egresados de las carreras de Grado

Los egresados de la carrera de Obstetricia representan un incremento del 132,7% en el período considerado, en el que se destaca el aporte de egresados de instituciones privadas que en 1998 no existían (Cuadro IV). Podría pensarse que existe una cierta revitalización de esta profesión en el equipo de salud, debido a su inclusión en los mencionados programas materno-infantiles provinciales que constituyen un espacio cierto de inserción laboral.

Kinesiología, registra un importante aumento del 74% en el número de egresados (Cuadro IV), lo que podría reforzar la hipótesis de la ampliación de las oportunidades de inserción laboral de este campo profesional señalada al analizar los nuevos inscriptos.

De acuerdo con los datos del Cuadro IV, la carrera de Psicología también aumenta significativamente el número de egresados (67,3%) con un incremento levemente superior en las universidades públicas. En una magnitud similar crecen los egresados de Fonoaudiología (64,5%), también en mayor medida los de las universidades públicas que prácticamente duplican su número en el período, mientras los egresados de las privadas crecen apenas un 12,3% .

• **Carreras en las que el número de egresados aumenta**

Las carreras de Bioquímica y Veterinaria coincidentemente con las tendencias identificadas para el ingreso, registran incrementos levemente superiores al 8%, con un mayor impulso en las universidades privadas que en este último caso crecieron en el período el 254% (Cuadro IV).

Los egresados de Medicina se incrementaron un 13,4% entre 2002 y 1998. Este incremento, que es uno de los más bajos de las carreras seleccionadas, resulta de un crecimiento del 8,7% en los egresados de las universidades públicas y de un 105,9% de los de las privadas. Sin embargo, su magnitud absoluta hace que la participación de éstos últimos en el total de egresados, no alcance al 9% (Cuadro IV). Corresponde destacar que en estas universidades ingresan muy pocos alumnos porque son proyectos acotados a un bajo número de alumnos y su alto costo está al alcance de pocos. Asimismo, puede suponerse que en este comportamiento también podrían estar influyendo tanto alguna reorientación que, al interior de las carreras de salud, podría estar produciendo la expansión del campo de carreras como Nutrición y Kinesiología como las condiciones de la práctica de la medicina cada vez más dependiente de organizaciones empresariales de salud, que implican una importante pérdida de la autonomía en el ejercicio profesional.

Los egresados de las carreras universitarias de Enfermería crecen alrededor del 30% mientras, como se observara, los ingresantes crecieron un 80% (Cuadro IV). Esta disparidad estaría indicando ciertas dificultades para completar la carrera que encuentra un grupo de estudiantes, mayoritariamente mujeres, que a menudo deben trabajar para sostener sus estudios y, en consecuencia, retardar el egreso o abandonar ya que no pueden cumplir con las mayores exigencias de correlatividades para la cursada que algunas universidades públicas están implementando, ya que son ellas las que crecen en menor medida. Si se consideraran los egresados del primer ciclo el incremento sería varias veces superior, lo que estaría reforzando la hipótesis de las dificultades para cumplimentar el ciclo superior.

El Cuadro IV evidencia una situación particular de Odontología por cuanto el número de egresados crece un 31,1% en el período mientras el número de ingresantes disminuye. El mayor incremento corresponde a las universidades públicas ya que las privadas el ritmo es mucho menor (21%). Por tratarse de una carrera que históricamente ha tenido una demanda muy

estable, este movimiento podría estar anticipando la tendencia señalada al analizar los nuevos inscriptos relacionada con las condiciones laborales que aún no se ha reflejado en el número de egresados.

• ***Carreras en las que el número de egresados disminuye***

La carrera de Farmacia es la única que registra en el período bajo estudio una disminución en el número de egresados del 9,5%. Presenta además la particularidad que la reducción es experimentada tanto por las universidades públicas (-7,5%) como por las privadas (-15,4%), lo que podría reforzar la hipótesis de la pérdida de interés de este campo en las preferencias de los estudiantes (Cuadro IV).

En síntesis, entre las carreras que aumentan el número de egresados se verifican tres situaciones, según el tipo de institución de las que egresan esos profesionales (Cuadro IV):

1. Una representada por Fonoaudiología, Kinesiología, Obstetricia, Odontología y Psicología para las que el crecimiento es sostenido por las universidades públicas.
2. Otra en la que se incluyen Bioquímica, Medicina y Veterinaria donde el mayor incremento corresponde a las universidades privadas.
3. La última es la que caracteriza a las carreras de Nutrición y Enfermería. La primera registra en el período un fuerte crecimiento, sostenido por ambos sectores, que más que duplica el número de egresados anuales. Dado que, en términos relativos, el incremento de los egresados de universidades privadas es mucho mayor, su participación pasa del 2,7% en 1998 a 21,2% en 2002. La carrera de Enfermería, cuyo crecimiento también es impulsado por ambos sectores, presenta la particularidad destacable de que en 1998 el sector privado no tenía egresados en este nivel.

La Dotacion de Profesionales

- El registro censal de los profesionales

Como se señalara al comienzo de este análisis, el Censo Nacional de Población que realizó Argentina en 2001 ofrece por primera vez información

referida a las personas mayores de 20 años que completaron sus estudios universitarios por tipo de carrera, dato que resulta fundamental para hacer un seguimiento con base cierta del número de profesionales de salud en el país.

El Censo Nacional de Población 2001 relevó la población de 20 años y más con educación universitaria completa. Cabe recordar que, como se destacara en el estudio anterior (Abramzón, 2005), esta información constituye un buen indicador de la dotación de profesionales pero, por tratarse de un dato originado en un Censo de Viviendas, puede no reflejar con la misma precisión el lugar de trabajo. Este hecho podría introducir alguna distorsión en la evaluación de la dotación de profesionales en las jurisdicciones Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Gran Buenos Aires que, por su proximidad, constituyen un mercado laboral sin barreras geográficas que permite que las personas residan en una de ellas y ejerzan en la otra. En el resto de las jurisdicciones, el hecho de que la información se presente a nivel del total provincial no permite identificar las posibles diferencias que también existen entre las capitales y las áreas urbanas más importantes y sus entornos.

Otro aspecto a destacar es que, de acuerdo con la pregunta censal, los datos se refieren sólo a aquellas personas que completaron estudios universitarios, con lo cual la información correspondiente a Enfermería no incluye el resto de la fuerza de trabajo formada en instituciones no universitarias. En este sentido, constituye una importante subestimación de la magnitud del total de la fuerza de trabajo en Enfermería.

El Censo de Población 2001 registraba 303.091 profesionales para las 11 carreras seleccionadas.² Este valor resulta en líneas generales consistente con las últimas estimaciones realizadas acerca de la fuerza de trabajo en salud (OPS/OMS, 2001) aunque para algunas categorías se observan diferencias originadas en el hecho de que, por tratarse de una estimación a partir de Fuentes secundarias (proyecciones nacionales de población sustentadas en tendencias que no se verificaron), los datos resultaron menos precisos (OPS, OMS, 2004).

² Las carreras seleccionadas corresponden con aquellas que son estrictamente de salud, por cuanto en las aportantes a salud resultaba imposible desagregar en la pregunta censal las personas que trabajaban en el campo.

**CUADRO V - Personas de 20 y más años con educación universitaria completa,
por profesión, según jurisdicción, Argentina, 2001**

Jurisdicción	Bioquímica	Enfermería	Farmacia	Fonaudiología	Kinesiología	Medicina	Nutrición	Obstetricia	Odonatología	Psicología	Veterinaria	TOTAL
Buenos Aires	4.759	3.176	6.017	2.410	2.507	36.931	1.247	1.913	11.559	14.020	7.295	91.834
24 Partidos Bs. As.	2.122	2.053	3.065	1.447	1.587	19.496	784	1.019	5.666	8.663	2.202	48.104
Resto Pcia. Bs.As.	2.637	1.123	2.952	963	920	17.435	463	894	5.893	5.357	5.093	46.174
Catamarca	141	145	86	26	127	669	22	27	228	82	28	1.581
Ciudad de Bs. As.	3.177	1.647	3.395	2.061	2.202	30.696	1.140	969	7.339	19.575	2.029	74.230
Chaco	309	267	305	26	297	1.732	25	38	633	123	361	4.116
Chubut	239	180	182	75	109	959	39	31	337	236	174	2.561
Córdoba	3.144	1.860	3.297	885	3.329	13.532	971	152	3.896	3.819	1.660	36.545
Corrientes	276	229	152	33	456	2.215	19	23	901	139	719	5.162
Entre Ríos	580	526	380	151	329	2.383	70	130	798	416	766	6.529
Formosa	99	314	68	18	109	719	15	63	342	54	126	1.927
Jujuy	225	219	161	58	156	1.145	39	6	468	178	72	2.727
La Pampa	148	54	214	66	121	695	22	35	243	163	485	2.246
La Rioja	141	112	49	29	112	775	45	5	232	58	34	1.592
Mendoza	647	394	1.454	477	201	4.478	367	153	1.382	1.119	268	10.940
Misiones	285	294	316	34	164	1.446	24	23	470	112	166	3.334
Neuquén	199	187	161	76	114	1.308	41	37	436	310	157	3.026
Río Negro	366	156	229	95	132	1.432	39	56	411	408	224	3.548
Salta	429	499	307	85	193	2.159	213	16	753	470	191	5.315
San Juan	298	303	310	99	183	1.551	70	32	410	535	60	3.851
San Luis	404	119	488	150	107	929	37	23	235	373	165	3.030
Santa Cruz	101	126	63	42	90	493	12	18	131	94	77	1.247
Santa Fe	2.495	1.075	2.341	930	630	9.489	143	164	3.115	3.260	1.832	25.454
Santiago del Estero	196	141	188	29	128	1.267	22	41	288	130	89	2.519
Tierra del Fuego	53	38	43	21	40	336	5	13	92	85	25	751
Tucumán	1.063	553	971	48	72	3.757	27	18	1.245	1.172	100	9.026
Total del país	19.774	12.614	21.177	7.924	11.908	121.076	4.654	3.986	35.944	46.931	17.103	303.091

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población. INDEC. 2001.

CUADRO VI
Dotación de profesionales por categorías seleccionadas
Argentina, 2001

Carrera	Absoluto	%
Bioquímica	19.774	6.5
Enfermería	12.614	4.2
Farmacia	21.177	7.0
Fonoaudiología	7.924	2.6
Kinesiología	11.908	3.9
Medicina	121.076	39.9
Nutrición	4.654	1.5
Obstetricia	3.986	1.3
Odontología	35.944	11.9
Psicología	46.931	15.4
Veterinaria	17.103	5.6
Total	303.091	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población, INDEC. 2001.

Los médicos constituyen la categoría predominante entre los profesionales de salud y representan casi el 40 % del conjunto seleccionado, seguido de los psicólogos (15%) y los odontólogos (12%). Cada una de las categorías restantes no llega a superar el 7% mientras los enfermeros representan apenas poco más del 4% (Cuadro VI).

Así, los datos censales indican la fuerte distorsión que se observa en la constitución del equipo de salud, que pareciera sostenerse en torno del trabajo médico, y la bajísima participación de la enfermería en ese equipo.

Las relaciones consignadas indican que es necesario encarar la implementación de estrategias que permitan promover las condiciones de formación y trabajo en enfermería.

El Proceso de Feminización

Los datos censales constituyen una foto de una situación en un momento determinado y por ello, un sólo dato no permite identificar tendencias. No obstante, la información incluida en el reciente procesamiento del Censo 2001 resulta valiosa por cuanto además de la edad, incluye

también el desagregado por sexo de los profesionales, dato del que no se disponía a nivel nacional y que resulta importante para el análisis del proceso de feminización que desde los años '60 ha caracterizado al conjunto de las carreras universitarias y, muy particularmente, a algunas categorías profesionales de salud, en la que tradicionalmente la mayoría de sus integrantes eran hombres. A su vez, la agrupación por tramo de edad resulta muy útil para el seguimiento de la evolución de esta tendencia en las distintas categorías así como para establecer el momento de consolidación de este fenómeno según jurisdicción. A tal fin se analizarán, a título ilustrativo, sólo algunas categorías.

La información completa correspondiente a cada categoría por jurisdicción y tramo de edad se encuentra en las publicaciones citadas (Abramzón, 2005, 2006). Según los datos, en Medicina los varones eran el 61% del total de los médicos en el país (Cuadro VII).

CUADRO VII
Composición de las categorías profesionales por sexo
Argentina, 2001

Total del país	Total General		
	Total	Varones	Mujeres
Bioquímica	100,0	30,4	69,6
Enfermería	100,0	15,5	84,5
Farmacia	100,0	31,1	68,9
Fonaudiología	100,0	1,5	98,5
Kinesiología	100,0	28,0	72,0
Medicina	100,0	61,0	39,0
Nutrición	100,0	3,0	97,0
Obstetricia	100,0	0,8	99,2
Odontología	100,0	42,1	57,9
Psicología	100,0	16,0	84,0
Veterinaria	100,0	77,5	22,5
Total	100,0 (303.091)	42,2 (127.956)	57,8 (175.135)

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población 2001, INDEC.

Sin embargo, los datos desagregados consignados en las publicaciones de referencia, (Abramzon, 2005, 2006): muestran que entre las personas de 65 y más años este porcentaje aumenta al 80% mientras que entre los de 20 a 29 años, el 59% del total son mujeres. Esta evolución permite suponer que, de modo coincidente con los estudios desarrollados en el campo de la educación superior en varios países de América Latina (Rama, 1987) el punto de inflexión de la tendencia se ubicaría en el comienzo de la década del 80, momento identificado como el de consolidación del ingreso masivo de las mujeres a la universidad.

No obstante, la tendencia no ha sido simultánea dentro de una misma categoría profesional para todas las jurisdicciones ya que son fundamentalmente los grandes centros urbanos en los que existen universidades los que registran con mayor anticipación este proceso. En la Ciudad de Buenos Aires las mujeres son ya mayoría (54%) entre los médicos de 30 a 39 años, lo que claramente habla de la mayor antigüedad de la tendencia en un ámbito que, por las características propias de toda gran ciudad, es más permeable a los cambios.

Por otra parte, este fenómeno tampoco se ha desarrollado con la misma intensidad en todas las categorías profesionales y seguramente, a ello también han contribuido los factores culturales propios de cada profesión. En el otro extremo, Enfermería, categoría tradicionalmente femenina, que según el Censo en el total del país tiene una presencia del 84% (CUADRO VII), registra un movimiento inverso aunque de menor magnitud.

CUADRO VIII
Relación Varones/Mujeres entre las personas con estudios universitarios completos de Enfermería según tramo de edad, Argentina 2001 (en porcentajes)

ENFERMERIA	Tramo de edad						Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65	65 y más	
Total del país	28,6	28,9	14,3	9,6	9,0	6,0	18,3

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población 2001, INDEC.

El Cuadro VIII permite verificar que los hombres eran apenas el 6% mujeres de las mujeres entre los profesionales de más de 65 años, pero ese porcentaje va aumentando a medida que disminuye la edad hasta ubicarse

en alrededor del 29% entre los menores de 29 años. Es decir, entre los más jóvenes, más de la cuarta parte son varones. Ello podría estar indicando que tanto la escasez histórica de estos profesionales como la ampliación de su campo de práctica, han operado como factores que, en un contexto de contracción general del mercado laboral, hacen atractivo este espacio ocupacional también para los hombres, aún cuando no se hayan modificado sustancialmente los niveles de remuneración. En este campo podría hablarse de un proceso lento pero sostenido de “masculinización” de la profesión, proceso exactamente inverso al que ocurre en las otras categorías profesionales.

Distribución Geográfica de los Profesionales

La distribución geográfica de estos profesionales da cuenta de la falta de lineamientos de política que promuevan su radicación en determinadas áreas de acuerdo con las necesidades de salud de la población. Así, los datos demuestran como en la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires se concentra el 55% de los profesionales considerados mientras la población radicada en esos distritos no llega al 46%. El análisis por categoría reproduce esta característica en magnitudes equivalentes para la mayoría de ellas. La única excepción son los profesionales de Obstetricia que en esas dos jurisdicciones elevan su participación al 72% (Cuadro IX).

Puede sostenerse que en la base de este fenómeno está la ausencia de políticas activas de recursos humanos que tengan como objetivo satisfacer las necesidades de la población al tiempo que ofrezcan oportunidades de formación permanente y condiciones de trabajo dignas para los profesionales. Ello explica la concentración en los grandes centros urbanos que, por sus características, son los que brindan mayores posibilidades de inserción ocupacional y de desarrollo profesional al tiempo que amplias posibilidades de formación y especialización.

Esta característica, común a la mayor parte de los países, es atendida en muchos de ellos por políticas específicas de promoción y de incentivos destinadas a revertir la situación y garantizar una atención de calidad de los problemas de salud. El caso más cercano es el de Brasil que a nivel federal, provincial y municipal ha lanzado diversos programas que tienden a estimular la radicación de profesionales de distintas categorías en áreas

CUADRO IX
Distribución de profesionales por categoría,
jurisdicciones seleccionadas
(en porcentajes del total de la categoría)

Jurisdicción	BiQUímica	Enfermería	Farmacía	Fonaudiología	Kinesiología	Medicina	Nutrición	Obstetricia	Odontología	Psicología	Veterinaria	Total
Buenos Aires	24,1	25,2	28,4	30,4	21,1	30,5	26,8	48,0	32,2	29,9	42,7	30,3
Ciudad de Bs. As.	16,1	13,1	16,0	26,0	18,5	25,4	24,5	24,3	20,4	41,7	11,9	24,5
Córdoba	15,9	14,7	15,6	11,2	28,0	11,2	20,9	3,8	10,8	8,1	9,7	12,1
Santa Fe	12,6	8,5	11,1	11,7	5,3	7,8	3,1	4,1	8,7	6,9	10,7	8,4
Subtotal	68,7	61,5	71,1	79,3	72,8	74,9	75,2	80,2	72,1	86,7	74,9	75,2
Total del país	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población 2001, INDEC.

desatendidas a partir de la implementación de incentivos económicos, becas de capacitación, subsidios varios, etc.

CUADRO X **Relación Población, Médicos y Enfermeros** **Argentina, 2001**

Jurisdicción	Habitantes	Médicos	Habitantes/ médicos	Enfermeros	Habitantes/ enfermeros
Buenos Aires	13.827.203	36.931	374	3.176	4.354
24 Partidos Gran Bs. As.	8.684.437	19.496	445	2.053	4.230
Resto Pcia. Bs. As.	5.142.766	17.435	295	1.123	4.579
Catamarca	334.568	669	500	145	2.307
Ciudad Autónoma de Bs. As.	2.776.138	30.696	90	1.647	1.686
Chaco	984.446	1.732	568	267	3.687
Chubut	413.237	959	431	180	2.296
Córdoba	3.066.801	13.532	227	1.860	1.649
Corrientes	930.991	2.215	420	229	4.065
Entre Ríos	1.158.147	2.383	486	526	2.202
Formosa	486.559	719	677	314	1.550
Jujuy	611.888	1.145	534	219	2.794
La Pampa	299.294	695	431	54	5.542
La Rioja	289.983	775	374	112	2.589
Mendoza	1.579.651	4.478	353	394	4.009
Misiones	965.522	1.446	668	294	3.284
Neuquén	474.155	1.308	363	187	2.536
Río Negro	552.822	1.432	386	156	3.544
Salta	1.079.051	2.159	500	499	2.162
San Juan	620.023	1.551	400	303	2.046
San Luis	367.933	929	396	119	3.092
Santa Cruz	196.958	493	400	126	1.563
Santa Fe	3.000.701	9.469	317	1.075	2.791
Santiago del Estero	804.457	1.267	635	141	5.705
Tierra del Fuego	101.079	336	301	38	2.660
Tucumán	1.338.523	3.757	356	553	2.420
Total	36.260.130	121.076	299	12.614	2.875

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población 2001, INDEC

Este procesamiento de los datos censales, al incluir la distribución geográfica de los profesionales, ofrece la posibilidad de dimensionar la relación habitantes por categoría en las distintas jurisdicciones, dato de suma utilidad para evaluar las situaciones que debe atender el diseño de políticas de recursos humanos en salud. A fin de analizar algunas de estas situaciones, se han calculado las relaciones correspondientes a habitantes por médicos y habitantes por enfermeros en las distintas jurisdicciones.

Los datos permiten constatar la desigual distribución geográfica de profesionales y su concentración en los grandes centros urbanos, cual es el caso de la Ciudad de Buenos Aires en la que se llega a una relación de 90 habitantes por médico. Como el Censo relevaba personas en hogares, esto es, según lugar de residencia y no de trabajo, es probable que la relación real sea diferente e, inclusive, mayor ya que dados los límites tan difusos entre la Ciudad de Buenos Aires y los partidos del Gran Buenos Aires, muchos profesionales viven en ellos y ejercen en la Ciudad de Buenos Aires. Esta misma consideración, pero en sentido inverso, corresponde incluir al analizar la relación de 445 habitantes/médico, que se observa en los 24 partidos del conurbano bonaerense (Cuadro X).

Es importante tener en cuenta que en otras jurisdicciones como Córdoba que registra 227 habitantes por médico, también el dato incluye, diferentes relaciones en la Capital y el resto de la provincia. Esta observación es válida para todas las demás provincias, sobretudo, para las que tienen las capitales más importantes y registran las mayores relaciones habitantes por médico. Un fenómeno muy significativo es que aquellas jurisdicciones que, de acuerdo con todas las Fuentes, tienen los indicadores de salud más deficientes, sean las que tienen las menores relaciones (Formosa, Misiones, Santiago del Estero). Ello reafirma, desde otra perspectiva, la ausencia de políticas destinadas a atender las necesidades de salud de sectores de la población y promover la radicación de profesionales en esas zonas (Cuadro X).

En cuanto a la relación habitantes/enfermeros, el primer señalamiento que es necesario realizar es el que se refiere a las características de las personas incluidas en esta categoría en el Censo. Se trata de aquellos que completaron sus estudios universitarios. Ello explica que el número total de estos profesionales relevados alcance a sólo 12.614 personas (Cuadro X). Es sabido que la mayor parte del personal de enfermería no tiene grado universitario y tiene muy bajo nivel de capacitación, lo que ha motivado el desarrollo de numerosos programas tendentes a su profesionalización (OPS/OMS, 2002).

Para las autoridades de la Federación Argentina de Enfermeros no existen actualmente suficientes elementos que permitan determinar con precisión el número total de enfermeros que se desempeñan en el país ya que las estimaciones que maneja la institución son proyecciones de un dato histórico correspondiente al año 1980, al que se le han ido agregando los egresados anuales de los distintos títulos universitarios más los técnicos y auxiliares. Sería muy importante consensuar las acciones que permitan disponer de esta información en forma confiable y periódica.

Es importante recordar que, de acuerdo con los objetivos establecidos para el relevamiento, el Censo relevó lugar de residencia lo cual, como ya se mencionara, en algunas jurisdicciones podría estar alterando las relaciones reales. Este es claramente el caso de la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires, ya que es habitual que las personas se desplacen de su lugar de residencia a su trabajo en ese espacio.

CUADRO XI
Relación Médicos/ Enfermeros. 2001.

Provincia	Médicos	Enfermeros	Médicos / Enfermeros
Buenos Aires	36.931	3.176	12
24 Partidos Gran Bs. As.	19.496	2.053	10
Resto Pcia. Bs. As.	17.435	1.123	15
Catamarca	669	145	5
Ciudad Autónoma Bs. As.	30.696	1.647	19
Chaco	1.732	267	7
Chubut	959	180	5
Córdoba	13.532	1.860	7
Corrientes	2.215	229	10
Entre Ríos	2.383	526	5
Formosa	719	314	2
Jujuy	1.145	219	5
La Pampa	695	54	13
La Rioja	775	112	7
Mendoza	4.478	394	11
Misiones	1.446	294	5
Neuquén	1.308	187	7
Río Negro	1.432	156	9
Salta	2.159	499	4
San Juan	1.551	303	5
San Luis	929	119	8
Santa Cruz	493	126	4
Santa Fe	9.469	1.075	9
Santiago del Estero	1.267	141	9
Tierra del Fuego	336	38	9
Tucumán	3.757	553	7
Total	121.076	12.614	10

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población 2001, INDEC.

Estos datos permiten confirmar una de las distorsiones más serias que se identifican en Argentina en la estructura del equipo de salud. Es la referida 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 Aires (Cuadro XI). Los datos del Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud para 1998 proporcionaban información en la misma dirección (Abramzón, 2003)

Este hecho indica las dificultades existentes en el país para implementar programas que estimulen la formación y el trabajo en determinados campos críticos como es el de Enfermería. Los intentos que con este fin han implementado en los últimos 15 años las organizaciones representativas del sector con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud sólo han logrado una baja proporción de los resultados buscados (OPS/OMS, 2002), debido a la falta de condiciones de contexto que estimularan el desempeño en ese campo.

Estimación de La Fuerza de Trabajo en Salud en 2004

Con base en el Censo Nacional de Población y, de acuerdo con la metodología oportunamente elaborada, se ha realizado la estimación para cada categoría considerada adicionando al dato censal ajustado por condición de actividad, los egresados de los años subsiguientes corregidos por las tasas anuales de mortalidad y retiro.

Corresponde aclarar que para la estimación de los profesionales de Enfermería, sólo se han considerado los egresados del primer ciclo porque teniendo en cuenta las características del proceso de formación, se estaría incurriendo en duplicaciones si se incluyeran los egresados de licenciatura que son una parte de aquellos.

En forma preliminar puede estimarse que la fuerza de trabajo en salud incluiría en 2004 a unos 313.805 profesionales, de los cuales los médicos alcanzarían a 122.623 (Cuadro XI). Como resultado de las tendencias identificadas entre los nuevos inscriptos y los egresados, decrece a 39,1% la participación de los médicos en el total mientras aumenta la de los enfermeros y nutricionistas, entre otros. Teniendo en cuenta la confiabilidad del dato estimado por esta metodología para 2001 y, por tratarse de un período de sólo tres años en el que no se han registrado cambios significativos en las políticas lo que reduce considerablemente el error de estimación,

CUADRO XII
Estimación de profesionales de salud activos: categorías
seleccionadas Argentina, 2004

Profesionales	2004	En %
Bioquímica	19.629	6.3
Enfermería	14.474	4.6
Farmacia	19.510	6.2
Fonaudiología	7.809	2.5
Kinesiología	13.055	4.2
Medicina	122.623	39,1
Nutrición*	6.170	2.0
Obstetricia*	4.211	1.3
Odontología	35.592	11.3
Psicología	52.499	16.7
Veterinaria	18.233	5.8
Total	313.805	100.0

Fuente: Estimación propia con base en datos del Censo Nacional de Población 2001, INDEC.

* Dado que el INDEC no proporciona información desagregada sobre condición de actividad para estas categorías, han sido estimadas con base en la distribución de edades y las condiciones del mercado ocupacional

puede suponerse que el valor obtenido resulta un buen descriptor de la dotación real de profesionales en actividad de que dispone el país.

Debe recordarse que dada la normativa vigente respecto del ejercicio profesional, las organizaciones del sector no disponen de otros instrumentos que permitan conocer el número exacto de profesionales médicos en actividad. Ello se debe a que el control y regulación de ese ejercicio se encuentra descentralizado y la matrícula profesional es otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación o de las provincias y los Colegios médicos de cada jurisdicción. Al no existir una instancia de coordinación de ese registro no se dispone de datos confiables. Asimismo, aún cuando las jurisdicciones debieran informar fehacientemente el número de matriculados, sería necesario instalar mecanismos de depuración de los datos para eliminar las superposiciones resultantes de las varias matrículas que tienen muchos profesionales para ejercer en distintas jurisdicciones cercanas o vecinas. En este sentido, los objetivos del Observatorio de Recursos Humanos en Salud promovida por OPS-CEPAL-OIT, constituyen una alternativa que puede resultar muy útil a los países, en tanto, se propone una serie de actividades tendentes a producir instrumentos metodológicos que fortalezcan

las capacidades nacionales para el uso y análisis de la información, a optimizar la información disponible, apoyar el diseño y la realización de estudios específicos, etc. (OPS/OMS,2000)

Por su parte, la Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad (FATSA), una de las Fuentes históricamente representativas de un sector de la fuerza laboral en salud, registra para el año 2004 un total de 128.041 trabajadores entre técnicos, administrativos y personal de servicios generales y mantenimiento (CUADRO XIII).

CUADRO XIII
Trabajadores de la sanidad
Argentina, 2004

Categoría	Número
Técnicos	26.993
Administrativos	46.780
Servicios Generales	54.268
Total	128.041

Fuente: Elaboración propia con base en datos de FATSA, 2004

El proceso de Reforma que experimentó el sector, determinó importantes transformaciones en la organización de los servicios y disparó procesos de tercerización y privatización (Pautassi, 2001) que produjeron que muchos trabajadores del sector, antes nucleados en esa entidad, ahora pertenezcan a otras organizaciones. Por ello, de acuerdo con las entrevistas realizadas a informantes claves del sector, si se incluyeran los trabajadores que participan en la actividad a través de empresas que prestan servicios y que no están agremiados en FATSA, la dimensión real de la fuerza laboral en el campo de la salud se elevaría en un 30%, con lo cual su número podría estimarse en unas 166.500 personas.

El Censo de Población 2001 también ofrece información respecto de algunos profesionales egresados de otras carreras (ingenieros sanitarios, trabajadores sociales, entre otros) que no han sido incluidos en este análisis porque sólo una parte de ellos trabaja en salud y no ha sido posible establecer su magnitud. No obstante, su participación será

tenida en cuenta para la estimación de la fuerza de trabajo en el sector, a partir de la información proporcionada por organizaciones representativas.

CUADRO XIV
Estimación de la fuerza de trabajo sectorial, categorías seleccionadas
Argentina, 2004

Categoría	Número
Bioquímica	19.629
Enfermería	14.474
Farmacia	19.510
Fonaudiología	7.809
Kinesiología	13.055
Medicina	122.623
Nutrición	6.170
Obstetricia	4.211
Odontología	35.592
Psicología	52.499
Veterinaria	18.233
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000
Ingenieros Sanitarios	1.000
Trabajadores Sociales	3.300
Técnicos (excluidos profesionales)	35.091
Administrativos	60.814
Servicios Generales	70.548
Total	541.558

Fuente: Estimaciones propias con base en datos censales y de instituciones oficiales y privadas representativas del sector.

De este modo, la fuerza de trabajo en salud, estimada a partir de los datos disponibles para las categorías seleccionadas, ascendería en 2004 a unas 541.558 personas, lo que representa alrededor del 3,4% de la población económicamente activa para ese año estimada en alrededor de 16.000.000 personas (Cuadro XIV). Este valor estaría indicando un incremento de la participación relativa de los trabajadores de salud en el total de la fuerza de trabajo del país, ya que las estimaciones anteriores, la ubicaban en torno del 3%. Esta diferencia podría explicarse tanto por un aumento efectivo del número de trabajadores en el sector, como por la inclusión en este cálculo de alrededor de 40.000 personas que aportan a salud desde empresas de servicios administrativos, de mantenimiento, técnicos y financieros,

incluyendo el personal de las organizaciones de las obras sociales y servicios de medicina prepaga.

A Modo de Reflexión Final

El análisis realizado ha permitido identificar una multiplicidad de cuestiones que caracterizan el campo de la formación - instituciones, ingresantes y egresados - y la distribución de Recursos Humanos en Salud en Argentina que se pueden resumir de la siguiente manera:

- Desaceleración en el ritmo de crecimiento de la oferta de carreras de salud.
- Mayor participación de instituciones privadas en la oferta de carreras, sobretudo en aquellas que requieren una baja inversión.
- Menor ritmo de crecimiento de la demanda por estudios de Medicina y expansión de otras entre las que se destacan Nutrición y Kinesiología.
- Falta de políticas de promoción y estímulo de determinadas carreras con el objetivo de revertir el déficit marcado de algunas categorías profesionales (Enfermería).
- Importante distorsión en las relaciones dentro del equipo de salud, especialmente en la relación médicos/enfermeros.
- Necesidad de instalar mecanismos de regulación de la formación en Enfermería y otras tecnicaturas dada la dispersión existente de instituciones.
- Marcadas desigualdades en la distribución geográfica de todas las categorías profesionales.
- Inexistencia de sistemas de información permanentes de las variables claves para el campo de recursos humanos en salud.

Esta enumeración de algunas de las situaciones que caracterizan hoy a los Recursos Humanos en Salud en Argentina da cuenta de la multiplicidad de actores implicados en cada uno de ellos por lo cual su atención excede los marcos de un solo sector.

Por ello, resulta prioritario generar los mecanismos que posibiliten la implementación de políticas activas de Recursos Humanos. Este proceso

debería ser liderado por el Estado a través de sus áreas de Educación, Salud y Trabajo en los distintos niveles nacionales, provinciales y municipales y en él debieran participar los demás actores involucrados, asociaciones profesionales, representaciones gremiales, sociedades científicas y los usuarios.

Es importante remarcar que la falta de sistemas permanentes de información y las limitaciones estructurales de las Fuentes de datos dificulta el análisis del campo de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Por lo tanto, también en esta materia resulta imprescindible que el Estado, a través de las instancias pertinentes, acuerde la elaboración y puesta en funcionamiento de sistemas ágiles y confiables que permitan el monitoreo, de modo sistemático y permanente, de variables fundamentales para el diseño y ajuste de las políticas implementadas en este campo. La disponibilidad de los últimos datos censales abre una excelente oportunidad de identificación de aquellos aspectos en los que resulta prioritario encarar esta tarea.

Los procesos a los que han estado expuestas las sociedades nacionales han producido una serie de desequilibrios que hacen imprescindible el reposicionamiento del Estado como orientador y articulador de las políticas que garanticen el interés público en las acciones tendentes a cuidar y mejorar las condiciones de salud de las personas.

Los datos contenidos en este estudio, son parte de una serie publicada por la Representación de OPS en Argentina como contribución al Observatorio de Recursos Humanos en Salud, que tiene como propósito aportar datos actualizados e identificar nuevas situaciones resultantes de los cambios experimentados por la organización de los servicios de salud, las prácticas profesionales y la nueva configuración de los mercados laborales, que puedan ser de utilidad para fundamentar la toma de decisiones en materia de política de Recursos Humanos en Salud.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMZÓN, M. et al: Argentina: Recursos Humanos en Salud. En: OPS/OMS: *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Publicación N° 53. Representación OPS/OMS Argentina. 2001

-----, Los recursos humanos en salud en Argentina. Una mirada a los datos. En: *Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones*. Publicación N° 58. Representación OPS/OMS. Argentina. 2003

ABRAMZÓN, M. Los Recursos Humanos en Salud en Argentina. Una mirada a los datos. En: *Observatorio de Recursos Humanos en Salud: Información estratégica para la toma de decisiones*. Publicación 58. Representación Argentina OPS/OMS.2003

-----, M. *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62. Representación Argentina OPS/OMS. 2005

-----, M. *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. La distribución geográfica. Representación Argentina OPS/OMS.2006

BORREL BENTZ, R. M. Apreciaciones sobre las residencias médicas en Argentina. EN: Campos, F.; Paranagua de Santana, J. (2002): Introducción. En: *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Seminario Internacional. OPAS/OMS. Ministério de Saúde, Brasília. 2001

FERREIRA, J. R. Escenarios posibles de la educación, su práctica y su regulación en las profesiones de la salud en los países del Mercosur. En: ALVAREZ CUEVAS, L.; BRITO, P. (coord.): *Presente y futuro en la formación, práctica y regulación profesional en Ciencias de la Salud*. OPS/OMS. México

OPS/OMS. *Las condiciones de salud de las Américas*, OPS/OMS. Washington.1994

-----, *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Publicación N° 53. Representación OPS/OMS/Argentina ;

-----, *Desarrollo curricular de las residencias médicas en la argentina*. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. En rensa.2004

-----: *Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina*. 1990-2000. Representación OPS/OMS Argentina. Buenos Aires.2002

----- (2000): *Observatorio de Recursos Humanos en Salud*. Propuesta Intergerencial OPS-CEPAL-OIT. Quito.2000

PAUTASSI, L. *Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*. CEPAL- ECLAC. Santiago de Chile.2001

PIERANTONI, C. A informação para a gestão local de RRHHS: O sistema de informação e gestão para RRHHS. EN: *OBSERVATORIO DE RRHHS. Estudos e análises*. OPAS/OMS. Brasília. 2002

RAMA, G. W. *Desarrollo y Educación en América Latina y el Caribe*. Tomo 2.CEPAL-RUIZ, A.; NIGENDA E, G.; BEJARANO, R. M : Política sobre Recursos Humanos

del sector salud en Méjico. En: *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Seminario Internacional.OPAS/OMS. Ministério de Saúde. Brasília. Noviembre 2002.

RUIZ, A.; NIGENDA e, G.; BEJARANO, R. M. UNESCO-PNUD, Kapelusz. Buenos Aires. 2002

UBA : <http://www.uba.ar/institucional/censos/series/cuadro6.htm> 19/8/2005. 2002

UNIDAD DE DESARROLLO DE RRHH OPAS/OMS : Observatorio de Recursos Humanos en Las Americas 1999-2004: lecciones aprendidas y expectativas para el futuro. En: *Observatorio de RRHHS no Brasil. Estudos e Análises*. Volume 2. OPAS/OMS. Ministério de Saúde. Brasília.2004

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

Argentina: Recursos Humanos en Salud: Contexto y Regulación

Pablo F. Bonazzola

4

INTRODUCCIÓN

EL SISTEMA DE SALUD: BREVE HISTORIA

La fragmentación del sistema de salud de Argentina podría ser enunciada como una de sus principales características. Esta fragmentación – entendida como dispersión anárquica y a veces antagónica de innumerables historias, intereses, recursos, procesos y decisiones – separa a actores con proyectos de poder explícitamente diferentes, pero también a integrantes del propio subsector público, de la seguridad social y de la comunidad; y ha sido uno de los obstáculos o impedimentos históricos para la concreción de respuestas equitativas, integradas e integrales a las necesidades de salud de la población. Precisamente, la fragmentación es una estrategia de poder que entre otros mecanismos actúa a través de la atomización de la sociedad en grupos con escasa capacidad de poder (Binder, 1998).

Se relaciona también con la dificultad para el desarrollo de políticas de recursos humanos sostenidas y coherentes como parte de un proyecto de transformación sanitaria.

Se destacan a continuación algunos elementos de este carácter fragmentario a partir de una breve reseña histórica de los tres subsectores componentes del sistema: público, de la seguridad social y privado.

El subsector público como prestador alcanzó una importante capacidad instalada de dependencia nacional en la década de 1940, durante la gestión del Ministro Carrillo dirigida al desarrollo de un Plan Nacional de Salud. Desde fines de los 50, sucesivas transferencias de establecimientos a las provincias y municipios (Veronelli, 1975) llevaron a que en 1993 prácticamente no quedaran efectores de dependencia nacional.

Las competencias en materia de salud no están delegadas constitucionalmente por las provincias en la Nación, por lo que la reformulación del

rol de la autoridad sanitaria nacional al quedar sin capacidad instalada propia, fue dificultosa.

Por otra parte, el gasto en atención pública de la salud está a cargo principalmente de los Estados provinciales -en 2003 correspondió a las provincias un 66.5% del total, y a los municipios un 14.2% (MSAL, 2004). Estos factores –competencias nacionales débiles y participación presupuestaria reducida – no son obstáculos menores para el objetivo de propiciar políticas de salud comunes mediante la concertación federal.

La seguridad social se basa principalmente en un sistema profesional múltiple, es decir, de obras sociales organizadas por rama de producción, que en su etapa de mayor expansión – décadas del 70 y 80 – llegó a dar cobertura a más de dos terceras partes de la población. Adicionalmente, existe un conjunto de entidades de medicina prepaga, basadas en aportes privados de los usuarios, los que suman menos de un 10% de la población – aunque mediante diversos convenios para efectuar la gestión de obras sociales, incrementaron sus adherentes en los últimos años.

Las obras sociales atendieron históricamente a sus beneficiarios a través del subsector prestador privado, y en mucha menor medida mediante efectores propios. La atención de beneficiarios de las obras sociales – reconocidos como tales – en los efectores públicos tuvo siempre una escala reducida, pese a diversos esfuerzos en contrario. Prevalció hasta la actualidad el divorcio entre dos circuitos de atención: La población sin cobertura o con cobertura no declarada, en los efectores públicos; y los beneficiarios de obras sociales, en los prestadores privados.

El subsector prestador privado está representado por los profesionales que ejercen en forma liberal, y por las instituciones de propiedad privada. Éstas últimas desarrollaron una importante capacidad instalada, y desde mediados de los 70 la incorporación de tecnología se asoció preferentemente a este subsector. Su marcada dependencia financiera de la atención a beneficiarios de la seguridad social lo ubica como un factor de presión muy activo en esta cuestión, y muy influido por la crisis de las obras sociales. La trama interna del subsector es muy compleja, y hay intereses diferentes que se manifiestan por ejemplo, en las posturas de los empresarios de la medicina y las de las asociaciones representantes de los profesionales.

Como ocurrió en la mayoría de los países de América Latina, a partir de los 80 el sector salud fue objeto de críticas crecientes por los resultados

insatisfactorios en cobertura, equidad y mejora de salud de la población. Se incrementaron los planteos de necesidad de cambios inspirados en la estrategia de atención primaria y en la búsqueda de sistemas de salud integrados e integrales. Se fue haciendo patente también la preocupación por los costos insostenibles de funcionamiento y desarrollo.

El inicio de estos procesos de cambio del sistema de organización y financiación de los servicios de salud marcó no solamente el agotamiento de un viejo modelo de atención sino la crónica incapacidad del Estado para intervenir y regular la puja distributiva entre los distintos grupos de intereses del sector y su impotencia para imponer nuevas reglas de juego (Bloch & Irene, 2002).

A partir de los 90 se hicieron dramáticamente manifiestas las deficiencias de este modelo. La aplicación de las recetas neoliberales llevó a límites hasta entonces desconocidos en el país la desigualdad, la pobreza y la marginación. El incremento masivo de la desocupación y la precarización laboral determinó la pérdida de cobertura de obra social para amplios sectores de población. Esta población recurrió en muchos casos para su atención a los establecimientos públicos, generando una sobrecarga que puso al subsector al borde del colapso.

El desmoronamiento político, económico y social de diciembre de 2001 profundizó la crisis del sector y la inaccesibilidad de la atención para miles de argentinos (OPS/OMS, 2002), en especial durante 2002 y 2003. La posterior reactivación económica, la mejora del empleo y diversas medidas de emergencia sanitaria revirtieron en parte los efectos más deletéreos sobre la accesibilidad y la cobertura. Sin embargo, no se avizoran a la fecha cambios estructurales en el sistema de salud.

En síntesis, entre los elementos propios del sistema de salud argentino merecen destacarse:

- Un sistema prestador público fuertemente descentralizado en las provincias, y una tradición débil de concertación regional y federal.
- Un sistema de obras sociales que cubrió a sus beneficiarios a través de la prestación privada, con prescindencia de los servicios públicos de atención.
- Un subsector prestador privado altamente dependiente de la financiación de la seguridad social.

- Base de la seguridad social en los aportes y contribuciones generados en la relación laboral formal; con una alta vulnerabilidad de financiadores y prestadores frente a las crisis del empleo.
- Elevada proporción de gasto de bolsillo en salud (más del 40% del total); con las consiguientes distorsiones e inequidades.
- Una profunda crisis global nacional desde diciembre de 2001, que desnudó o intensificó las limitaciones del sistema sanitario.

Las anfractuosidades del sistema sanitario determinan una compleja trama del mercado laboral en el que participa el recurso humano.

Se verifica una marcada tendencia al poliempleo, que en el caso de los médicos puede llegar al desempeño de cinco o más empleos formales (Bloch & Irene, 2002). De tal manera, los profesionales suelen tener varios empleadores o financiadores de los diversos subsectores. Se generan así contradicciones individuales y corporativas en la defensa de los intereses laborales, ya que la norma que conviene a la mañana puede ser perjudicial en el trabajo de la tarde. No es éste un problema menor a la hora de intentar la convocatoria de los profesionales al desarrollo de un proyecto sanitario común.

Diversos procesos que son materia central de regulación en recursos humanos reflejan este contexto. Estos procesos son la formación del recurso humano; el ejercicio profesional, tanto liberal como en relación de dependencia; y la organización del trabajo en las organizaciones de salud.

Aspectos de la Formación

La formación profesional, y particularmente la de los médicos en Argentina durante buena parte del siglo XX, puede enmarcarse en el llamado modelo flexneriano, con predominio de la concepción biologista y la jerarquía de la especialización (Medici, 1999). Esta formación, extendida al pre y posgrado, fue funcional y se retroalimentó con el modelo de atención preponderante (Bonazzola, 2003).

A partir de los 70-80, las críticas al sistema de atención y sus pobres resultados se hicieron extensivas al sistema formador, adjudicándosele parte de la responsabilidad al no producir “los profesionales que el país necesita”.

Nuevos enfoques educativos tomaron en cuenta los cuestionamientos al cientificismo acrítico, y los nuevos conocimientos sobre promoción y prevención, participación comunitaria, educación para la salud, y sus mejores resultados sobre la salud colectiva. Las polifacéticas concepciones y experiencias en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, encauzaron una parte importante de los esfuerzos por formar profesionales diferentes (OPS, 2003). La preocupación por los costos, el uso eficiente de los recursos y el ajuste de los programas sociales hizo sentir también su influencia desde el campo económico y de la gestión gubernamental.

En el plano de las concepciones educativas, la complejidad creciente asignada a los problemas de salud sugirió que ninguna profesión en particular sería capaz de dar una respuesta global a los mismos. Las transformaciones sociales rompieron la relación de correspondencia entre profesión y problema a resolver, por lo que cada vez más zonas indeterminadas de la práctica escaparon de la racionalidad técnica (Tenti & Gómez, 1989).

La complejidad de estas relaciones son planteados hoy como un emergente central en la formación y la organización de los recursos humanos, y han llevado a propiciar la expansión del objeto de estudio de las diversas disciplinas, y la necesidad de la formación en el enfoque interdisciplinario y el trabajo en equipo (Paradiso, 1995).

El sistema formador en Argentina, integrado por un número importante de universidades públicas y privadas, intentó asumir esta transformación de concepciones, objetivos y métodos. Algunas universidades introdujeron en los últimos años evaluaciones internas y cambios curriculares con dichas orientaciones.

Desde la autoridad sanitaria nacional, se encararon acciones tendientes a la formación en salud social y comunitaria de los recursos humanos que trabajan en el primer nivel de atención; y a la incorporación de prácticas en el marco de APS en la currícula de las residencias médicas (MSALN, 2004). Diversas provincias y municipios encararon programas en similar sentido.

Sin embargo, el país no alcanzó todavía una etapa de transformación estratégica de su sistema formador. (Abramzón, 2005) señala entre los problemas persistentes del mismo: expansión de la oferta educativa, especialmente privada, sin estudios que avalen su necesidad o calidad; ausencia de promoción de carreras estratégicas, como es el caso de enfermería; y

persistencia de planes de estudio desvinculados de las cambiantes necesidades sociales.

El Ejercicio Profesional: el Control del Ejercicio Liberal

El control del ejercicio de las profesiones de la salud, en especial la medicina, estuvo históricamente reservado a sus propios integrantes. La ética hipocrática no admitía más que la propia conciencia del profesional y sus iguales para analizar sus actos profesionales y su conducta ética.

Esta concepción liberal del control del ejercicio profesional fue progresivamente combinada o sustituida por otros enfoques al hacerse cada vez más compleja la relación entre las personas y los sistemas de atención.

Por una parte, existe actualmente una percepción creciente de sus derechos personales por parte de los pacientes-usuarios-ciudadanos en cuanto a su información, opinión, decisión y autonomía en lo atinente a la atención de su salud, en detrimento de las posturas profesionales de tipo paternalista o autoritario.

En segundo lugar, la modificación de los procesos de trabajo reemplaza con frecuencia la tarea solitaria del profesional en compartimientos estancos por la actividad en equipo, interdisciplinaria.

En tercer lugar, una proporción importante del trabajo profesional individual ha quedado bajo la influencia de grandes organizaciones prestadoras o de control. Tal es el caso de los profesionales asalariados a nivel público o privado, y los que atienden beneficiarios de entidades financiadoras previa aceptación de las normas y controles de las mismas. En todos los casos, el interés por los costos y la calidad ha incrementado notablemente la participación de diversos actores y disciplinas en la evaluación de los procesos de atención.

De tal manera, existe hoy una compleja trama normativa y evaluadora del ejercicio profesional, ya sea liberal o asalariado, complejidad acrecentada por la inserción frecuentemente multiocupacional de los profesionales en el mercado laboral. Para algunas profesiones inclusive –por ejemplo, médicos, enfermeros- existen leyes de ejercicio en el orden nacional y provinciales, lo que genera criterios de aplicación inciertos.

El interés por el control del ejercicio no pertenece sólo a los organismos del Estado. Ciertos mecanismos como la matriculación, la certificación y recertificación, y la acreditación, pueden constituir – o constituyen – la llave de acceso al trabajo legal, y a la contratación con los entes de cobertura. Diversas organizaciones corporativas profesionales – Colegios profesionales, asociaciones de especialidades – ostentan un significativo poder por haber recibido de las autoridades provinciales, la delegación de facultades para otorgar la matrícula profesional o la certificación de especialidad. Por otra parte, dichos reconocimientos tienen validez solamente en la jurisdicción de origen, por lo que contribuyen a la fragmentación.

Estas situaciones pueden comprometer la defensa del interés público. Algunas corporaciones que controlan la formación y admisión de especialistas – el caso más llamativo es el de los anestesiólogos, si bien se advierten tendencias parecidas en otras especialidades – suelen actuar como duros negociadores hegemónicos tanto en el sector público como en el privado; exigiendo condiciones contractuales muy alejadas de la media, y generando incertidumbre para el mantenimiento de los servicios.

El Ejercicio en el Subsector Público

La regulación del ejercicio profesional en el subsector público, además de las normas propias de cada profesión, está dado por los regímenes laborales que rigen la relación entre empleados y empleadores.

Las insuficiencias de la administración pública clásica y los procesos de reforma del Estado ocupan un lugar especial en los análisis de la situación del recurso humano en salud. Como afirma Arroyo Laguna, el modelo burocrático nunca terminó realmente de imponerse en América Latina sobre el más resistente de todos los modelos de administración pública en nuestras latitudes, el patrimonialismo o clientelismo. Se observan por eso, a la vez, la administración en base a confianzas, la cultura burocrática centrada en los procedimientos y las ideas-fuerzas de la eficiencia y la administración en base a resultados (Arroyo, 2002). Esta explicación es en general muy aplicable a muchos de los establecimientos públicos argentinos, y a sus dificultades en la gestión del recurso humano.

Se pueden identificar tres modalidades de encuadramiento profesional en los regímenes laborales públicos: a) Estatutos para el conjunto del personal, dentro del que se incluye al sector salud; b) Carreras sanitarias

que involucran en un régimen especial a todo el personal de los hospitales; o c) Carreras particulares para algún agrupamiento específico de los hospitales, en especial los profesionales. En algunos casos coexisten numerosas normas complementarias y específicas. Todo ello constituye una maraña normativa en materia laboral, lo que sumado al anacronismo de muchas de esas reglamentaciones, generan diversos problemas en los servicios públicos de salud (Bonazzola, 1996).

Entre dichos problemas se destacan la dificultad para la gestión impuesta por la gran heterogeneidad e inadecuación de regímenes laborales, y la gran variedad y número de formas contractuales transitorias e informales, con especial predominio entre los médicos. Asimismo, es frecuente el pobre desarrollo de las funciones más actuales de gestión de recursos humanos en las áreas de personal hospitalarias; así como la conflictividad laboral basada en razones salariales e inexistencia de motivación, y escaso desarrollo orgánico de áreas de negociación laboral.

Las áreas de recursos humanos hospitalarias continúan abocadas principalmente a las funciones clásicas de aplicación de regímenes laborales, control de personal, descripción de puestos; y cálculo de dotaciones necesarias; con poca dedicación y competencias en materia de relaciones laborales y manejo orgánico del conflicto laboral; seguimiento de condiciones y medio ambiente de trabajo; capacitación; e investigación laboral.

El conflicto laboral está en crecimiento en el sector salud, por complejas motivaciones. Sin duda son elementos del contexto el empobrecimiento general de la población incluyendo los sectores medios a los que pertenece un sector importante de los profesionales de salud; y las políticas de reducción del Estado de los 90. Los reclamos de aumento salarial y la oposición a la introducción de reformas en los sistemas de salud fueron los dos motivos principales de la conflictividad que se registró en los países de América Latina.

Cuando la conflictividad se instala en el sector salud, suele generar desafíos éticos que emergen de la colisión entre el derecho al libre ejercicio de las libertades sindicales y el derecho humano fundamental a la vida, al que es asimilable el derecho a la salud (Scavino, 2004). En una experiencia personal en la gestión de un hospital pediátrico de alta complejidad, un conflicto gremial de seis meses durante 2005 produjo treinta y un días de huelga con afectación de la atención en las áreas críticas, especialmente por la adhesión de personal de enfermería. La intervención de varios jueces

y de los Ministerios de Salud y de Trabajo, sin que se lograra resolución en corto plazo, hizo patente la insuficiencia de las normas pero principalmente de los acuerdos sociales básicos para garantizar el equilibrio en el respeto al conjunto de derechos.

El Trabajo en las Organizaciones de Salud

Frecuentemente se responsabiliza a los profesionales, su resistencia al cambio y sus intereses corporativos como causa de las deficiencias del sistema. Al decir de un autor, “Casi no hay ningún análisis de los recursos humanos que no termine ´inculcando a la víctima`. Antes se les imputaba no entender la atención primaria o la salud pública, y ahora no atender suficientemente la preocupación por los costos y la gerencia” (Arroyo, 2002).

En verdad, el rol central de la fuerza de trabajo en el sector salud es debida a que las instituciones de salud son más dependientes de su recurso humano que cualquier otro tipo de organización. Las intervenciones de salud están basadas en el conocimiento, y el personal es el “guardián” del mismo (OPS, 2001). Además, el carácter recurso humano intensivo de las actividades de salud hace que se le asigne la mayor proporción del destino de los presupuestos destinados al sector salud, entre el sesenta y cinco y el ochenta por ciento en los diversos países.

El recurso humano es el único factor productivo que mejora con el tiempo, que aprende, que es conciente del proceso productivo y disputa su control, y que puede crear el proceso productivo mismo (Rovere, 1993).

Las instituciones de salud poseen los atributos de las burocracias profesionales, por lo que sus estrategias son en gran parte las de los profesionales individuales – el núcleo operativo- de la organización, y las de las asociaciones profesionales fuera de ella. Las estrategias de la burocracia profesional representarían el efecto acumulado de las iniciativas estratégicas que sus miembros fueran capaces de convencerla a emprender; por lo que la posibilidad de cambios en las organizaciones sanitarias está muy ligada a la formación que traen los profesionales al incorporarse (Mintzberg, 1992, 2005).

Las afirmaciones anteriores sugieren que la viabilidad de los variados desafíos actuales en los sistemas de salud – tales como el trabajo en equi-

po, la interdisciplina, la calidad, el mejoramiento del desempeño, la gestión clínica, la transformación del modelo de atención; la propia viabilidad de políticas nacionales de salud, en última instancia – dependen fuertemente de la formación, del compromiso y protagonismo del personal.

Al mismo tiempo, el fundamento de cualquier política de recursos humanos debe ser la propia política nacional de salud. “Pareciera que no tener en cuenta este postulado, podría explicar los desajustes y fracasos que se registran en esta materia en muchos países al implementar iniciativas aisladas destinadas a atender situaciones coyunturales sin articulación con problemas estructurales” (Abramzón, 2005).

Entre las fortalezas para el desarrollo del recurso humano se han señalado la capacidad técnica para diseñar políticas coherentes y viables; la fortaleza y estabilidad de las instituciones; la viabilidad política, la aceptabilidad social, y la sustentabilidad (Dussault & Dubois, 2003).

Otros autores han insistido en la necesidad, para la administración pública, de realizar la adecuación crítica a los principales cambios impulsados en la gestión empresarial de recursos humanos, tales como la tendencia a constituir equipos de trabajo; la reducción de niveles y de las estructuras de conducción; la incorporación de la polivalencia y el enfoque de calidad en los contenidos del trabajo; la capacidad de abstracción y generalización dentro de las calificaciones requeridas; y la jerarquía de las relaciones laborales y la negociación colectiva (Brito et al, 1996).

Asimismo, el campo de los recursos humanos en salud se amplió en los últimos años con concepciones tendientes al mayor protagonismo del personal en la gestión, a través de corrientes como la calidad y la gestión clínica (Insúa, 2002).

Pese a estas nuevas orientaciones, diversos estudios (OPS, 2004; Joint Learning, 2004; Abramzón, 2005) coinciden en la persistencia de problemas en la situación de los recursos humanos de salud en los países latinoamericanos, entre ellos:

- Desajustes en la disponibilidad y composición de la fuerza de trabajo. En nuestro país es frecuente la afirmación de la existencia de un número excesivo de médicos, e insuficiente de enfermería; como cuestión contradictoria, debe señalarse la autorización en los últimos años de diversas facultades privadas de medicina, sin que mediase una planificación global del recurso a formar.

- Distribución inadecuada de la fuerza laboral, con tendencia franca a la concentración urbana. La inexistencia de políticas sectoriales con objetivos específicos y la concentración y permanencia de las instituciones universitarias en las que se forman los médicos en los grandes centros urbanos refuerzan la hipótesis de que la distribución regional de los profesionales no ha experimentado variaciones sustanciales.
- Formación biológica, enfoque pedagógico tradicional. Inadecuación de las habilidades o competencias a las necesidades poblacionales.
- Falta de coordinación en la planificación entre los sectores de salud y educación para adecuación de cantidad y perfil del recurso humano que se forma.
- Insuficiencia de mecanismos de evaluación del desempeño, y de sistemas de incentivos para promover calidad y productividad.
- Fragmentación de los procesos de trabajo.
- Ambientes de trabajo inadecuados.
- Salarios públicos bajos, baja competitividad, heterogeneidad entre diversas dependencias (por ejemplo, ministerios y obras sociales).
- Falta de motivación, ausentismo y tasa baja de participación de los trabajadores en funciones de toma de decisiones.
- Normas y reglamentos inflexibles y regresivos.
- Inequidades por razón de sexo persistentes.
- Información insuficiente para la planificación y gestión.

Las tecnicaturas en salud constituyen un campo especial de consideración. Existe un gran número de las mismas, fundamentado en la diversificación de actividades característica de los establecimientos sanitarios. Las instituciones formadoras son numerosas y heterogéneas. Las tecnicaturas están incluidas en general en las dotaciones hospitalarias, pero suelen tener mayores problemas que los otros agrupamientos para su promoción escalafonaria. En ciertas ocasiones pueden entrar en conflicto de competencias con las licenciaturas universitarias que se desempeñan en el mismo campo.

Otro campo de enorme importancia es el de enfermería. La profesión se encuentra en un proceso de crecimiento y jerarquización, reflejado en diversas leyes de orden nacional y provinciales sancionadas en los últimos

años, que tienden a la profesionalización progresiva con plazos de cumplimiento que se han prorrogado. Se verifican diversos factores de tensión en el proceso. Entre ellos se pueden mencionar: el desajuste entre la demanda del mercado laboral y la cantidad de profesionales existentes; los intereses a veces no coincidentes de los sindicatos y las asociaciones de enfermería universitaria; y la no reglamentación de competencias propias de la licenciatura.

Espacios de Políticas Y Regulación

La regulación del trabajo en salud se dirige a la garantía de idoneidad, calidad y seguridad de servicios para los ciudadanos; pero es también una herramienta clave de articulación e integración de espacios institucionales y sociales como parte de un proyecto nacional y regional de salud.

Estos espacios, básicamente, son los siguientes:

- Nación y MERCOSUR. Acuerdos de integración en materia de normas de atención y ejercicio profesional. Atención en zonas limítrofes. Homologación del ejercicio profesional en los diversos países.
- Nación y provincias. Concertación federal en materia de necesidades y orientaciones en formación de recursos, marcos de control de ejercicio profesional, equiparación de regímenes públicos.
- Estado Nacional y Universidades: Coordinación de la formación profesional con las necesidades del sistema de atención. Investigación y desarrollo en el campo de organizaciones sanitarias.
- Estado y subsectores: Integración normativa del trabajo y su control en subsector público, seguridad social y privado. Estandarización del aseguramiento de la calidad.
- Ciudadanía-sectores sociales: Sistema de información para garantía de derechos personales y participación en la calidad de atención.
- Asociaciones profesionales y sindicales del MERCOSUR
- Nación-Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Es un espacio particular dado que la Ciudad estableció su carácter autónomo en años recientes. La transferencia de las actividades de regulación favorecerá la autonomía de la jurisdicción, y potenciará el replanteo del Ministerio nacional hacia sus nuevas funciones.

Elementos para una agenda

El propósito general de las políticas de recursos humanos en salud es el desarrollo de trabajadores y equipos con compromiso y capacidad para dar una respuesta integral a las necesidades de salud de la población.

Más específicamente, las políticas de recursos humanos deben contribuir a la accesibilidad, equidad e integralidad en la atención de la población, y a asegurar la calidad de las prestaciones a través de la direccionalidad de la formación, del ejercicio profesional y de las relaciones laborales de los trabajadores del sector.

El Estado debe intervenir activamente a través de la regulación en la configuración del mercado laboral, procurando que los diversos intereses se encaucen y sean sinérgicos con una respuesta social sanitaria adecuada.

Asimismo, debe desarrollar políticas activas para motivar a los profesionales formados a permanecer trabajando en el país.

Las actividades dirigidas a estos objetivos pueden sistematizarse en tres espacios posibles de regulación: el de la formación, el del ejercicio profesional y el de las relaciones laborales.

Formación

La coordinación entre educación y salud es fundamental, entre otros aspectos, para promover el equilibrio numérico de los graduados, la adquisición de las habilidades más apropiadas y la distribución territorial con llegada a las poblaciones más vulnerables; así como para desarrollar condiciones para la educación continua en todo el territorio nacional.

La formación adecuada desde el pregrado es imprescindible para las necesidades actuales en el desempeño asistencial. Debe promoverse la continuación de las reformas curriculares iniciadas en algunas facultades de medicina, a fin de incrementar la vinculación de la teoría con la práctica, la formación integral, el enfoque por resolución de problemas, el desarrollo del juicio crítico y la aptitud para el trabajo en equipo de los estudiantes.

Se debe continuar asimismo con el proceso de capacitación de profesionales para actuar en el primer nivel en el marco de la estrategia de Atención Primaria, como se ha comenzado desde hace algunos años, en

procura de un punto de equilibrio entre la generalidad y la especialización en los sistemas prestadores.

La formación de los integrantes del equipo de salud debe permitir dar respuestas a la demanda creciente en relación con el respeto a los derechos y la dignidad de las personas en su relación con el sistema de salud; al derecho a la intimidad, a la información, a la participación y a la autonomía de las decisiones de las personas.

Recursos humanos debería ser un tema permanente en el Consejo Federal de Salud, a fin de intervenir en el diagnóstico, planificación e implementación de la formación y distribución territorial de recursos críticos, y la colaboración entre los gobiernos provinciales y municipales para la constitución de planteles profesionales adecuados.

Debe avanzarse con los países del MERCOSUR en el reconocimiento uniforme de las profesiones de salud y de sus contenidos. Asimismo, debería procurarse una planificación conjunta regional en materia de formación de recursos humanos críticos.

Deben adoptarse políticas activas de formación, promoción y regulación prestacional frente a limitaciones críticas para el funcionamiento de los servicios originadas en cuestiones de recursos humanos, como es el caso actual de los especialistas en anestesiología en casi todo el país, y otros en ciernes como terapeutas pediátricos y neonatólogos.

La profesión de enfermería es actualmente una cuestión estratégica. Se debe continuar con el proceso de profesionalización para elevar la calidad del equipo de salud y replantear los procesos de trabajo hospitalarios. Deben desarrollarse programas de estudio e incentivos que promuevan la elección de la carrera por los estudiantes. Un punto pendiente en nuestro país es definir las competencias de la licenciatura de enfermería.

Las tecnicaturas requieren también definiciones en materia de reconocimiento y regulación de los estudios y delimitación de incumbencias, en el marco de un análisis global de los recursos humanos en salud.

Ejercicio Laboral/Profesional

Este espacio abarca los requisitos de entrada -registro y matriculación- en el ejercicio profesional; la disciplina y la ética profesional; la certificación

de competencias, entre otros. En las organizaciones públicas, comprende también los regímenes laborales.

El desafío de la regulación en este campo es cómo orientar los sistemas de salud hacia respuestas óptimas a la población; contemplando al mismo tiempo al máximo posible, los derechos de ejercicio liberal o los derechos laborales, respectivamente.

Una primera cuestión pendiente en Argentina es la elaboración de una ley marco de las profesiones de salud. Sigue vigente una vieja ley nacional de ejercicio de la medicina, y diversas jurisdicciones han aprobado leyes de otras profesiones. La sanción de un marco integral de referencia evitaría probablemente la dispersión normativa, y llevaría a tener en cuenta las necesidades derivadas de la integración regional.

Es necesario también profundizar la homogeneización del reconocimiento de profesiones de grado y especialidades para todo el país, teniendo en cuenta las reconocidas en otros países y la compatibilización con los integrantes del MERCOSUR.

Una actividad complementaria pero de significación con respecto a la protección de la salud de la población, es el establecimiento de criterios comunes de regulación sobre actividades que inciden sobre la salud humana, tales como tatuaje y piercing.

En el campo público, se deben elaborar y acordar criterios comunes para los regímenes laborales provinciales y municipales, superando la fragmentación actual, a fin de facilitar la distribución territorial de los profesionales, e incorporar de manera coherente conceptos y herramientas tendientes al desarrollo de una nueva gestión pública, innovadora y eficiente.

Las bases a profundizar en las carreras públicas son principalmente: la promoción basada en el mérito y por sistemas de concurso; la mejora continua de la calidad del trabajo, sobre la base de evaluaciones de equipo sistemáticas; la redefinición de la evaluación de desempeño, incorporando el análisis de los equipos de salud y la autoevaluación.

La remuneración digna, las condiciones de trabajo adecuadas y cobertura social, la igualdad remunerativa, de posibilidades de promoción y de condiciones laborales entre hombres y mujeres, son además de una cuestión de principios, una herramienta estratégica para que el subsector público pueda constituir y mantener equipos de salud de adecuada

capacitación y motivación. Se debe promover la eliminación de las relaciones contractuales precarias, así como la organización del trabajo basado en dotaciones de personal reducidas que realizan horas extraordinarias en exceso.

Relaciones Laborales

El campo a regular es principalmente la relación de trabajo entre empleado y empleador en el subsector público de salud. Se extiende también a las normas laborales en las instituciones privadas. Es un ámbito de importante consideración como instrumento de políticas sanitarias.

Se debe priorizar el desarrollo de investigaciones y acciones sobre condiciones y medio ambiente de trabajo adecuadas y prevención del riesgo laboral, así como la eliminación de condiciones insalubres en lugar de compensar monetariamente la insalubridad.

Es necesaria una estrategia de prevención y administración de la conflictividad; involucrar a la opinión pública en los asuntos referidos a la gestión de los servicios de salud; estimular el debate acerca de los límites éticos y las responsabilidades gremiales cuando entran en colisión el derecho a preservar la vida y a ejercer las libertades sindicales.

El subsector público también debe explorar las convenciones colectivas de trabajo como la posibilidad de una forma madura de relaciones laborales.

El abordaje de la mayoría de los temas mencionados necesita de la afirmación de la función rectora del Estado Nacional en materia de políticas de recursos humanos. Aunque parte de las competencias pertenece a provincias y municipios, es clave la existencia de una orientación general y una intervención nacional activa en la concertación de las cuestiones regionales vinculadas con el ejercicio profesional y los regímenes laborales, sin perder de vista el escenario internacional. Asimismo, es fundamental la profundización de un sistema de información que permita la planificación y la toma de decisiones, actividad que es inherente al Estado nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMZÓN, Mónica. *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la salud, 2005.

ARROYO Laguna, J. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el área andina en los albores de los 2000. Cuadernos Médico Sociales No. 82, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Octubre 2002, págs. 29-42.

BINDER, A. La Sociedad Fragmentada. Artículo transcrito en: Rovere, Mario. Hacia la Construcción de Redes en Salud. Ed. Secretaría de Salud Pública de Rosario, 1998, pág. 159.

BONAZZOLA, P. Las residencias en el marco de una política de salud. En: Las Residencias del Equipo de salud. OPS, GCBA, Intituto Germani, Buenos Aires, 2003, pág. 102

----- . P. Anacronismos en la administración de personal de salud en la Argentina. Identificación para transformar el sector. En: BRITO Q., Pedro; CAMPOS, Francisco; NOVICK, Marta. *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1996. p.113-30

BLOCH, Carlos; LUPPI, Irene; Aronna, Alicia.- *Mercado de Trabajo Médico*, Edición del Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario, Argentina. 2002

BRITO P.; CAMPOS F.; NOVICK M. *Gestión de Recursos Humanos en las reformas Sectoriales en Salud*. Cambios y oportunidades. OPS, Washington, 1996.

DUSSAULT, G; DUBOIS, Carl-Ardy Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 2003, Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1> - (Acesso em 05/09/ 2007).

INSÚA, Jorge. Gestión Clínica: Dirección Médica Moderna y Gerenciación de Cuidados Clínicos. En: *Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio*. Ed. Instituto Juan Lazarte, Rosario (Argentina), 2002.

JOINT LEARNING INITIATIVE. *Human Resources for Health: Overcoming the crisis*. Communications Development Incorporated in Washington, DC, 2005, 217p.

MEDICI, A.C. Los Desafíos de la Formación Médica en el Próximo Siglo. Cuadernos Médico Sociales Nº 76. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Noviembre 1999, págs. 93-105.

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE. Informe de Gestión 2004.- En www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/memoria_2044.pdf.

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE. Gasto Público en Salud de las Provincias y Transferencias Nacionales. Unidad de Investigación Estratégica en Salud. Buenos Aires, setiembre 2004.- Disponible en www.msal.gov.ar/hm/Site/UIES/site.pdf

MINTZBERG, Henry. *Diseño de Organizaciones Eficientes*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1992.

OPS. Observatorio de Recursos Humanos de Salud. 134a. Sesión del Comité Ejecutivo. CE134/11, Washington, 18 de mayo de 2004.

----- . Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de Recursos Humanos en el Sector Salud, 128^a. Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, 2001.

----- . Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo largo de 25 Años y los Retos Futuros. CD44/9, Washington, setiembre 2003

----- /Ministerio de Salud.- Argentina, Situación de Salud en 2003. En <http://www.ops.org.ar>.

PARADISO, Juan Carlos.- Intersectorialidad e interdisciplinariedad en salud. En *Actas 5º Congreso de Salud en el Municipio de Rosario*, octubre 1995.

ROVERE, Mario. Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos n° 96*. OPS, Washington, 1993.

SCAVINO, Julio J. Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas: documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las organizaciones profesionales y sindicales en la Región de las Américas. Washington, OPS, 2004. (*Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, n° 35).

VERONELLI, J.C. *Medicina, Gobierno y Sociedad*. Editorial El Coloquio, Buenos Aires, 1975.

TENTI FANFANI & GÓMEZ, Campos. *Las Profesiones Modernas: Crisis y Alternativa*. En: Universidad y Profesiones, Miño y Dávila, Bs. As, 1989.

El Ciclo Largo 1990-2005 de Desestructuración del Campo de los Recursos Humanos en Salud en el Perú*

Juan Arroyo

* Artículo resumen del Informe País sobre Recursos Humanos en Salud, auspiciado por el Ministerio de Salud, OPS y el Proyecto AMARES y formulado para ser presentado en la Reunión de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud realizada en Toronto en octubre del 2005.

5

INTRODUCCIÓN

El presente artículo resume los resultados de un estudio sobre la situación de los recursos humanos en salud del Perú, llevado a cabo para el Ministerio de Salud del Perú entre agosto y octubre del 2005. En el Perú desde 1995 se emprendieron numerosas investigaciones sobre los recursos humanos en salud en el Perú, que posibilitaron el esfuerzo de síntesis que buscó realizar el presente estudio. Para ello se empezó por observar el contraste entre lo que fue el campo de recursos humanos antes de los 90 y lo que es hoy, lo que permitió visualizar mejor que se había venido viviendo un ciclo largo en el campo de recursos humanos, que empezó en la década de los 90, que se concluye lo ha llevado a una nueva situación caracterizada centralmente por el dislocamiento entre la oferta y demanda de recursos humanos en salud, la débil gobernabilidad de la formación en salud y un trade off entre el desempeño y la precarización salarial y laboral del personal de salud. La tesis central es que el Perú es hoy un ejemplo de un sistema descentrado de recursos humanos en salud.

El estudio utiliza como concepto clave el de ciclo de larga duración, concepto similar al de los ciclos de Kondratieff en la economía (1944) o al de Braudel en la historia, aplicado al campo de los sistemas y políticas de salud, y en este caso al tema de recursos humanos en salud. Estos ciclos de larga duración se caracterizan por una serie de regularidades entrelazadas, en este caso, por el nivel de la demanda potencial a convertirse en demanda atendida, la productividad media del sistema, los niveles remunerativos, la modalidad principal de relación laboral, el tipo de vinculación entre el sistema de atención y el sistema de formación en salud, la modalidad central de educación de postgrado y de educación continua y la forma aceptable de gobernabilidad y gobernanza, regularidades que no importa que no hayan nacido a la vez y como parte de una política explícita, pues han terminado por constituir la política de recursos humanos efectiva.

Se ha estabilizado así en el tiempo, con cambios menores que no afectan el ciclo largo, una configuración que mantiene la reproducción de la dinámica de los recursos humanos en su nivel y forma particular actual de regulación, gestión y desempeño. Podrían haber otras configuraciones mejores, pero se mantiene el esquema por aquello que los regulacionistas llamaron alguna vez el “modo de regulación”, esto es, el conjunto de normas, hábitos, leyes, redes de regulación, de reglas y procesos sociales interiorizados, que permiten que las cosas sigan en el tiempo (Lipietz, 1986), incluso pese a la periódica sensación de incomodidad.

El Actual Ciclo Largo de Recursos Humanos Y Su Modo de Regulación

Es central para la reproducción del actual ciclo largo de recursos humanos una manera de regulación y autoregulación, no sólo jurídica sino política, social y cultural. Todos los estudios de recursos humanos en el Perú realizados en los últimos años revelan aspectos de este “modo de regulación” – de desregulación debiéramos decir –, que ha terminado por modificar el status de las profesiones de salud y el de la formación en salud en el Perú.

Esta forma de apreciar lo sucedido por ciclos y sus “modos de regulación” evita la mirada dispersa, que acumula información, superponiéndola, sobre la disponibilidad de recursos humanos, la distribución, la matrícula, el número de facultades, las especialidades, los postgrados, las remuneraciones y todo lo demás, sin revelar su lógica general.

El ciclo largo actual ha venido configurándose a partir de varios desplazamientos, en particular cinco, que han terminado produciendo la nueva situación de los recursos humanos en salud en el Perú, que denominamos sistema descentrado:

- a) El dislocamiento entre el mundo del trabajo en salud y el de la formación en salud, pues ambos marchan bajo lógicas diferentes, creciendo la oferta educativa en salud por encima de la demanda de los servicios, siendo sin embargo la demanda educativa en salud superior a la oferta de las universidades e institutos superiores.
- b) La ampliación de la respuesta institucional a los problemas de

salud y por tanto el establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva, pero a partir no sólo de una ampliación de la infraestructura física y del financiamiento sino del mayor rendimiento de la fuerza laboral en salud.

- c) La transformación casi completa del régimen laboral, el paso del sistema de nombramientos al de contrataciones y la mantención del nivel de los salarios reales sólo en determinadas franjas, con la pauperización consiguiente de las otras franjas de profesionales y trabajadores del sector, además de las de la base de la pirámide. Esto ha afectado el status de las profesiones de salud y en algunos casos viene empujando su paso a semi-profesiones, dándose el retorno de la conflictividad laboral y una fuerte dualización entre los profesionales asistenciales y los administrativos.
- d) La “revolución de las capacidades” (Viola, 2004) del personal de salud y su viraje a la formación de postgrado, la educación continua y al gerencialismo, como efecto indirecto de la globalización, pero como demostración, también, de la característica emprendedora de los peruanos, variable clave hoy del desempeño del sistema de salud. Parece ser una tendencia global, no sólo en el país sino en toda América Latina, esta respuesta de los recursos humanos a la desestabilización laboral y mundialización del mercado de trabajo en salud.
- e) Un serio problema de gobernabilidad en el campo de los recursos humanos en salud debido al serio debilitamiento de la rectoría, con la dispersión de los ámbitos de rectoría formal y real, tanto dentro como fuera del sector salud, el reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones.

Estos cinco desplazamientos han desestructurado el anterior sistema de recursos humanos de la década de los 80, que ya era difícil de catalogar como sistema, configurando así un sistema descentrado, el cual ya no tiene un punto de equilibrio intrasectorial entre oferta y demanda. Diferentes estudios y reuniones internacionales habían estado advirtiendo que la desregulación de los 90 estaba generando una crisis de gobernabilidad del campo de recursos humanos en América Latina pero se referían básicamente a la débil rectoría en el campo de recursos humanos (OPS 1999, OPS 2004). Lo que planteamos aquí es que la oferta de formación en salud en el Perú

ha devenido no regulable incluso por la modalidad de mercado porque la demanda de formación excede con creces la demanda de nuevo personal por parte de los servicios, en razón del subempleo y de las crecientes migraciones de profesionales de salud.

El estudio reveló, además, que la precarización, llevada a un punto, confronta al discurso gerencialista del desempeño, formándose una relación inversa entre precarización y desempeño, por el bloqueo del desarrollo de competencias que trae la precarización en un cierto nivel. La pregunta de fondo es hasta qué punto se puede desarrollar competencias y desempeño sin desarrollo humano, paradoja que resume el esfuerzo de más de una década de políticas efectivas de recursos humanos en salud en el Perú y en el continente.

El dislocamiento entre necesidades, oferta y demanda hace que no existan contrapesos que obliguen a rectificaciones y las posibilidades de voz y salida son limitadas. En el mundo de la formación en salud se ha roto la barrera que hacía que se conservase en algo la calidad, que era el control desde los servicios y el límite a la formación de nuevas Facultades. Asimismo, hoy las universidades no tienen límites a su demanda, porque esta es mundial, además del bolsón enorme de subempleo existente.

Los Cinco Desplazamientos Que Configuran la Desestructuración del Campo de Recursos Humanos.

1) El dislocamiento entre el mundo del trabajo y el de la formación en salud

El descentramiento consiste en la no correspondencia entre la necesidad, la demanda y la oferta en el campo de recursos humanos en salud. Hoy la oferta educativa en salud produce egresados y titulados en número muy superior a la demanda de los servicios de salud; a pesar de ello, esta oferta ya incrementada de las universidades e institutos superiores sigue siendo inferior a la demanda por educación universitaria en salud, de tal forma que las universidades casi siempre reajustan hacia arriba las vacantes ofrecidas por el gran número de postulantes.

De esta manera, el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud marchan en sentidos diferentes: al no haber plazas y trabajo, la educación en salud ya no adquiere su sentido real de las demandas de los servicios sino en parte, obedeciendo mayoritariamente a los impulsos de

una enorme demanda de egresados de secundaria que está desempleada o subempleada, además de haber comenzado a producir en forma importante egresados emigrantes.

Del sistema educativo peruano egresan anualmente del quinto año de secundaria 296,183 estudiantes, que son la demanda de formación universitaria y técnica superior (Ministerio de Educación del Perú, 2004). Los Institutos Superiores Tecnológicos (IST) se han expandido para atender a esta demanda y son 942 actualmente. De ellos 372 (39%) ofrecen carreras técnicas en salud. El año 2003 los IST tuvieron a 389 mil matriculados. Existe además la opción de los centros de educación ocupacional, que tienen a 252 mil matriculados (Ministerio de Educación del Perú, 2004). Sin embargo, éstos sólo acogen una parte minoritaria del universo de egresados de secundaria, lo que aumenta la presión por el ingreso a las universidades e institutos. Esta sobre-demanda ha hecho crecer enormemente el número de universidades y sus vacantes. En 1980 había sólo 35 universidades, 25 públicas y 10 privadas, con un total de 257.220 alumnos, 183,317 en las públicas y 73,903 en las privadas. Hoy hay 76 universidades en el Perú, 31 públicas y 45 privadas, con 35,455 docentes, 415,465 matriculados y 103,398 ingresantes (Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria, 2002). Las Facultades de Medicina saltaron de 8 en los 60s a 42 en el 2002, mientras las de Enfermería lo hicieron de 3 a 28 en dicho lapso.

Sin embargo, no hay tantas plazas de trabajo para los egresados de las universidades en los servicios peruanos. El crecimiento de las entidades de educación en salud se explica entonces por la enorme demanda de los egresados de secundaria y por la demanda exterior de profesionales.

Este desajuste oferta-demanda es cuantitativo, al no existir una correspondencia entre las vacantes ofrecidas y la disponibilidad requerida, pero es también cualitativo, pues la masificación ha traído la mediocrización y la dualización de la formación universitaria y técnica en salud, con lo que se ha cuestionado la calidad del personal formado y el propio status de las profesiones de salud en la sociedad.

Esta nueva situación contradice el propósito mismo de la educación superior y de las políticas de recursos humanos en salud en dos de sus temas más preciados: el equilibrio entre oferta y demanda y la articulación docencia-servicios. Hasta ahora el debate sobre planificación de recursos humanos contraponía a los que planteaban partir de las necesidades y los que planteaban partir de la demanda. La planificación tradicional planteaba

una fórmula de “relación directa” entre las necesidades de salud (NS), la demanda de atención (SS) y la demanda de recursos humanos de salud (RHS^d)

$$RHS^d = f(SS, NS)$$

VUJICIC (2004) planteó que estaba empíricamente documentado el impacto de otros factores sobre la demanda de recursos humanos en salud, además de las necesidades poblacionales. Estos factores podían ser las tarifas, las donaciones, el entorno político, los ingresos individuales, etc. En consecuencia, la planificación según el nuevo concepto de demanda se basa en una fórmula que incorpora estos otros factores (X, Y):

$$RHS^d = f(SS, NS, X, Y)$$

Sin embargo, el caso peruano ilustra la nueva fórmula que rige la demanda de recursos humanos en salud para países con gran subempleo y fuertes migraciones, que tiene que considerar la demanda “normal” que proviene de los servicios y sus “multiplicadores” X y Y, la demanda de la franja de egresados de secundaria sin empleo (DES) y la demanda exterior y sus potenciales migrantes (DPM):

$$RHS^d = f([SS(NS, X) Y] + (DES) + (DPM))$$

2) Un nuevo nivel de demanda efectiva de atención en base a un mayor rendimiento

Periódicamente la sociedad peruana ha venido instalando niveles superiores de cobertura de su sistema de salud, en una evolución que ha ido expandiendo la demanda efectiva conforme el país ha ido democratizando la salud. Lo nuevo en la última fase de expansión 1993-2005 es que viene reposando en un mayor rendimiento de los recursos humanos.

El “factor de expansión” principal de la productividad y el rendimiento en el caso del MINSA, que es el principal proveedor de servicios en el Perú, es el Seguro Integral de Salud (SIS). Este Seguro es un fondo financiero que paga mediante reembolso a los establecimientos de salud del Estado las atenciones a sus afiliados, sobre una tarifa que no paga los costos fijos. De esta manera expande el uso de la capacidad instalada ociosa. Hablamos pues de una explotación extensiva en referencia a un aumento tanto de la producción como de los recursos físicos, financieros y humanos, y de una explotación intensiva, a un aumento de la producción con el mismo o similar volumen de recursos en general.

En el MINSA ha aumentado la cantidad de atenciones y atendidos producto del incremento del personal. Pero también ha habido un aumento de la productividad del personal. En 1992 la cantidad promedio de atenciones por personal de salud del MINSA fue de 229 y de atendidos por personal de salud de 86. En 1996 la relación atención/recurso humano ascendió a 405 y la de atendido/recurso humano a 115; en 1999 ambas relaciones aumentaron a 629 y 164 respectivamente. Para el año 2002 estas razones están en 744 atenciones y 252 atendidos por personal. Esto significa que la productividad y rendimiento promedio del personal del MINSA han aumentado.

La diferencia entre las dos etapas señaladas estriba en que en la etapa 1993-1997 hubo una explotación extensiva e intensiva de los recursos, simbolizada por el despliegue del Programa Salud Básica para Todos (PSBT) creado en 1994, que aumentó en forma importante el financiamiento, recursos humanos y establecimientos de salud de primer nivel en el Perú. Pero a partir de 1997 se creó el Seguro Escolar y luego el Seguro Materno-Infantil, que en el año 2001 se fusionaron en el actual SIS, que incrementaron la productividad y el rendimiento al utilizar capacidad instalada disponible, pasándose a una explotación intensiva de los recursos y en particular de los recursos humanos. El SIS prosigue esta estrategia, habiendo financiado hasta julio del 2005, en 39 meses de funcionamiento, 50,2 millones de prestaciones con aproximadamente 224 millones de dólares. Al no existir un incremento del presupuesto en salud ni de los recursos humanos en la misma medida que el de la producción, la expansión ha reposado en una mayor eficiencia técnica fruto de un incremento del rendimiento.

3) El cambio del régimen laboral, la afectación del status de las profesiones de salud y el retorno de la conflictividad laboral.

Con el nuevo ciclo de recursos humanos el panorama varió de la baja disponibilidad a una disponibilidad promedio considerada suficiente, pero el aumento en cantidad se acompañó de un cambio en el régimen laboral, la precarización, el multiempleo y al final, la afectación del status de las profesiones de salud.

En los últimos 15 años crecieron los recursos humanos del sector salud. En el año 1992 el total de la fuerza laboral del MINSA y ESSALUD sumaba aproximadamente 66,000 trabajadores; para el año 1996 ésta se incrementó aproximadamente a 101.000 y ahora último, en el año 2005, comprendía a 132.781 trabajadores, de los cuales 97.382 trabajaban en el MINSA y 35,399 en

el Seguro Social. Entre ambas instituciones suman más del 90% de la fuerza laboral en salud en el Perú, que se calcula en 139.231 trabajadores y profesionales (Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 2005).

Las actuales tasas de disponibilidad son de 11,5 médicos por cada 10 mil habitantes, 7,56 para las enfermeras, 2,9 para las obstétricas y 1,1 para los odontólogos. Comparadas estas tasas con las de la región, el Perú tiene tasas bajas de médicos y de odontólogos, pero muy altas de enfermeras (OPS, 2004). En cuanto a la tasa de técnicos y/o auxiliares, es de 17,48 por 10.000 habitantes, mientras en República Dominicana es de 15 por 10000 (2001) y Nicaragua reportó en el 2003 una tasa de 4,3 Técnicos Diversos por cada 10.000 habitantes. Esta fuerza laboral en salud cuenta con un financiamiento en salud al año equivalente al 4,7% del Producto Bruto Interno del Perú, por debajo del promedio de América Latina y el Caribe, que es del 7,3%. El gasto en salud per cápita prácticamente no se ha movido en los últimos 10 años y está en 97 dólares por persona, bordeando el financiamiento sectorial los 2,500 millones de dólares anuales, de los cuales los hogares financian el 38%, las empresas el 34,1% y el gobierno el 24,8% (Ministerio de Salud-OPS, 2004).

Mientras crecía, esta fuerza laboral ha vivido un profundo cambio en su vinculación laboral y en sus condiciones remunerativas: hasta los 70 el sector salud fue relativamente privilegiado en sueldos y régimen laboral y las principales profesiones de salud gozaron entonces de un prestigio social que las hizo carreras muy apreciadas por los postulantes a universidades. Sociológicamente el Perú tenía un sistema de salud de clases medias para atender a pobres, clases medias y capas ricas y fue estructurado como sistema segmentado para que cada franja social autoseleccionase su proveedor. En los 80, cuando empezó la proliferación de Facultades, la masificación y la contención de sueldos, las profesiones hicieron grandes huelgas anuales, expresiones de que se estaba perdiendo el status anterior. En los 80 el sector salud llegó a una alta ingobernabilidad por conflictividad laboral. Esa etapa terminó en 1990 con la Ley de Trabajo Médico, que homologó los sueldos del MINSA con los del Seguro Social, que eran más altos.

Pero en los 90 el régimen fujimorista quebró los dos diques que regulaban el sistema de recursos humanos. En el mundo del trabajo quebró el dique político-gremial, que actuaba de contrapeso de la pauperización de los profesionales y trabajadores de salud, en defensa del régimen de nombramientos y de los niveles salariales. En el mundo de la formación quebró el dique que normaba las condiciones para la formación de nuevas universidades y facultades

de ciencias de la salud, que regulaba las vacantes universitarias y técnicas en salud, apoyando la concepción de la educación superior como simple negocio.

En el mundo del trabajo durante la década fujimorista las huelgas perdieron efectividad para replantear las cosas, los profesionales y trabajadores de salud pasaron de ser nombrados a ser contratados y las remuneraciones se fraccionaron en ingresos múltiples: nació así un régimen que dispersaba la fuerza laboral, en la búsqueda de adicionales, en lugar de concentrarla en su tarea. En el sector salud en la etapa 1992-1996 los nombrados aumentaron un 27% mientras que los contratados a plazo fijo lo hicieron en 68% y los contratados por servicios no personales en más de 400%.

De otro lado, las remuneraciones promedio mensuales cayeron: hoy los médicos del MINSA ganan en promedio 705 dólares mensuales, las enfermeras 294 dólares, las obstetras 290 y los odontólogos 289. Los técnicos de enfermería ganan 209 dólares mensuales y los auxiliares de enfermería 195. En el caso del Seguro Social, las remuneraciones son mayores en relación al MINSA: en el caso de los médicos ganan 1.5 veces más y de los otros profesionales 2,2 veces más. Diversos estudios han mostrado que las remuneraciones promedio del sector público del año 2003 se han reducido a un octavo respecto a las de 1960, mientras las del sector privado se redujeron a una tercera parte (González de Olarte, 2005).

Las consecuencias de todo este panorama en el mundo laboral han sido el aumento de la conflictividad gremial y un clima de relativa insatisfacción laboral. Hoy el 59.4% del personal de salud opina que su sueldo o remuneración no es adecuado en relación al trabajo que realiza, el 49.9% opina que no existe preocupación por las necesidades primordiales del personal, el 37.1% opina que no tienen oportunidad de recibir capacitación en atención integral y 35.4% opina que no tiene oportunidad para recibir una capacitación que permita el desarrollo humano.

Dicho malestar se refleja en que los países donde se realizaron más huelgas en salud en el año 2004 fueron República Dominicana (13), Bolivia (12) y Perú (11). En los tres países se concentró el 56,80% de las huelgas ocurridas en la región el 2004 (Scavino 2004). El 81,25% de las demandas que motivaron las huelgas estaban referidas a temas relativos a la economía política del sector, en particular al incremento de salarios y otros beneficios y al reclamo de mayor presupuesto para el sector salud de los países.

4) La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje a la educación continua y los postgrados

En estos 15 años ha habido una mudanza importante en el perfil de capacidades de la fuerza laboral en salud, que en sus estratos profesionales y técnicos se ha involucrado en un importante esfuerzo de actualización y renovación, en lo asistencial y administrativo.

La percepción de los profesionales y técnicos sobre la necesidad de “retomar los estudios” ha superado la visión anterior de una etapa de estudios y una posterior de práctica profesional. La formación es ahora permanente y ello ha motivado la multiplicación de las especializaciones y los postgrados en el Perú, y la adaptación de metodologías para una educación en el trabajo. Según una encuesta tomada en 1995 (BUSTÍOS, 1998), más del 20% de los médicos estaba en posiciones de gestión, lo que unido a la fuerte rotación en los cargos, ha promovido la formación en gestión.

Esto necesariamente ha cambiado el perfil de capacidades y optimizado el desempeño, con todos los déficits que aun se arrastran. Hasta 1993 no había ingresado al sector salud el paradigma gerencial, existiendo capacidades asistenciales pero muy pocas de gestión. Hoy se puede decir que el sector salud posee capacidades asistenciales y de gestión, si bien ello es desigual por categorías ocupacionales y ha aumentado la brecha entre los profesionales y los técnicos administrativos. A pesar de ello, prosigue abierto el déficit de capacidades directivas de macro-gestión y gobierno.

La especialización y los postgrados han sufrido también la dualización e informalización que se ha vivido en la formación de pre grado. Mientras algunos han preservado su calidad, otra franja universitaria ha multiplicado indiscriminadamente su oferta, sin sustento docente ni autoexigencia en cuanto a calidad. La falta de regulación acompaña también el desarrollo de especializaciones, maestrías e incluso doctorados, sin respaldo académico.

5) Serio debilitamiento de la rectoría, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos

En todos los países se dan a la vez la regulación y la autorregulación y normalmente el campo de los recursos humanos constituye un sistema. En los países con políticas intervencionistas estos sistemas de recursos humanos están rígidos por una planificación normativa y normas de personal. En los países con enfoques de mercado estos sistemas de recursos humanos son desregulados desde el Estado pero regulados por la homeostasis o búsqueda

constante de puntos de equilibrio de los sistemas de recursos humanos y sus subsistemas del trabajo y de formación. La demanda regula la oferta y ésta modifica la demanda, fluctuando ambas dentro de ciertos márgenes.

Sin embargo en el Perú se ha dislocado el sistema de recursos humanos y casi todo reposa en la autorregulación, sin formas de contención ni de mercado por la amplia franja de subempleo y la migración. En otras palabras, aplicando las enseñanzas de (Hirschman, 1970) sobre salida, voz y lealtad, en los sistemas entre oferta y demanda existe un “castigo” a la baja calidad y alto costo de los productos, que son en primera instancia las quejas y en segunda instancia la salida de los usuarios o traslado a otro proveedor, pero en el caso peruano el dislocamiento entre necesidades, oferta y demanda hace que no existan contrapesos que obliguen a rectificaciones y las posibilidades de voz y salida son limitadas.

En el mundo de la formación en salud se ha roto la barrera que significaba regirse por la demanda generada desde los servicios, produciendo sin límite para la “exportación” y el desempleo/subempleo. Así, la calidad de la educación de un entidad puede ser mala pero el bolsón de subempleo incluye siempre segmentos para los cuales tal entidad educativa regular o mediocre es un paso arriba en sus expectativas. La lógica del subsistema formativo ya no obedece así sólo a las necesidades y las demandas en salud sino a las de un universo más amplio: el actor social creador de universidades y de carreras en salud (por lo general un empresario) calcula sus costos e ingresos en base a una sobre-demanda surgida del bolsón de egresados de secundaria sin opciones y potenciales migrantes. En estos términos, la demanda deviene inelástica a las variaciones de la calidad, con lo cual no se producen “salidas” y la institución no se da por enterada de problema alguno relacionado a su calidad.

Anualmente salen miles de profesionales de salud del país. Esto quiere decir que se reconfiguró totalmente el anterior sistema de recursos humanos y estamos ante un nuevo problema: el de las migraciones, problema que se suma al problema previo del enorme bolsón de subempleo, generador de postulantes con expectativas muy bajas de calidad educativa. En consecuencia, se ha instalado dos problemas: la sobre-demanda por el subempleo nacional y la sobre-demanda internacional. El Perú ahora es un país exportador de profesionales de salud.

De otro lado, en el mundo del trabajo funciona normalmente un efecto de contrapeso a toda política de descuido de la reproducción social de la fuerza laboral: si el descuido es muy grande hipotéticamente podría

llegarse a un punto en que se afecte la calidad del servicio. Para esto, para que exista un “efecto de rebote” de cualquier descenso se requeriría un usuario con voz, que advierta las caídas en la calidad, además de la voz del “cliente interno”. Pero en el país este sistema de cultura de atención a las quejas todavía está en construcción.

Evidentemente los profesionales de salud han ido advirtiendo las consecuencias de este proceso general de desregulación y precarización: el ingreso de grandes franjas profesionales a la condición de subempleo, la dificultad para la inserción laboral de las nuevas promociones de egresados, la ampliación del empleo múltiple, la inestabilidad laboral y la búsqueda permanente de nuevas oportunidades, las migraciones, en suma, la mudanza completa del ejercicio profesional y el riesgo de variar de status a semi-profesiones. Cuando una profesión pasa a semi-profesión pierde el control del territorio profesional y se devalúa, existiendo muchas externalidades sobre el acceso, la selección, la proyección y reglamentación de los participantes en la profesión.

Escenarios Futuros

Al final el gran desafío aquí es superar la fórmula utilitaria de más producción con menos desarrollo humano, por otra más comprensiva de buen desempeño con desarrollo humano, pese a la escasez fiscal. La nueva política tendría que reequilibrar paulatinamente el campo de recursos humanos, tanto la relación entre el mundo del trabajo y el de la formación, como los equilibrios dentro de estos dos mundos: el equilibrio entre la cantidad y la calidad en la formación, y el equilibrio entre los sueldos y condiciones laborales – el régimen laboral - y el desempeño. Es inviable una prohibición de las migraciones pero sí un control de la cantidad de matriculados y la calidad de la educación fortaleciendo la acreditación de instituciones formadoras, hoy prácticamente muy débil.

Los gremios y colegios profesionales han afrontado últimamente el problema global mostrado con el impulso de las leyes de profesiones de salud, que intentan preservar el status profesional delimitando los territorios entre ellas. El problema es sin embargo mayor e incumbe a todos. De otro lado, la acreditación como un filtro a la creación de Facultades de Medicina se ha debilitado y no existe en otras carreras. El nudo crítico sigue así indemne y tiene que ver con la regulación efectiva, el régimen laboral, los mecanismos de pago y la carrera pública.

Del mismo modo, esta nueva situación de los recursos humanos en salud en el Perú invalida una parte de las intervenciones previas no porque no hayan sido pertinentes en su momento, sino por su inadecuación para el momento actual. Lo nuevo es que estamos ante un campo desestructurado de recursos humanos, en que se ha desvinculado la oferta educativa de la demanda de servicios y dentro del campo del trabajo se ha puesto en conflicto la precarización salarial/laboral con el desempeño. De ahí la opción general de política propuesta de Recuperar la Gobernabilidad y Promover un Desempeño con Desarrollo Humano.

Ante la problemática mostrada habrían tres opciones de política: a) la inacción, que ha venido siendo la política efectiva estos últimos años; b) el apoyo a la mayor desregulación del campo, con altos costos para el país; y c) la política de restablecimiento de una regulación, sin retornar a los esquemas de planificación rígida del pasado, a través de la acreditación de la formación en salud y la concertación interinstitucional de la demanda de plazas, que se propone.

Así, el escenario probable de no hacerse nada o actuarse corporativamente y con medidas dispersas será el peso creciente de la educación superior en salud para egresados emigrantes y la consiguiente conversión de ésta en una plataforma de exportación, sin posibilidad real de control de su calidad y con impacto negativo hacia los servicios nacionales. Dicho escenario sociológicamente culminaría la conversión del sistema de salud peruano en un sistema de pobres para pobres, que es hacia donde tienden las políticas gubernamentales centradas en las políticas económicas. En ese escenario la pobreza sería doble: de ingresos del personal y de competencias profesionales. Hoy hay pobreza de ingresos pero no un déficit de la misma magnitud de competencias. De otro lado la fuerte emigración representa una fuga de capital humano necesario en el país. La baja calidad de los nuevos profesionales de salud redundaría también en un bajo capital humano para el desarrollo del país, pues tanto los que atienden la salud como los atendidos se verían limitados para desarrollar sus potencialidades. En pocas palabras, la inacción se traduciría en grandes costos para el desarrollo del país en el mediano y/o largo plazo.

Los problemas mencionados son parte de un problema mayor y por demás complejo, porque tiene altas externalidades al sector salud. Así, por ejemplo, el tema de las migraciones y de la independencia cada vez mayor de los aparatos formadores respecto a los proveedores de servicios obliga

a trabajar en el nivel de las políticas públicas, yendo más allá de las políticas sectoriales e institucionales. Se requiere introducir en la Agenda Nacional este tema, propositivamente, porque los gremios lo elevan como queja, pero compete elevarlo como de tema de interés nacional, en que se juega el destino de la nación: el escenario probable, de no hacerse nada, es la generalización de la educación superior en el país para egresados emigrantes y el Perú como proveedor de técnicos y profesionales hacia fuera, dada la falta de trabajo dentro, actuando la franja que no se pueda ir como factor de compresión de los salarios de los que laboran dentro.

De esta manera, los costos de la inacción frente a los problemas presentes en el campo de los recursos humanos son los costos del escenario probable de no hacerse nada, esto es, la generalización de la educación superior para egresados emigrantes, como plataforma de exportación, sin posibilidad real de control de su calidad, con impacto negativo hacia los servicios nacionales; y la paulatina conversión del sistema de salud en un sistema de pobres para pobres, en ingresos y en competencias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERMEJO R. La planificación de la salud en el Perú, pp. 215-231. En OPS-Perú. *Cien años de cooperación al Perú 1902-2002*. OPS, Lima. 2002.

BUSTÍOS C. *La Salud Pública durante la República Neoliberal*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Consejo Superior de Investigaciones, Lima.1998

------. *Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú*. Escuela Nacional de Salud Pública, Lima.1998

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ 2005. www.cep.org.pe (acceso em outubro de 2007).

COMISIÓN NACIONAL POR LA SEGUNDA REFORMA UNIVERSITARIA. *El Sentido de la Segunda Reforma Universitaria*. Lima. 2002

CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA (2°). *Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos*. OPS.1999

GONZALES DE OLARTE, Efraín. Crecimiento, desigualdad e ingobernabilidad en el Perú de los 2000. En V Vich. *El Estado está de vuelta: desigualdad, diversidad y democracia*. IEP, Lima. 2005

HALL, T. *Metodología de Planificación de Recursos Humanos en Salud*. FUNSALUD-UPCH, Cuernavaca. 2001

HIRSCHMAN, A. *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Harvard University Press, Massachusetts.1970.

KONDRATIEFF, N. Los grandes ciclos de la vida económica. En V Urquidí, *Ensayos sobre el ciclo económico*. Fondo de Cultura Económica, México. 1944

LASTRES, J. *Historia de la Medicina Peruana. Tomo III, La República*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.1951

LIPIETZ, A. New tendencies in the international division of labour: regimes of accumulation and modes of regulation. En A Scott & M Storper (eds.). *Production, work, territory: the geographical anatomy of industrial capitalism*. Londres.1986

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DEL PERÚ, Unidad de Estadística Educativa. *Cifras de la Educación 1998-2003*. MINEDU, Lima. 2004

MINISTERIO DE SALUD Y OPS. *Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000*. MINSA-OPS, Lima.2004

OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD DEL PERÚ, 2005. www.idreh.gob.pe/observatorio

OPS/OMS. Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública (2°). *Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos*.1999

----- . *Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud Pública: Factor crítico de la Reforma del Sector Salud*. Antigua.2004

----- . *Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos*. Washington D.C.2004

PAZ SOLDÁN, C. Las relaciones del Estado con el médico en el Perú. *La Reforma Médica* 340.1940

RICSE, C . *Análisis de Información de Recursos Humanos en Salud*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. IDREH-OPS, Lima.2000

RUBÍN DE CELIS, E; BERMEJO R & SOTELO M. *Aportes para un Modelo de Atención*. Ministerio de Salud-Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, Lima. 1994

SCAVINO, J. La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas en 2003. *Informe anual de conflictividad laboral en las Américas*.2004

VALLEJO N. Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud en el Perú, pp. 317-344. En OPS-Perú. *Cien años de cooperación al Perú 1902-2002*. OPS, Lima.2002

VIOLA,E. Reflexões sobre as dimensões da globalização, as novas forças internacionais e a redefinição do horizonte da democracia. En S GERSCHMAN & V WERNECK, MARIA LUCIA (orgs.). *A Miragem da Pos-Modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Editora FIOCRUZ, 2a. Impressão, Ríó de Janeiro.2004

VUJICIC, Marko. Re-examining Market Clearing in Health Care Labour Markets: What Economists Can Teach, What Policy Makers Can Learn. Geneva: Department of Human Resources for Health, *World Health Organization*; 2005

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

Regulação Profissional dos Enfermeiros no Mercosul

Ana Luiza Stiebler Vieira
Antenor Amâncio Filho
Ana Claudia Pinheiro Garcia

6

INTRODUÇÃO

O Mercosul, Mercado Comum do Cone Sul, representa a proposta de integração latino-americana do Cone Sul no contexto da década de 90, que se caracteriza pela transnacionalização político-econômica mundial, com a formação de blocos regionais. Como o objetivo final do acordo é o mercado comum, esta forma de integração implica na livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, incluída a livre circulação de trabalhadores, entre os países-membros.

Desta forma, a mobilidade profissional, especificamente dos profissionais de saúde, entendida como o livre trânsito para o exercício profissional técnico destes nos mercados de trabalho dos países, esbarra então, em questões relevantes – tal como a reserva de mercado profissional, as prerrogativas corporativas das diversas profissões de saúde, as diferentes formações dos profissionais de saúde, a necessidade de revalidação dos títulos, as questões relacionadas a direitos trabalhistas, a de direitos previdenciários –, as quais se traduzem em importantes pontos de estrangulamento à livre circulação de profissionais, e sem dúvida, evidencia um tema polêmico e complexo. A isto, soma-se outras dificuldades relativas à diversidade também da regulação profissional em que requisitos de formação, mecanismos de controle e cobrança, direitos e deveres são prerrogativas de instituições externas ao setor educacional (as corporativas e as do setor saúde) que mesmo interagindo com a educação, expressam valores e orientações não acadêmicas, mas reconhecidamente legais e indispensáveis ao exercício profissional.

Nesse contexto, o livre trânsito dos enfermeiros constitui, um tema importante para reflexão e análise. Assim, contemplamos centralmente, a regulação destes profissionais, analisando comparativamente, as leis, o registro e o controle do exercício profissional dos enfermeiros no Brasil, na Argentina, no Uruguai e no Paraguai.

REGULAÇÃO PROFISSIONAL

De acordo com Malvárez & Castrillón (2005), na América Latina, grandes esforços e progressos têm sido feitos em direção à regulação do exercício da enfermagem através da criação de leis e regras específicas. Entretanto, apontam que os enfermeiros, na maioria dos casos, clamam pela monitoração destas regulações, tanto daquelas sob responsabilidade do Estado, quanto daquelas que deveriam ser monitoradas pelas organizações profissionais. Enfatizam ainda que a regulação de contratação e de condições de trabalho proporciona um quadro para reclamações e queixas.

No Mercosul, o Brasil, diferentemente dos demais países-membros, é o único que conta com um órgão específico de enfermagem, legalmente reconhecido e delegado pelo Estado, para o registro e o controle do exercício profissional de suas categorias, função exercida na Argentina, Uruguai e Paraguai, diretamente pelo Estado, ou pelos seus respectivos Ministérios da Saúde. Em relação à legislação específica para o exercício profissional da enfermagem - fator determinante para a estrutura e dinâmica dos profissionais-, oficialmente apenas o Brasil e a Argentina dispõem de tal regulação. Neste quadro, especialmente os enfermeiros do Uruguai e do Paraguai, se ressentem da precária regulação profissional em seus países, envidando esforços contínuos e desde há muitos anos, para o reconhecimento nos congressos, de uma legislação específica para o exercício profissional. Através do Quadro 1, pode-se melhor comparar a situação dos enfermeiros nos países, em relação às suas leis específicas, ao registro e ao controle do exercício profissional.

No Brasil, a criação do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais se deu em 12/07/73 através da Lei Nº5.905, mas com instalação definitiva em 05/03/75 quando foi publicada a Portaria Nº3.059 do Ministério do Trabalho. Atualmente, o COFEN concentra grande poder decisório nas atividades da enfermagem, como também financeiro, dado que a filiação e o respectivo pagamento anual, é de caráter obrigatório. O documento expedido pelos Conselhos Regionais, (mediante a apresentação do certificado de conclusão de curso) constitui a credencial reconhecida pelas instituições de saúde e de ensino no país, para o emprego dos profissionais, documento indispensável em concursos ou processos de seleção para empregos. Em todos os estados brasileiros (27 incluindo o Distrito Federal), o COFEN conta com uma estrutura para o registro e o

Quadro 1
Regulação dos Enfermeiros nos Países do Mercosul

Regulação	Brasil	Argentina	Uruguai	Paraguai
Lei do exercício profissional	Lei Nº 7.498 de 1986 regulamentada pelo Decreto Nº 94.406 de 1987	Ley Nº 24.004 de 1991 promulgada em 23 de outubro e regulamentada pelo Decreto Nº 2.497 de 1993	Encaminhada ao congresso nacional: ainda não aprovada	Encaminhada ao congresso nacional: ainda não aprovada
Registro profissional	Conselhos Regionais de Enfermagem	Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social	Ministerio de Salud Publica (Departamento de habilitación y control de los profesionales de la salud)	MSP y BS Ley Nº 836/80 (Codigo Sanitario)
Controle do exercício profissional	Conselhos Regionais de Enfermagem	Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social	Ministerio de Salud Publica (Departamento de habilitación y control de los profesionales de la salud)	MSP y BS Ley Nº 836/80 (Codigo Sanitario)

controle do exercício profissional nos Conselhos Regionais de Enfermagem, cujos dirigentes são eleitos diretamente pelas categorias de enfermagem dos estados. Os membros dos Conselhos Regionais são por sua vez, os votantes nas eleições para os cargos do Conselho Federal, caracterizando esta última eleição como indireta.

O sistema COFEN/CORENs como entidade de Direito Público, além de deter a prerrogativa de só permitir o exercício da profissão pelo habilitado portador de registro no órgão, representa um sistema especificamente destinado a verificar as condições de capacidade para o exercício profissional tendo, inclusive, auto-executoriedade para aplicar sanções disciplinares e administrativas às Pessoas Físicas e Jurídicas que sejam consideradas faltosas aos zelosos deveres da atividade profissional, após conclusão de um processo específico que pode inclusive instituir a penalidade de cassação do direito ao exercício profissional (<http://portalCOFEN.gov.br>).

A lei vigente no Brasil que regulamenta o exercício profissional das categorias de enfermagem, na qual os Conselhos Regionais se pautam para

o controle do exercício profissional, data de 1986 sob Nº7.498, com regulamentação do Presidente da República através do Decreto Nº94.406 de 08 de junho de 1987. Reconhece como categorias de enfermagem¹, os enfermeiros, os técnicos², os auxiliares de enfermagem³ e as parteiras⁴. Os enfermeiros são considerados os titulares do diploma de graduação; do diploma ou certificado de obstetrix; enfermeira obstétrica; ou de títulos equivalentes conferidos por escolas estrangeiras, registrados em virtude de intercâmbio cultural ou revalidados no Brasil como diploma de enfermeiro (COFEN, 1990). A referida Lei explicita as atividades de cada categoria da enfermagem brasileira. Os enfermeiros, além de outras atribuições na equipe de enfermagem e na equipe de saúde, têm atividades de caráter exclusivo: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem

¹ Os atendentes de enfermagem, embora não reconhecidos pelo COFEN por não deterem formação formal, são uma categoria na equipe de enfermagem brasileira que ainda estão presentes na sua força de trabalho. Legalmente, a partir de 1994, de acordo com a Lei Nº8.967 do COFEN, foi assegurado aos atendentes admitidos nos serviços de saúde antes da vigência da lei do exercício profissional (08/06/87), o exercício de atividades elementares de enfermagem sob orientação e supervisão do enfermeiro. Sob a denominação genérica de atendentes, fazem parte pessoas contratadas com diversos nomes de acordo com as instituições de saúde: atendente de enfermagem, auxiliar de serviços médicos, auxiliar operacional de serviços diversos, auxiliar hospitalar, visitador sanitário, atendente de saúde rural, instrumentador cirúrgico, agente de saúde e auxiliar de saúde.

² Titulares dos respectivos diplomas expedidos por escolas brasileiras ou estrangeiras registrados em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem (COFEN, 1990).

³ Titulares dos respectivos diplomas ou equivalente de acordo com a Lei Nº2.822 de 1956 e a Lei Nº2.604 de 1955 (com certificado expedido até 1961); do certificado de enfermeiro prático ou prático de enfermagem expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde; pessoal enquadrado como auxiliar de enfermagem através do Decreto-Lei Nº299 de 1967; e ainda os titulares do diploma ou certificado conferido por escolas ou cursos estrangeiros, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como auxiliar de enfermagem (COFEN, 1990).

⁴ Titulares do certificado previsto no Decreto-Lei Nº8.778 de 1946; do certificado de parteiro ou equivalente, conferido por escolas ou cursos estrangeiros, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26/06/88, como certificado de parteiro (COFEN, 1990).

de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 1990).

Ainda, de acordo com a Resolução COFEN nº. 290 de 2004, são reconhecidas 42 especialidades dos enfermeiros no Brasil: Aeroespacial, Assistência ao Adolescente, Atendimento Pré-Hospitalar, Banco de Leite Humano, Cardiovascular, Central de Material e Esterilização, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem, Doenças Infecciosas, Educação em Enfermagem, Emergência, Endocrinologia, Endoscopia,

Estomaterapia, Ética e Bioética, Gerenciamento de Serviços de Saúde, Gerontologia e Geriatria, Ginecologia, Hemodinâmica, Homecare, Infecção Hospitalar, Informática, Nefrologia, Neonatologia, Nutrição Parenteral, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Perícia e Auditoria, Psiquiatria e Saúde Mental, Saúde Coletiva, Saúde da Família, Sexologia Humana, Trabalho, Traumatologia-Ortopedia, Terapia Intensiva, Terapias Naturais/Tradicionais e Complementares/Não Convencionais (COFEN, 2004).

Embora a Lei Nº7.498 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil reconheça como categorias afins, os enfermeiros, os técnicos, os auxiliares de enfermagem e as parteiras, a partir de 2011, através de resolução do próprio COFEN, não mais se procederá o registro de auxiliares de enfermagem no Brasil. Esta resolução é coerente com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, que extingue a formação auxiliar e preconiza a formação técnica em todas as áreas de conhecimento. Na realidade, foram as Resoluções 07 e 08 de 1977 do Conselho Federal de Educação, que em caráter excepcional, permitiram a formação de auxiliares de enfermagem em nível equivalente ao primeiro grau de escolaridade. A resolução do COFEN de não reconhecimento dos auxiliares, implica, a exemplo do ocorrido com os atendentes (que se qualificaram para auxiliares e técnicos), uma maior qualificação da equipe de enfermagem e, ainda, a nosso ver, torna-se necessária intensa atuação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), como foi a sua atuação, na profissionalização dos atendentes de enfermagem no país.

Na Argentina, o registro e o controle para o exercício profissional da enfermagem estão a cargo da Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Estes procedimentos são efetuados de forma des-

centralizada pelo Ministerio de Salud y Acción Social, na maioria das províncias do país, o que gera conforme aponta Abramzón (2005), grande dificuldade de informação de dados sobre os profissionais de saúde. E ainda, como afirma Abramzón (2001), existem deficiências no controle efetivo do exercício profissional. Muñoz et al. (1995) apontam também, entre outros problemas da situação da enfermagem na Argentina, a ausência de controle do exercício profissional espelhado pela ausência de colégios profissionais e pelo registro e controle a cargo do Ministério da Saúde o qual não consegue monitorar de fato, estas funções. Os órgãos do Ministério na maioria das províncias, de acordo com a avaliação da autora, se limitam, portanto, apenas à outorga do registro profissional.

A associação nacional de enfermagem existente na Argentina, é a “Federación Argentina de Enfermería” (FAE), criada em 1968, com sede em Buenos Aires, de caráter técnico-científico (responsável também pela ética e deontologia profissional), que congrega apenas os enfermeiros. Nas províncias, os enfermeiros contam ainda com “Asociaciones Provinciais de Enfermería” que também se dedicam aos aspectos técnico-científicos dos licenciados e dos enfermeiros, além da “Asociación de Escuelas Universitarias” e a Asociación de Escuelas Terciárias”.

O corpo normativo que regula o exercício das atividades profissionais da enfermagem era estruturado na Ley N°17.132/67. Em 23/10/91, através da promulgação da Ley N° 24.004 e do Decreto N° 2.497 de 1993 que aprova a regulamentação desta Ley, a enfermagem passou a contar com sua legislação específica, a qual, mesmo recente, na opinião de Muñoz et al. (1995), é inadequada para a realidade da enfermagem nacional. De acordo com esta lei (Argentina, 1991), se reconhece no país para o exercício da enfermagem, apenas o “profissional”⁵ que são os licenciados; os enfermeiros; e os auxiliares de enfermagem⁶. Os “profesionales” são considerados os titulares dos diplomas ou certificados de licenciatura e de

⁵ Os atendentes de enfermagem apesar de também não serem reconhecidos legalmente como categoria de enfermagem na Argentina (mais conhecidos por empíricos) representavam em 1994, 11,8% (ou 10.000 atendentes) do total da força de trabalho de enfermagem no país. E assim como no Brasil, os atendentes argentinos, segundo Muñoz et al. (1995) têm sido clientela prioritária de projetos de escolarização e de profissionalização.

⁶ Titular do certificado de auxiliar de enfermagem outorgado por instituições nacionais, provinciais, municipais e privadas, reconhecido pelo Ministério da Saúde e Ação Social; ou titular de certificado equivalente outorgado por países estrangeiros que deve ser revalidado (Argentina, 1991). Em 1994, de acordo com Muñoz et al. (1995), totalizavam 49.000 auxiliares no país.

enfermeiro outorgado pelas escolas de enfermagem nacionais, provinciais, municipais e privadas reconhecidas; ou os titulares de certificado equivalente, expedido por países estrangeiros, revalidado de acordo com a legislação vigente e os convênios de reciprocidade. Neste último caso, a revalidação pode exigir exames de equivalência e ou complementação curricular.

Aos “profissionais”, além de outras atribuições, cabe-lhes legalmente em caráter exclusivo (Decreto N^o 2.497): o exercício autônomo da Enfermagem podendo ser desenvolvido em consultórios privados, domicílio dos clientes, em locais, instituições ou estabelecimentos públicos ou privados e em todos aqueles âmbitos onde se autorize o desempenho de suas competências, exigindo-se em todos os casos, habilitação dos lugares e a pertinente autorização para exercer; a Docência, Pesquisa, Assessoria e Administração dos Serviços; o estabelecimento nas incumbências dos títulos habilitantes de Licenciado(a) em Enfermagem e Enfermeiro.

No Uruguai, cabe legalmente ao Ministério de Salud Publica, regular e controlar o exercício dos profissionais de saúde. Não há referência específica à enfermagem, esta é tratada então, como “profesiones derivadas” ou como “auxiliares de la medicina” e posteriormente, como “profesiones vinculadas com la salud”. Assim, tais atribuições são expressas na Ley 9202 de 12 de janeiro de 1934 (Ley Organica) que em seu Art. 2, Parágrafo 6^o, que confere ao MSP: “Reglamentar y contralorear el ejercicio de la Medicina, Farmacia y profesiones derivadas, y los Establecimientos de asistencia y prevención privados”. E no Capitulo II De la Policia de la Medicina y Profesionales Derivadas, Art. 13^o, consta que: “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 MSP”; e ainda no Art. 14^o, “Corresponde al MSP 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 la 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”.

Somente a partir da criação do Departamento de Habilitación y Control de los Profesionales de la Salud em 2001 no MSP (através do Decreto N^o 460/001 de 21 de novembro), que o Decreto N^o 360/02 de julho em 2002 contemplou uma melhor organização do registro e controle do exercício

profissional da área da saúde tendo em vista a multiplicidade e diversidade de cursos e profissões já existentes no país. Desta forma, o Decreto N° 360/02 (que dispone la inscripción de títulos, certificados o diplomas a efectos de la habilitación y controlar el ejercicio profesional) em seu Art. 1º:

“Dispónese a partir de la fecha que la inscripción de los títulos, certificados o diplomas se deberá realizar a los efectos de habilitación y controlar del ejercicio de las profesiones vinculadas com la salud y los correspondientes técnicos auxiliares”.

E em seu Art. 2º consta que:

“Se inscribirán los títulos de primer grado y posgrado, terciarios y no terciarios que provengan de Instituciones Docentes, Públicas o Privadas, habilitadas por los organismos competentes, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública, Universidad de la República; cuya infraestructura, cursos y programas hayan sido reconocidos por estos organismos”.

Na enfermagem, são reconhecidos os licenciados (enfermeiros) e os auxiliares de enfermagem. Os seus registros no Departamento de Habilidadación y Control de los Profesionales de la Salud, são feitos em livros, cabendo em cada página, dois carimbos correspondentes a dados de dois profissionais. Como constatamos em 2005, o projeto do Departamento é informatizar estes registros, resolução dependente da División Servicios de la Salud, a qual o Departamento está subordinado. Vale ressaltar que os registros não são efetuados pelos profissionais, e sim, encaminhados pelas instituições formadoras, as quais são as legítimas reconhecedoras dos títulos. Desta forma, para os Licenciados en Enfermería, o encaminhamento de registro é feito pelo Instituto Nacional de Enfermería da Universidad de la República, pela Escuela Católica de Enfermería Antonia Valencia da Universidad Católica e pelo Instituto de Estudios para la Salud e el Desarrollo Florence Nightingale. Para os auxiliares de enfermagem, os registros são encaminhados através da Escuela de Sanidad Dr. Jose Scoseria que reconhece os títulos dos seus egressos e daqueles oriundos de todas as instituições formadoras no país.

O Uruguai ainda não conta com lei específica do exercício da enfermagem, situação de todos os outros profissionais de saúde e também de outras áreas (engenheiros, advogados, economistas, etc.), mas à exceção dos psicólogos. A legislação específica do exercício profissional dos

enfermeiros encontra-se em tramitação no Parlamento desde 1991, em substituição ao obsoleto Regulamento de Nurses de março de 1934. O Projeto inicialmente foi elaborado pelo “Comité Nacional de Legislación de Enfermería” ou CONADELE (integrado pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem), posteriormente analisado em diferentes regiões do país e aprovado em um encontro nacional de enfermagem em 1990 e revisado em 1995 pelo Colegio (Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995). Tal projeto, entrou em conflito com o projeto dos auxiliares de enfermagem, e de tal forma, que os parlamentares não distinguiram os licenciados dos auxiliares. Assim, o Colegio optou pela sua retirada. Encontra-se em tramitação, uma lei geral das profissões universitárias de diferentes áreas. Posteriormente a esta aprovação, a intenção é encaminhar ao parlamento, um projeto específico elaborado a partir da proposta que foi retirada. O mesmo encaminhamento está acordado para as profissões de nível universitário.

Antes denominada Asociación de Nurses del Uruguay (criada em 1921) a representação dos enfermeiros no país, a partir de 1992, passa a se denominar, com aprovação Parlamentar, Colegio de Enfermeras del Uruguay. Tal aprovação teve auxílio decisivo do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), da Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN), e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (Vieira, 1998). Com duas sedes próprias em Montevidéu, o Colegio, representante exclusivo dos licenciados, contava com 700 associados, com uma contribuição mensal de 100 pesos para os profissionais na ativa, e de 60 pesos para os aposentados (agosto de 2005). O Colegio está filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), à Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN), à Fundação Ibero-americana de Enfermagem Século XXI, ao Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul (CREM), e à Agrupación Universitaria del Uruguay (AUDU). Como forma de intensificar o relacionamento com estas organizações, e mediante o estímulo de Silvina Malvaréz (OPAS/OMS), o Colegio inaugurou em outubro de 2004, o seu site e um link na Red de Enfermería del Mercosur (RER).

O Colegio, caracterizado como uma organização cultural dos enfermeiros no país, conta com Comitês de Especialidades: Nefrologia, Enfermagem Comunitária, Ética, Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia, Materno Infantil, Infecções, Neonatologia, CTI, Hemato Oncologia, Informática em Enfermagem e de Relacionamento, Bloco Cirúrgico e de Projetos de Trabalho. Participa também colaborando, com os Comitês Nacionais de Educação, Investigação, e de Legislação e Exercício.

Embora seja de aspiração do Colegio controlar a aplicação da legislação e do código de ética do enfermeiro a nível nacional (Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1992) mediante aprovação da lei do exercício profissional, em vigência ainda, esta é uma atribuição do MSP, o qual controla também, de acordo com a Ley Organica, o próprio Colegio. Assim, relembrando o seu Art. 14º: “Corresponde al MSP 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 la 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”.

No Paraguai, a primeira menção legal para o exercício da enfermagem e particularmente das obstetrizes no país, data de 1936, através do Decreto-Lei nº. 2001, que em seus Art. 9 (Inc 6.) e Art. 21 (Republica del Paraguay, 1936), encarregou o Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social (MSPyBS) como regulador do exercício profissional do médico cirurgião, farmacêutico, odontólogo e obstetra, cujos títulos de habilitação outorgados ou reconhecidos pela Universidade Nacional, seriam inscritos neste Ministério. Os praticantes de medicina, enfermeiros, nurses, massagistas ortopédicos, óticos e outros afins, estariam isentos desta inscrição e suas atividades foram consideradas legais (Vieira, 1998).

Porém somente em 1952, os enfermeiros passaram para o nível superior com a criação do primeiro curso de Licenciatura em Enfermagem e de Licenciatura em Obstetrícia no país, na Escola de Enfermagem do Instituto Andrés Barbero. Este Instituto foi incorporado à Universidade Nacional de Assunção em 1963, através do Decreto nº. 29.107 (Republica del Paraguay, 1963), que reconheceu este instituto como apto à formação universitária de enfermeiras, obstetrizes e assistentes sociais.

Por sua vez, o Decreto nº. 35.094 de 1954 (Republica del Paraguay, 1958), estabeleceu como requisitos para exercer a profissão na qualidade de enfermeira, as possuidoras de diplomas expedidos pelas escolas de enfermagem reconhecidas no país que seguissem um conjunto mínimo de exigências de acordo com as recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiras; as diplomadas por escolas de enfermagem estrangeiras com títulos previamente revalidados; as Visitadoras de Higiene Polivalente e as Visitadoras de Higiene Social, com títulos expedidos pelo MSPyBS; e as

obstetrias da Escuela de Visitadoras de Higiene Polivalente, com títulos expedidos pelo MSPyBS. Ao mesmo tempo, outorgou ao MSPyBS, o registro profissional e a regulamentação do próprio Decreto.

Desde 1980, a regulação nacional do exercício profissional na área da saúde (inclusive dos técnicos e auxiliares), está enunciada na Ley nº. 836/80 (Código Sanitario). O Art. 215 estabelece que:

“Para el ejercicio de los profesionales en ciencias de la salud se requiere contar com título expedido por las Universidades del país o revalidado por la Universidad Nacional de Asunción, el que debe ser inscrito en el registro habilitado por el Ministerio”.

E segundo o Art. 216:

“El Ministerio reglamentara el ejercicio legal de las profesiones en ciencias le la salud”.

Deste modo, o controle do exercício profissional em saúde, e em particular dos enfermeiros, está centralizado no Ministério da Saúde, a cargo da Direção de Controle de Profissões e Estabelecimentos de Saúde, a qual se encontra representada no SGT11 - Saúde, através da Sub-Comissão de Exercício Profissional.

Os requisitos para o registro e habilitação para o exercício profissional de Universitários, Técnicos e Auxiliares de Saúde estão estabelecidos na Resolución SG nº. 384 de 1999 (Republica del Paraguay, 1999); e no caso de profissionais que tenham cursado seus estudos em Universidades e Instituições Superiores de Ensino do exterior, na Resolución SG nº. 147 de 2000 (Republica del Paraguay, 2000).

Para o registro inicial, cuja validade é de 5 anos, ou para sua revalidação, além do diploma universitário, não existem requisitos adicionais, como exames. Para os profissionais formados no exterior, toda a documentação e título exigidos devem ser examinados pela Universidade Nacional. Todos os documentos requeridos devem ser legalizados pelo Consulado Nacional no país de origem e traduzidos por um tradutor matriculado na Corte Suprema de Justiça, caso não estejam redigidos no idioma espanhol. Embora não exista impedimento para o exercício profissional da enfermagem no país, o custo total desse processo apresenta-se como um importante ponto de estrangulamento que dificulta a legalização dos diplomas estrangeiros, e assim, o exercício profissional.

Em que pese à outorga ao Ministério da Saúde a atribuição relativa à regulação do exercício profissional do enfermeiro, até 2005, não existia no Paraguai uma lei de exercício profissional para esta categoria. O exercício dos profissionais que trabalham na área de enfermagem é regido no setor público pelo Código Sanitario, pela Ley 1626/00 de la Función Pública, pelo Código Laboral y resoluciones institucionales. No setor privado, o exercício profissional é regido pelo Código Laboral e pelo Código Sanitario.

Reconhecendo que a legislação da profissão se constitui numa necessidade diante da livre circulação de mão-de-obra prevista no Mercosul, em agosto de 2000, a Asociación Paraguaya de Enfermería (APE) apresentou à Cámara dos Diputados o “Proyecto de Ley del Ejercicio de Enfermería”. No entanto, em 2004, o projeto com ditame favorável de duas Comisiones Asesoras de Legislación, antes de ser tratado em sessão plenária, foi retirado pela Asociación Paraguaya de Enfermería e foi novamente remetido à Comisión de Salud, tendo em vista que a Associação discordava de três pontos fundamentais: os anos de serviço para aposentadoria, a carga horária de trabalho e os dias de férias, considerando que os ajustes propostos retrocediam, inclusive em relação aos direitos adquiridos (Asociación Paraguaya de Enfermería, 2005). Sendo assim, o Comité de Legislación da APE e a sua Mesa Directiva, decidiram esperar seu tratamento em plenária, para evitar que seja sancionada uma lei desfavorável aos enfermeiros. Posteriormente foram realizados diversos debates em todo o país para modificar os artigos mencionados e, em 2005, estava sendo realizado um lobby parlamentar para aprovação da Lei. Contudo, segundo a Associação (2005), essa não é uma tarefa fácil, pois as leis que não são referentes a reformas econômicas ou enviadas pelo Poder Ejecutivo, não constituem prioridades no Parlamento.

De acordo com a Asociación Paraguaya de Enfermería (2005), também foi proposto um Projeto de Lei para regular o “Colegio de Enfermeras/os del Paraguay”, cujo objetivo era que este órgão, como real organização corporativa dos enfermeiros no Paraguai, pudesse (Asociación Paraguaya de Enfermería, 1994a):

“Contribuir a la promoción de la salud del usuario, individuo, familia y comunidad, promover el desarrollo de la enfermería y controlar la concesión de licencia para ejercer la profesión, ejercer la vigilancia y jurisdicción disciplinaria en relación con el ejercicio profesional prestando especial atención al logro de la jerarquización del Colegio de Enfermeras/os del Paraguay – CEP”.

Contudo, esse projeto tornou-se sem efeito tendo em vista que no Paraguai não se prevê a existência de órgãos com delegação oficial do Estado para o registro e controle do exercício profissional, equivalentes aos Conselhos de profissionais existentes no Brasil (Asociación Paraguaya de Enfermería, 2005). Segundo a Constituição Nacional Paraguaia, em seu Artigo 42 do Capítulo VI da Saúde: “*Toda persona es libre de asociarse o agremiarse con fines lícitos, así como nadie está obligado a pertenecer a determinada asociación. La forma de colegiación será reglamentada por Ley*” (Republica del Paraguay, 1992). Deste modo, nenhuma pessoa pode ser obrigada a agremiar-se, razão pela qual não pode ser aprovada a Ley Marco de Colegiatura, não sendo assim possível, a Associação dispor de uma Lei de Colegiado e existir como entidade reguladora da enfermagem paraguaia (Asociación Paraguaya de Enfermería, 2005). Desta forma, de acordo com o Código Sanitario ainda em vigência, cabe ao MSPyBS, a atribuição de regular e controlar o exercício das profissões de saúde no país.

Em vigência, portanto, o Ministério da Saúde reconhece como categorias de enfermagem, os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de enfermagem⁷. Como enfermeiro (ou Licenciado en Enfermería), o MSPyBS reconhece este profissional, cujo perfil é símil à definição elaborada pela Asociación Paraguaya de Enfermería (em 1987, e em conjunto com os representantes do Consejo Internacional de Enfermeras e da Organização Mundial de Saúde), que conceituou enfermeira como (Asociación Paraguaya de Enfermería, 1994):

“una persona que ha cursado enteramente enseñanza básica de enfermería y está autorizada para ejercer la enfermería en su país. La enseñanza básica de enfermería es un plan de estudios oficialmente reconocido que proporciona un núcleo amplio y sólido de conocimientos en ciencias de la conducta, biológicas y de la enfermería para la practica general de esta última, el liderazgo dentro de la misma y enseñanza especializada avanzada o post-básica”.

A enfermeira está, portanto, qualificada e autorizada para trabalhar na formação da saúde, na prevenção das doenças, no cuidado aos enfer-

⁷ Titulares de certificados expedidos pelas instituições de ensino do Paraguai e reconhecidos pelo MSPyBS, cujos equivalentes estrangeiros são Constitucionalmente impedidos para o exercício profissional no país (Asociación Paraguaya de Enfermería, 1994).

mos físicos e mentais, das pessoas impedidas de qualquer idade, em todos os contextos da assistência de saúde e do trabalho comunitário; para ser encarregada de ensinar a assistência de saúde; para participar plenamente como membro na equipe de assistência a saúde; para supervisionar e instruir as auxiliares de enfermagem e de assistência à saúde; e para participar na pesquisa (Asociación Paraguaya de Enfermería, 1994).

Deste modo, a forma de organização de interesses dos enfermeiros no Paraguai, está representada pela “Asociación Paraguaya de Enfermería”, criada em 1952. A Associação, antes sediada em espaço cedido no Instituto Andrés Barbero da Universidade Nacional na década de 90, hoje conta com sede em Assunção. Possui diversos projetos conjuntos com o MSPyBS, através da Dirección de Enfermería do referido Ministério, dentre os quais o de “Profissionalización de Enfermería”, o “Plan Nacional de Desarrollo de Enfermería”, “La escolarización de los Auxiliares de Enfermería no Escolarizados”, além do projeto de um “Examen Nacional para acreditación, el control y regulación de la profesión”.

Vale dizer que os trinta e cinco anos de regime militar não permitiram a associação e ou sindicalização livre dos funcionários nacionais do setor saúde, a não ser sob a tutela do Estado. Segundo Arnau & Pierantoni (1995), apesar dos impedimentos legais e da lei do funcionário público (que também coibia as associações corporativas ou sindicais), os profissionais se organizaram nas instituições de saúde tornando-se em alguns casos (particularmente no Hospital das Clínicas da UNA), focos de resistência ao regime de Stroessner, liderando estas associações em alguns momentos, a mobilização em oposição ao governo autoritário. Na análise das autoras, após 1989, com o início do período de transição para a democracia, observa-se a tendência ao estabelecimento de associações por instituições (em hospitais públicos), por profissões (médicos, enfermeiros, bioquímicos) e a constituição da Federação dos Profissionais de Saúde. Observam também que, embora haja atualmente a liberdade de expressão e associação, ainda tem sido lenta a retirada dos obstáculos jurídicos à associação.

Apesar de estar sob a tutela do Estado e de possuir relação de dependência com o MSPyBS, a Asociación Paraguaya de Enfermería, buscou ao longo dos anos, parcerias internacionais como apoio no desenvolvimento da representação dos enfermeiros no país. Desde 1966, a Associação é membro da “Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería” (FEPPEN); em 1977 filiou-se ao Conselho Internacional de Enfermeiras

(CIE); e também é membro da “Fundación Ibero Americana de Enfermería Siglo XXI” – FIDE S.XXI (Asociación Paraguaya de Enfermería, 1994). Na década de 80, por iniciativa da Associação, foi criado um comitê de legislação para os enfermeiros no Paraguai (em abril de 1984), o qual iniciou suas atividades com seminário nacional sobre este tema. A partir de 1988, a Associação manteve parceria e colaboração com a CIE, quando esta passa a organizar seminários na América Latina (com o apoio da Fundação W.R.Kellogg e da Fundação Internacional Florence Nightingale), com o propósito de assistir às associações de enfermeiros na formação e operacionalização de planos e estratégias para estabelecer sistemas de regulação da enfermagem. Paralelamente aos seminários latino-americanos (18 a 23 de abril de 1988 em Quito – Equador, 24 a 29 de abril de 1989 no México, 25 a 30 de junho de 1991 em San Juan de Puerto Rico), a Associação realizou seminários internos no país (quatro no total). Esses fóruns propiciaram a retomada do processo de elaboração e aprovação de uma legislação e discussão da categoria sobre representatividade profissional no Paraguai. Operacionalmente, este processo tornou-se factível com a assinatura do “Acuerdo Técnico–Financiero para el Desarrollo de la Enfermería en América Latina” (firmado durante o VIII Congresso Panamericano de Enfermería, em Cartagena de Indias – Colômbia, de 4 a 7 de junho de 1991), que estabeleceu o convênio entre a FEPPEN, a OPS e a Asociación Paraguaya de Enfermería, com o objetivo de fornecer, a esta última, apoio técnico e financeiro para continuidade do “Anteproyecto de Legislación de Enfermería en el Paraguay” (Asociación Paraguaya de Enfermería, 1994).

Considerações Finais

No que tange à regulação dos enfermeiros, entendida como legislação específica, registro, e controle do exercício profissional, destacamos como quadro geral:

- Baixa regulação nos países primordialmente no Uruguai e Paraguai;
- Inexistência da Lei do Exercício Profissional nesses dois países;
- Embora a enfermagem tenha inserção já histórica no setor saúde, recente são as suas Legislações no Brasil e na Argentina (respectivamente em 1986 e 1991);

- Com exceção do Brasil ou do Conselho Federal de Enfermagem, as organizações de enfermagem nos demais países são frágeis sem autonomia de regulação dos seus profissionais;
- Centralização da regulação no Estado (Argentina, Uruguai e Paraguai);
- Baixo controle do exercício profissional dado a forte centralização no Estado e mesmo no Brasil dado o quantitativo de RH;
- Precário sistema de informação sobre registro de RH, exceto no Brasil, no qual os sistemas dos Conselhos Regionais e Federal estão informatizados e integrados;

Além deste panorama da regulação profissional, o futuro da enfermagem no Mercosul depende primordialmente de políticas de Recursos Humanos para reverter a ainda predominante pequena parcela de participação dos enfermeiros - profissional mais qualificado -, na composição da força de trabalho de enfermagem. Mesmo que ao longo dos anos tenha-se verificado o crescimento quantitativo e qualitativo dos enfermeiros nos Países-Partes através do aumento da sua participação na equipe de enfermagem e a melhor qualificação desta equipe. O modelo de assistência de enfermagem pautado no trabalho dos auxiliares e técnicos precisa ser repensado e demanda critérios, políticas e estratégias para se obter uma assistência mais qualificada nas instituições de saúde, tanto em unidades hospitalares quanto e principalmente, em serviços de saúde coletiva.

Se de um lado a oferta de ensino tem aumentado nos países, ela ainda não reverteu a composição da força de trabalho de enfermagem. Algumas questões tais como os custos da formação (dado que a oferta da formação está primordialmente centrada nas instituições particulares), os modelos para composição da equipe de enfermagem (que aceitam a maior participação dos técnicos e auxiliares) e as precárias condições de trabalho (baixos salários, falta de planos de cargos e carreiras para promoção profissional), tem contribuído como desmotivadoras para a formação graduada em enfermagem no Mercosul. O que se verifica na realidade, é a tendência de maior flexibilização do emprego da força de trabalho em saúde especialmente nas instituições públicas, caminho contrário de intervenção política positiva em direção à maior qualificação da assistência de enfermagem.

Assim, políticas governamentais e das organizações de enfermagem dirigidas a melhores condições de trabalho, acrescidas do direcionamento

para o melhor desenvolvimento científico e educacional formam a nosso ver, uma agenda prioritária para os enfermeiros no Mercosul. Políticas necessárias inclusive para deter um processo já em andamento que se revela através dos fortes sinais de emigração dos enfermeiros em direção a países do primeiro mundo em busca de melhores condições de vida e trabalho, cujo processo já constitui uma perda social e econômica importante para os países do Mercosul.

Especialmente relativo aos modelos vigentes de composição da força de trabalho em enfermagem, atualmente ele não se justifica se pensamos na qualidade da assistência, ou seja, na capacidade dos enfermeiros de intervir com mais impacto na qualidade da assistência de enfermagem. Do ponto de vista da sociologia das profissões, a enfermagem com grande divisão de trabalho entre os seus componentes concorre internamente entre si no mercado de trabalho, mas esta concorrência espelha um patamar menos elevado de qualificação profissional. Sob o nosso ponto de vista, esforços deveriam ser dirigidos para que os auxiliares e técnicos se direcionassem para a formação graduada, obtendo-se ao mesmo tempo, a maior qualidade da prestação dos serviços de enfermagem e a real “profissionalização” da carreira. Constitui, portanto, um outro passo mais avançado, daqueles já percorridos em relação à formação dos empíricos e daqueles em vigência, principalmente no Brasil, de extinção futura dos auxiliares de enfermagem.

Para tanto e mesmo para o atual modelo vigente de composição da equipe de enfermagem, os países necessitam de mecanismos mais eficientes de informação - ou de informatização - dos recursos humanos e de regulação profissional, tanto governamentais quanto das organizações de enfermagem, os quais se têm demonstrado de baixa resolução política e operacional, primordialmente advindos das sociedades corporativas para as quais se necessita envidar esforços conjuntos para sua maior participação nas decisões nos países, das políticas dos seus recursos humanos.

Paralelamente, o desenvolvimento científico torna-se também relevante considerando o caminho de “profissionalização” da enfermagem no Mercosul. O princípio da solidariedade entre os países poderia permitir o avanço na formação pós-graduada dos enfermeiros, ao contrário da visão de mercado já deslumbrado por instituições de ensino particulares através da “venda” de pacotes de pós-graduação, principalmente do Brasil para o Uruguai e o Paraguai.

No que diz respeito à mobilidade profissional no Mercosul, a nosso ver, enquanto se perseguir a harmonização de conteúdos curriculares, a imobilidade vai persistir. Diante de tanta diversidade nas organizações curriculares, parece-nos que o caminho viável seria o trilhado pela União Européia, ou seja, de acordar diretrizes a serem observadas quanto à formação em relação a conteúdos essenciais, cargas horárias mínimas totais e de teóricas e práticas.

Assim, de uma forma extensa se constitui a agenda para a enfermagem no Mercosul que para o seu desenvolvimento nos parece necessitar do princípio da solidariedade entre os países em prol do seu desenvolvimento profissional no continente latino-americano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMZÓN MC. *Recursos Humanos en Salud en Argentina /2001*. Publicación N° 53. OPS. 2001

------. *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62. Representación OPS en Argentina. 2005

ARGENTINA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Ley N° 24.004. 23 de octubre. Buenos Aires. 1991

ARNAU A & PIERANTONI C. Paraguai: Situação da Formação e Mercado de Trabalho na área de Saúde. In: *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*. OPS/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 1995

ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERÍA. Situación de Enfermería en Paraguay. Comité Mercosul. APE, Asunción (mimeo). 1994

------. Proyecto de ley que regulamenta el Colegio de Enfermeras/os del Paraguay. Asunción (mimeo). 1994

COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY. Proyecto de Ley Nacional de Enfermería. Montevideú (mimeo). 1995

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Documentos Básicos do COFEN* V.11. COFEN, Rio de Janeiro. 1990

------. Resolução COFEN nº. 290 de 2004. Disponível em <http://portalcofen.gov.br> Acessado em 11 de julho de 2005.

LEY ORGANICA MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. LEY 9202. Uruguay, 12.01.1934.

LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDADE DE LA REPUBLICA Marco Legal de La Universidad. Ley Nro. 2.549 publicada en el Diario Oficial el 29 de Octubre de 1958, Uruguay. Disponível em <http://www.rau.edu.uy/universidad/legyorg.htm> Acessado em 19 de agosto de 2005.

MALVÁREZ SM & CASTRILLÓN MC. *Overview of the Nursing Workforce in Latin America*. The Global Nursing Review Initiative. OPS, Issue 6. 2005

MUÑOZ SE, MALVÁREZ SM, DAVINI MC, HEREDIA AM. *Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de Situación y Líneas de Trabajo*. Publicación N° 42. OPS. 1995

REPUBLICA DEL PARAGUAY. *Decreto Ley N° 2001. Ley Orgánica de Salud Pública*. Asunción. 15 de Junio. 1936

-----, *Decreto N° 35.094. Requisitos para el Ejercicio de la Profesion de Enfermería*. Asunción. 25 de Julio. 1958

-----, *Decreto N° 29.107. Autoriza al Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social a realizar gestiones y firmar convenio para incorporar a la Universidad Nacional de Asunción al Instituto de Enseñanza Dr. Andrés Barbero*. Asunción. 29 de Mayo. 1963

-----, *Código Sanitario Nacional*. Asunción. 1980

-----, *Constitución Nacional*. Asunción. 1992

-----/MSPyBS. Resolución S.G. n.147. Modifica la Resolución S.G. n.233/95 que atualiza el reglamento para el ejercicio y habilitación de profesionales com titulos expedidos en el extranjero. 20 de mayo, Asunción. 2000

HAMIAN J & VILLENEUVE M. Mejores condiciones de trabajo: como enfrentar la creciente demanda de personal de enfermería. *Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud* 8: 23-27.2004

VIEIRAALS. *Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da (i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde*. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1998

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

A Profissão do Enfermeiro no Brasil: um Mercado de Trabalho em Transformação?

Thereza Christina Varella
Célia Regina Pierantoni

7

INTRODUÇÃO

O ENFERMEIRO COMO PROFISSÃO

O papel do enfermeiro nos serviços de saúde vem passando por transformações que transitam por novas formas de inserção no mercado de trabalho, pela assunção cada vez maior a cargos de gerência e gestão, novos padrões de autonomia profissional e especialmente a expansão de postos de trabalho decorrentes do Programa de Saúde da Família (PSF). Este artigo aborda o enfermeiro enquanto profissão no processo de trabalho em saúde, apresentando uma revisão teórica sobre o tema. Discute, a partir de dados secundários, as características da inserção do enfermeiro no PSF e por fim apresenta os resultados da pesquisa realizada sobre a configuração do mercado de trabalho da categoria na atualidade.

A formação de Enfermeiros teve início com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO. Reformado pelo decreto de 23 de maio de 1930, o curso passou a ter três anos de duração e era dirigido por enfermeiras diplomadas.

Em 1922, é criada junto ao Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, a atual Escola Anna Nery, com padrão de ensino no modelo Nightingale (Carvalho, 1976). Em 1937, foi incluída na Universidade do Brasil como Instituto de Ensino Complementar, passando, em 1946, a ser igualada às demais unidades acadêmicas. A Escola de Enfermagem Anna Nery foi a primeira escola do Brasil integrada à Universidade. A lei 775 de 6 de agosto de 1949 (regulamentada pelo decreto 27.426 de novembro de 1949) dispõe sobre o ensino de enfermagem no país com a distinção de dois cursos ordinários: o curso de enfermagem

(com duração de 36 meses e como pré-requisito o ensino secundário) e o curso de auxiliar de enfermagem (18 meses e como pré-requisito o ensino primário) (Paixão, 1969).

A profissão do enfermeiro tem como sua essência a expressão do cuidado. Conforme destaca Miranda (1996), para Florence, “a enfermagem é uma ciência e uma arte, talvez a mais bela das artes”.

Uma profissão pode ser conceituada como tal quando possibilita a atuação de seus agentes numa realidade social organizada, baseada em um corpo específico de conhecimentos, de tal forma que estejam resguardados um determinado grau de cientificidade, o monopólio na execução de certas atividades, o reconhecimento social e a organicidade (Machado, 1991). No entendimento dessa autora, os enfermeiros e os farmacêuticos eram considerados como semiprofissões, tendo como justificativa a falta de um corpo de conhecimento específico. Entretanto, seguindo a argumentação teórica de estudiosos das profissões adota-se uma posição diferente.

No entendimento de Freidson (1978), considera-se “profissão” a ocupação que passa a ostentar posição predominante na divisão do trabalho, de tal forma que exerça o controle sobre a determinação da sua própria atividade, evocando, como os demais, a inquestionável necessidade da existência de um corpo esotérico de conhecimentos. O autor considera que, para o estudo das profissões, se faz necessário muito mais, apoiar-se numa teoria das ocupações do que na teoria de classes. Acrescenta que, as ocupações distinguem-se entre si através dos conhecimentos e competências necessárias para a realização de tarefas diferentes.

Defende, ainda, uma “genuína sociologia do trabalho” que estude de forma sistemática a natureza e a variedade de conhecimentos e competências especializadas, incorporadas ao trabalho e o papel destes na diferenciação do trabalho e das ocupações, e a maneira pela qual essa diferenciação se torna organizada (Freidson, 1998).

Para Larson (1977), a efetivação do processo de profissionalização tem como eixo dois elementos fundamentais, porém independentes: o corpo de conhecimento abstrato passível de emprego prático e um mercado de trabalho favorável, cuja determinação tem origem no desenvolvimento econômico e social. Enfatiza que o conhecimento deixa de ser personalizado e passa a representar a base cognitiva de determinado grupo, sendo a sua formalização um poderoso instrumento da unificação profissional.

De fato, nas sociedades modernas, a formalização e a padronização do conhecimento são dadas pelas universidades, instituição legalmente constituída para tal finalidade. Desse modo, o saber teórico e a práxis são compartilhados pelos membros de uma profissão, tal como por seus aspirantes.

Cabe lembrar também os usos dos conceitos de *campo* e *corpo* nas análises desenvolvidas por Bourdieu (1974) sobre grupos profissionais, onde defende a idéia de que todo grupo profissional é potencialmente campo e potencialmente corpo, conforme o momento de sua evolução. Para ele, uma ocupação enquanto campo significa dispersão, conflito ou contradição. Mas, ao mesmo tempo, em face das disputas com outros segmentos do mercado, pode se constituir como corpo, delimitando o grau e os espaços de conflitos internos em nome de uma comunidade de interesses, sobrepondo o interesse geral ao particular.

O modelo para definir uma profissão, construído por Freidson (1996), pode ser sintetizado:

- A aplicação de um corpo especializado de conhecimento na prática da atividade, dentro do mercado de trabalho formal, para o sustento dos praticantes, requerendo familiaridade com conceitos abstratos e teorias, o que lhe confere certo status;
- Os integrantes do campo profissional possuem a jurisdição sobre o corpo do conhecimento necessário a sua prática, e sobre a organização da forma particular de divisão do trabalho que a atividade possui;
- Os integrantes possuem mecanismos de proteção dos praticantes no mercado de trabalho, através da concessão de credenciais, que afirmem a sua competência para exercer tarefas;
- A profissão possui programas de treinamento, ou cursos, que têm lugar fora do mercado de trabalho, em faculdades associadas a universidades. Seus currículos são estabelecidos e controlados pelos membros da profissão.

Moore (1970) e Wilensky (1970) estabelecem de forma semelhante os atributos do processo de profissionalização:

- É uma ocupação de tempo integral, ou seja, o profissional passa a viver da remuneração obtida a partir do seu trabalho naquela atividade e existem demandas por este serviço;

- Caracteriza - se pela vocação, o que sugere identidade do profissional com os valores difundidos pela profissão, aceitação de suas normas e modelos, e identificação com seus pares. Criam-se escolas de treinamento que sistematizam a transmissão do conhecimento;
- Possui organização que visa, sobretudo, à defesa dos interesses corporativos da ocupação, controlando também as formas de admissão e de exercício profissional. Em geral, adotam um código de ética que formaliza as normas de conduta dos profissionais. O Estado concede à ocupação, a exclusividade legal sobre a prestação de determinados serviços no mercado, punindo aqueles que praticam a atividade sem o devido credenciamento para tal. Cria-se a associação profissional;
- Possui um corpo de conhecimento formal complexo e teórico que é transmitido, via de regra, por universidades;
- A ocupação adquire autonomia.

Outro ponto em que os dois autores encontram similaridade no pensamento é a relativização da autonomia entre profissionais assalariados.

Entretanto, fugindo da abordagem taxonômica, Freidson (1998) define que a profissionalização é um processo em que uma ocupação organizada alega o domínio de competências especiais e obtém o direito exclusivo de realizar um determinado trabalho, prover treinamento para este trabalho e controlar o direito de avaliar como este trabalho é organizado. “Constitui uma base para organizar empregos e trabalho numa divisão do trabalho inteiramente diferente do princípio administrativo” (op. cit., 1998).

Outra questão teoricamente relevante para o autor é a distinção entre princípio ocupacional e princípio administrativo. Segundo ele os serviços profissionalizados não são objetos da autoridade administrativa sobre o trabalho, diferentemente das ocupações que surgem vinculadas a posto isolado de trabalho sem existência própria; estes sim se regem pelo princípio administrativo (Freidson, 1998).

Com base nestas posições, pode-se argumentar que a ocupação do enfermeiro constitui-se como profissão, uma vez que: possui corpo de conhecimento próprio, reserva de mercado disciplinada pelos pares e legi-

timada pelo Estado, código de ética, bases associativas e o treinamento realizado por instituição de ensino superior e a carga dos pares. Poder-se-ia questionar quanto ao princípio da autonomia, uma vez que a profissão é tipicamente assalariada e institucionalizada. Entretanto cabe refletir as várias formas de interpretar o sentido da autonomia.

Autonomia pode ser definida como a capacidade que tem uma agremiação profissional de reger-se segundo as próprias leis. Bobbio (1995) associa a autonomia à capacidade de autogoverno, apesar de reafirmar o caráter polissêmico dos termos. Freidson (1998) defende que, quando uma ocupação se torna efetivamente organizada, pode conquistar um pouco de autonomia para seus membros, em relação ao controle alheio. Sustenta a idéia de que as ocupações adquirem autonomia relativa interligando experiência e atividades individuais com realidades macrossociológicas da economia política, particularmente de segmento do mercado de trabalho, o que denominou de “abrigo”, termo que consagrou para expressar a monopolização de oportunidades para realizar determinado conjunto de tarefas por uma ocupação justificada por sua “expertise”.

De fato, com a complexidade do trabalho na atualidade, decorrente do desenvolvimento do aparato tecnológico, a autonomia, do ponto de vista independência de ação de diferentes grupos profissionais vem se tornando cada vez mais relativa. Mesmo profissões tipicamente autônomas, como os médicos na saúde, além de estarem sujeitos cada vez mais ao processo de assalariamento em práticas institucionalizadas, têm seu trabalho atrelado e dependente de outras profissões, seja em relação ao cuidado do usuário, seja dos profissionais de meios diagnósticos.

Neste sentido a autonomia pode ser também relativizada para a profissão de enfermeiro. É consensual que o papel do profissional de enfermagem vem adquirindo mais visibilidade no sistema de saúde brasileiro: o enfermeiro, na atualidade, amplia seu leque de atuação com várias vertentes – na assistência, na gerência, na academia (pesquisa e ensino). Pode-se arriscar, ainda, a afirmar que os padrões de autonomia da profissão vêm se alterando nas últimas décadas. Nos anos oitenta, poucos enfermeiros ocupavam posições de direção com autonomia de decisão nas diferentes esferas governamentais, salvo as chefias específicas de enfermagem, e poucas eram as iniciativas de clínicas independentes de enfermagem. (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN/Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN, 1985).

O enfermeiro no processo de trabalho em saúde

O trabalho em saúde obedece às regras universais do setor serviço, com algumas peculiaridades: a primeira questão é a divisão técnica do trabalho. O modelo taylorista – fordista de produção fracionou o trabalho em tarefas parciais, geralmente mecanizadas. Na saúde não se deu diferente. Imaginemos o trabalho da enfermagem em uma enfermaria. Poderemos observar que o trabalho de enfermagem é dividido entre diferentes profissionais com inserção e capacitação diferenciada – Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem – sem esquecer que, em alguns serviços, temos o atendente sem nenhuma qualificação formal. De acordo com as estatísticas do COFEN (2006) a força de trabalho de enfermagem abriga um conjunto de 875.545 profissionais ativos¹.

Observa-se, ainda, tomando o hospital como exemplo, que o trabalho também é dividido horizontalmente entre vários profissionais: médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros mais. Então temos um trabalho coletivo e em cooperação.

É consensual que a base técnica do trabalho em saúde vem sendo ampliada com o acelerado ritmo de incorporação tecnológica, tornando o setor consumidor privilegiado da indústria de equipamentos e medicamentos. Por outro lado, outra característica importante do setor saúde é ser intensivo de mão-de-obra, ou seja, a incorporação tecnológica não substitui força de trabalho, pelo contrário, como já referido, amplia a base técnica e demanda novas ocupações².

Assim, o trabalho em serviços de saúde não só depende do trabalho humano, mas depende também de qualificação da força de trabalho, visto que o oferecido e consumido é a utilidade do trabalho. No entanto, a necessidade de novas competências e a criação de novas ocupações e especializações enfrenta interesses corporativos, tanto por parte das corporações mais organizadas como do sistema educacional. Isto afeta não só a velocidade, mas também, a qualidade e a

¹ Os enfermeiros representam 13,3%, os técnicos somam 26% os auxiliares de enfermagem 57,7% e os atendentes registrados no conselho, hoje, são 3% da força de trabalho de enfermagem.

² Se tomarmos o exemplo do banco, também do setor serviço, podemos perceber que, de forma diferenciada, a incorporação de tecnologia substitui o trabalho das pessoas, vide a inovação dos caixas eletrônicos.

institucionalidade da incorporação desses novos perfis profissionais (Pierantoni, 2001).

Por outra via, a área da saúde tem experiência acumulada em formas de terceirização do trabalho em atividades-meio não relacionadas com a prestação direta de serviços. Assim, atividades relacionadas à conservação e manutenção têm sido tradicionalmente executadas por empresas especializadas e contratadas (limpeza, segurança, manutenção de equipamentos e lavanderia). Na área de alimentação também tem sido utilizada a terceirização sob diversas modalidades, sendo mais comum à relativa ao preparo e à disponibilização de alimentos.

De acordo com Pierantoni (2001), particularmente a partir de meados da década de 90, a terceirização vem sendo impulsionada por:

- Necessidade de contratação para suprir força de trabalho frente a programas de reestruturação/conversão do modelo assistencial, como o programa de agentes comunitários de saúde e o programa de saúde da família, por exemplo;
- Expansão ou reposição na rede assistencial local (especialmente na esfera municipal) em face da não contratação pelo setor público federal e mesmo estadual;
- Limitações da legislação³, relativas ao teto de gastos referentes a pagamento com pessoal diretamente contratado, entre outras.

Tais contratações têm sido objeto de polêmica relacionada com os aspectos legais envolvidos e muitas delas, no setor público de saúde, têm ocorrido na fronteira da legalidade. Os gestores do SUS vêm praticando uma série de formas de terceirização do trabalho, realizando contratações de serviços de atividades típicas da área de saúde utilizando: instituições privadas com diversas formas jurídicas (ex.: associações de moradores que contratam os agentes comunitários de saúde para trabalharem no Programa de Saúde da Família - PSF); fundações que contratam profissionais individualizados ou equipes; clubes de serviços para gerenciarem unidades públicas de saúde; órgãos internacionais de cooperação para atividades de

³ O setor público é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, estaduais e municipais, limitando o gasto a até 60% da receita para estados e municípios e em 50% da receita líquida federal, o que limita a autonomia das instituições públicas para contratação direta de pessoal.

assessoria nas três esferas de governo e cooperativas de trabalho, entre outras^{4/5}.

Essas modalidades variadas de contratação podem servir para mascarar a emergência de novas ocupações/especializações, como também as estatísticas referentes ao contingente de trabalhadores vinculados ao setor. No que se refere à atuação do amplo campo da enfermagem, algumas questões precisam ser destacadas. Pode-se observar um aumento da qualificação formal dos trabalhadores de enfermagem em função das políticas governamentais de profissionalização e até mesmo pela pressão dos órgãos reguladores da profissão. Entretanto, a análise recente, tendo como pano de fundo as transformações do mundo do trabalho e, um olhar específico sobre a dinâmica dessas transformações no segmento da enfermagem, remete a estudos mais específicos sobre o tema.

O Trabalho do Enfermeiro com o Programa de Saúde da Família – PSF

O PSF constitui-se em estratégia de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do SUS, cujos princípios, pautados nos valores da solidariedade e da cidadania, atendem ao preceito constitucional de saúde como direito de todos e dever do Estado. Representa uma das intervenções de maior visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde implementadas em nosso país, a partir da segunda metade da década de 90. Iniciado em 1994, quando foram implantadas 328 equipes com a meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de 1 milhão de pessoas, o PSF encontra-se atualmente com 20.561 equipes⁶, abrangendo 83,6% dos municípios brasileiros e com uma cobertura que ultrapassa os 70 milhões de pessoas (Brasil, 2004).

⁴ Em 1998 a aprovação da emenda da Reforma Administrativa pelo Senado Federal determinou a flexibilização da estabilidade do funcionário público, estabelecendo condições para dispensa; o fim da obrigatoriedade do Regime Jurídico Único (RJU) podendo ser admitidos servidores por diferentes regimes trabalhistas e remunerações; critérios para a remuneração com definição de tetos, subtetos e retirada da palavra isonomia; descentralização que possibilita a transferência de servidores e bens públicos entre entidades da administração apontando a possibilidade de formação de consórcios para a prestação de serviços públicos.

⁵ A legislação para formalização dessas formas de contratação é dispersa e está contida na Lei 8666/93, na Lei 8745/93 e no Decreto 2271/97.

⁶ A distribuição regional pode ser vista com mais detalhes em: www.portalsaude.gov.br

A adoção, no início da década de 1990, da estratégia de Saúde da Família, bem como o seu crescimento expressivo nos últimos anos, além de provocar mudanças substantivas no modelo de atenção à saúde e expressar potencialidade de ampliar o acesso aos serviços básicos, trouxe um considerável impacto nas dimensões e configurações dos mercados educativos e de trabalho das profissões do setor. A abertura de novos postos de trabalho, especialmente para médicos e enfermeiros, é fato, e guarda certa equivalência com o número de equipes implantadas.

Os gestores de sistemas de saúde municipais se viram diante do dilema: de um lado a pressão pela expansão de serviços de saúde com a adoção do PSF, e de outro, o contingenciamento de recursos financeiros e novas formas de remuneração dos serviços com o estabelecimento do Piso de Atenção Básica⁷ - PAB e a Lei de Responsabilidade Fiscal⁸, impondo constrangimentos para contratação de pessoal.

A utilização de modalidades mais flexíveis para a incorporação de trabalhadores (especialmente nos anos 90) foi a estratégia adotada para driblar os obstáculos legais, configurando-se, entretanto, como aditivo aos problemas de recursos humanos para a saúde. As contratações observadas têm sido objeto de polêmica, no que tange aos aspectos legais envolvidos, e muitas delas, no setor público de saúde, têm ocorrido na fronteira da legalidade.

Assim, gestores e dirigentes de Recursos Humanos (RH) enfrentam na atualidade problemas que se perpetuam desde a implantação do SUS, desde gerenciar trabalhadores e profissionais das diferentes esferas de governo, com contratos e salários diferenciados, realizando o mesmo tipo de atividade e integrados num mesmo processo de trabalho, bem como lidar com novas formas de inserção de trabalhadores com várias modalidades de vínculos, muitos de formas mais flexíveis ou com características de trabalho precário.

Em relação aos enfermeiros, é consensual que o PSF representou um importante incremento na oferta de postos de trabalho. De acordo com

⁷ O PAB foi implantado pela portaria 1882/97 e consiste numa sistemática de repasse financeiro fundo a fundo de um montante de recursos *per capita* para que os municípios responsabilizem-se pela atenção básica da população local. O valor *per capita* varia de R\$10,00 a R\$15,00 dependendo da capacidade do município.

⁸ Lembramos ainda que o setor público é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, estaduais e municipais, limitando o gasto a no máximo 60% da receita para os estados e municípios e em 50% da receita líquida federal - Lei complementar nº. 101 de 4 de maio de 2000.

Machado (2000) Girardi (2003) o PSF ocupou, em 2001, 15% dos profissionais registrados no COFEN no mesmo ano, 19,9% dos postos de trabalho em serviços de saúde e 20% dos vínculos formais de emprego. Constatou-se que os enfermeiros ocupam 70% dos cargos de coordenador do referido programa e que as prefeituras são os agentes responsáveis pela contratação de 85% destes profissionais. Observa-se também que 43,67% são incorporados ao PSF por meio de contrato temporário. Referem ainda que o valor salarial médio para enfermeiros no PSF é de R\$1,75 mil, podendo variar entre o mínimo de R\$550,00 a R\$3.500,00. Já em relação à carga horária semanal, para 68,22% dos profissionais, varia entre 31 e 40 horas.

Os dados apresentados corroboram a tese de que políticas expansionistas de atenção à saúde, como o PSF, além de influenciar positivamente na expansão de postos de trabalho dos enfermeiros, alteram especificamente as modalidades de contratação destes profissionais no serviço público, em especial na atenção básica de saúde, com formas mais flexíveis e até precárias de vínculo.

Em síntese, a nova dinâmica observada no mercado de trabalho em geral, pode, em parte, ser percebida na configuração do trabalho do enfermeiro neste novo campo que se ampliou na década de 90 - o PSF, principalmente nas formas assalariadas, sem formalização e mecanismos de proteção.

Entretanto, há indicativos de mudança neste cenário, a partir de 2003, que merecem estudos mais localizados para essa profissão e que discutam mais especificamente sua inserção no mercado de trabalho em saúde.

Configuração do Mercado de Trabalho do Enfermeiro no Brasil

Os dados referentes à demanda mostram um crescimento de postos de trabalho de enfermeiros no decorrer dos últimos anos. As políticas públicas de saúde tiveram papel central neste incremento (via, por exemplo, o PSF).

Apresentaremos na seqüência os resultados da pesquisa realizada com enfermeiros em 2005, pela Estação de Trabalho IMS/UERJ da ROREHS, que procurou responder a algumas questões: como se configura o mercado de trabalho dos enfermeiros diante do crescimento das taxas gerais de

desemprego? O que está ocorrendo particularmente com o emprego para os enfermeiros? A tendência geral de terceirização está afetando a categoria? Quais são as formas de vinculação verificadas para estes profissionais? O emprego formal e assalariado está em declínio? A aspiração da categoria em relação ao trabalho está pendendo para o emprego formal com estabilidade ou para as formas mais flexíveis e mais bem remuneradas? Os resultados da pesquisa empírica poderão dar algumas pistas para o entendimento destas questões.

O estudo foi feito com os enfermeiros participantes de dois grandes Congressos da categoria. Foram distribuídos 1900 questionários com um retorno de 567. Destes, dois estavam incompletos, conformando o universo estudado em 565 respondentes.

No conjunto pesquisado 88,9% é composto pelo gênero feminino. Apesar do aumento da procura do curso de enfermagem por estudantes do sexo masculino⁹, a profissão de enfermeiro ainda é predominantemente feminina. Na enfermagem este traço pode ser visto ao longo de sua história e parece estar associado à própria essência da profissão – o cuidado. O ato de cuidar sempre foi associado à figura feminina, materna. (Boff, 1999).

Por outra via, o trabalho no setor saúde é predominantemente exercido hoje por mulheres. Sete em cada dez profissionais são mulheres no setor público e oito em cada dez, no privado. (Dedecca, 2001). De fato, o aumento do trabalho feminino no mundo contemporâneo é uma tendência significativa. Atualmente, mais de 40% da força de trabalho em países do primeiro mundo é constituída por mulheres que, todavia, são absorvidas no trabalho *part-time*, precarizado ou desregulamentado. Os níveis de remuneração das mulheres também são, em média, inferiores aos percebidos pelos homens (Antunes, 2003). Acredita-se que a força de trabalho de enfermagem, como um todo, tenha um importante papel na feminização do trabalho no setor saúde.

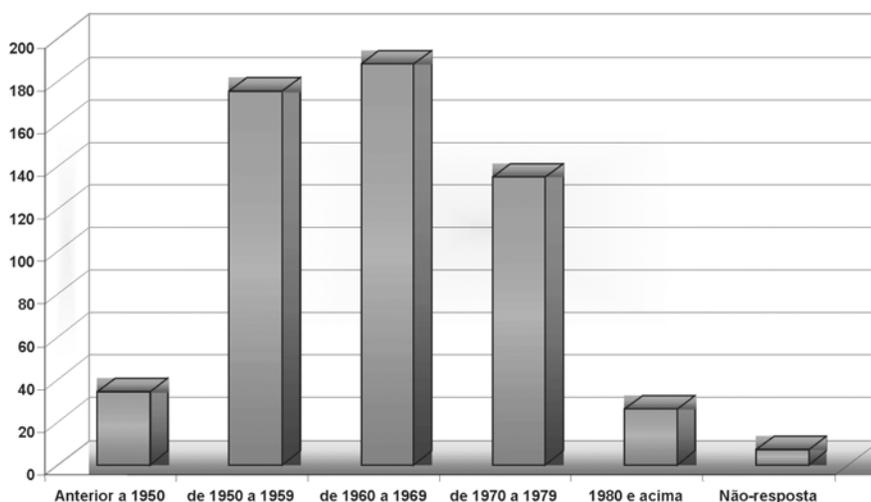
Pesquisadores afirmam que, na nova divisão sexual do trabalho, as atividades que demandam mais qualificação técnica, ou de maior capital

⁹ A título de exemplo, no ano de 2000, 12,3% das matrículas da faculdade de enfermagem da Uerj eram do sexo masculino. Em 2003 este percentual sobe pra 14%. Na Universidade Gama Filho também se verifica um aumento de matrículas do sexo masculino neste período, passando de 11,6% em 2000, para 16,5% em 2003 (Fonte: INEP/MEC - ROEHS/IMS-UERJ).

intensivo, são realizadas predominantemente pelos homens, enquanto as atividades de maior trabalho intensivo, que exigem menos qualificação, são frequentemente desempenhadas por mulheres. (Antunes, 2003).

Observa-se que 64,3% dos enfermeiros pesquisados estão na faixa etária de 35 e 55 anos, sendo que o maior percentual (33,3%) está entre 36 e 45 anos, um pouco acima da faixa etária mais predominante entre os profissionais de saúde com emprego formal, onde cerca de 40% têm idade entre 30 e 39 anos (Dedecca, 2001). As mudanças nas regras da aposentadoria também podem estar influenciando o aumento da faixa etária deste grupo de profissionais.

Gráfico 1 - Enfermeiros segundo ano de nascimento. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ - 2005.

O estudo abrangeu enfermeiros de todo o Brasil e, assim como na distribuição nacional dos enfermeiros no país, observou-se uma maior concentração (36,6%) de residentes na região sudeste¹⁰.

¹⁰ A Região Sudeste concentra 47,9% dos enfermeiros ativos com registro no COFEN (COFEN, 2006).

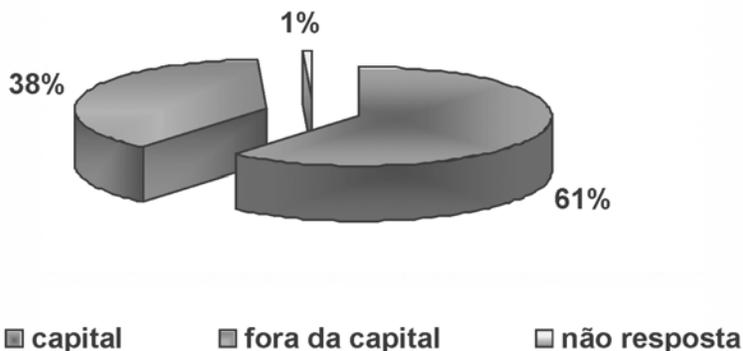
Figura 1 - Enfermeiros respondentes segundo local de residência Brasil, 2005



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ - 2005.

Observou-se, também, que a maioria dos enfermeiros participantes do estudo reside nas capitais. É consensual que este cenário de concentração regional e urbana é um problema a ser enfrentado pelos formuladores de políticas para a área de recursos humanos em saúde, tendo em vista a premência de estratégias que promovam uma distribuição mais equânime de profissionais de saúde nas diversas regiões do país.

Gráfico 2 - Enfermeiros segundo local de residência. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ - 2005.

A pesquisa mostrou que 55,5% dos enfermeiros são os principais responsáveis pelas despesas familiares. De acordo com Dedecca (2001), pode-se estabelecer uma relação entre trabalhadores de idade mais avançada com sua responsabilidade na reprodução das famílias, fato que pode ser aplicado para os enfermeiros do estudo.

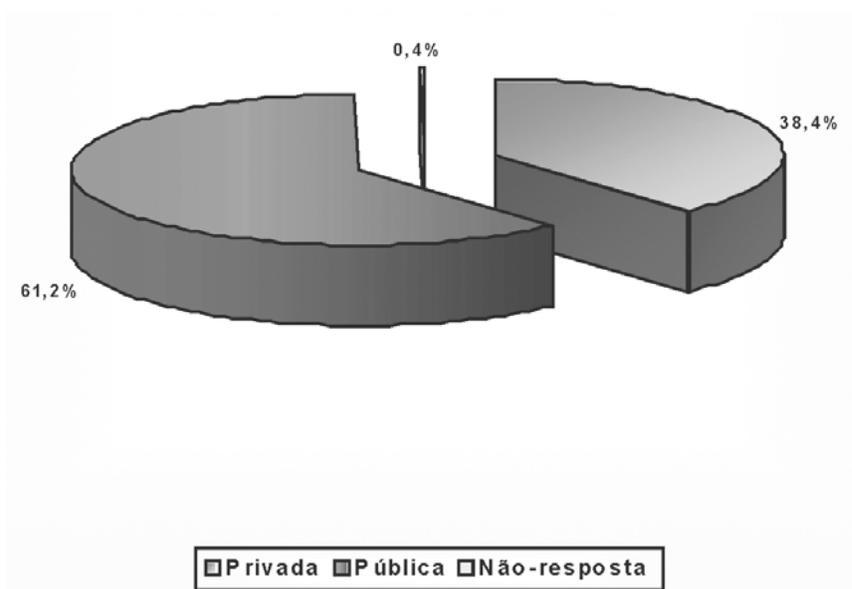
Ao se investigar o ano de conclusão da graduação, observou-se que 35,2% têm entre 16 e 25 anos de formados e que 20,3% se formaram após o ano 2000. Este percentual poderá ostentar um crescimento importante nos próximos anos em virtude do aumento esperado de egressos de graduação de enfermagem, que vem evoluindo de forma expressiva a partir de 2001.

Em relação à natureza jurídica da faculdade em que se graduaram os estudantes, 61,2% cursou a enfermagem em estabelecimentos públicos, o que guarda coerência com a distribuição dos cursos nas décadas passadas, onde predominavam as faculdades públicas. Este dado também deverá ser alterado num futuro próximo já que, a partir de 2000, há uma inversão nesta relação e a rede privada passa a ser responsável, em 2004, por 72,1% dos concluintes.

Tabela 1 – Enfermeiros segundo o ano de conclusão da graduação Brasil, 2005.

Ano de conclusão	N	%
Anterior a 1960	3	0,53
de 1960 a 1969	9	1,59
de 1970 a 1979	95	16,81
de 1980 a 1989	199	35,22
de 1990 a 1999	134	23,72
2000 e acima	115	20,35
Não-resposta	10	1,77
Total	565	100

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ - 2005.

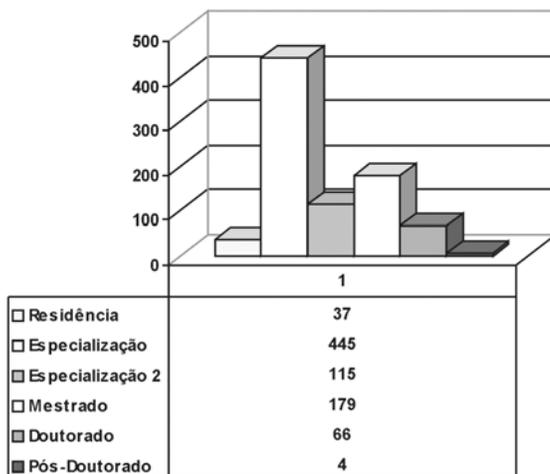
Gráfico 3 - Enfermeiros segundo natureza jurídica do estabelecimento da graduação. Brasil, 2005

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ - 2005.

O estudo buscou identificar se a graduação em enfermagem representa uma progressão de estudos para o curso técnico ou auxiliar. Observou-se que apenas 19,3% responderam afirmativamente se fizeram curso técnico ou de auxiliar de enfermagem antes da graduação. Tal configuração, também, poderá ser alterada nos próximos anos, em virtude do aumento expressivo de cursos, principalmente na rede privada e alguns oferecendo cursos noturnos. Entretanto, para se ter posições mais conclusivas, serão necessários estudos mais específicos sobre o perfil dos estudantes de graduação de enfermagem neste início de século.

Em relação à pós-graduação, 85,84% do universo pesquisado realizaram alguma modalidade do gênero. Os cursos de especialização foram os mais citados, 78,8%, sendo que 23,7% realizaram uma segunda especialização. Chamou atenção o fato de que 36,9% deste universo têm curso de mestrado e 13,6% de doutorado. Cabe lembrar que este resultado pode conter um *viés* da pesquisa em função de o universo da amostra abranger os participantes dos congressos da categoria, o que já o caracteriza como um conjunto de profissionais diferenciado.

Gráfico 4 - Enfermeiros segundo modalidade de pós – graduação Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ - 2005.

Por avaliar que poderia haver diferenciação entre as clientelas dos eventos optou-se por estratificar os resultados por evento. Pode-se observar uma nítida diferenciação de clientela, nos dois eventos, em relação à qualificação profissional. Dos enfermeiros respondentes que participaram do congresso da ABEn, 45,9% e 18,7% possuem, respectivamente, mestrado e doutorado, enquanto, no congresso do COFEN, este percentual cai para 14, 4% e 2,9%. De fato, a ABEn congrega em seus congressos um grande número de enfermeiros atuando em atividades de ensino, elevando com isso o patamar de qualificação. Este achado, portanto, não pode ser generalizado.

Tabela 2 – Enfermeiros por modalidade de pós - graduação segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.

Pós-Graduação	COFEN N=208		ABEn N=327		Total N=565	
	N	%	N	%	N	%
Residência	21	10,1	18	5,5	39	6,9
Especialização	179	86,1	266	81,3	445	78,8
Especialização II	47	22,6	69	21,1	116	20,5
Mestrado	30	14,4	150	45,9	180	31,9
Doutorado	6	2,9	61	18,7	67	11,9
Pos-Doutorado	0	0,0	5	1,5	5	0,9

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ - 2005.

Observa-se, também, que o acesso à especialização acentuou-se de forma expressiva a partir do ano 2000. Na década de 90, 17,59% dos que possuem esta modalidade de pós-graduação concluíram-na neste período. Já a partir de 2000, este percentual sobe para 31,2%.

Tabela 3 – Enfermeiros segundo ano da especialização. Brasil, 2005.

Ano da especialização	Fi	F%
antes de 1980	17	3,94
de 1980 a 1989	55	12,73
de 1990 a 1999	76	17,59
2000 e acima	135	31,25
Não-resposta	149	34,49
Total CIT.	432	100

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ – 2005.

A busca por cursos de especialização pode ser explicada por um lado pela maior seletividade do mercado de trabalho. As pessoas com mais qualificação aumentam a chance de se empregarem, ou seja, adicionam atributos na perspectiva de sua empregabilidade. Esta perspectiva pode ser agregada à esperança de aumento salarial. Por outro, a necessidade de ter um perfil diferenciado para o trabalho no PSF pode ter contribuído para este movimento, além da possibilidade de trabalhar no ensino de graduação, que passou a ser um mercado em expansão, especialmente após o ano de 2000 no setor privado de ensino.

De fato, as chances de colocação e remuneração no mercado de trabalho crescem com o aumento da qualificação profissional. Pesquisa realizada por Álvaro Comin, sociólogo do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP, com dados da PNAD 2004, a pedido da folha de São Paulo, indicava que o trabalhador com mestrado ou doutorado completo tinha renda média de R\$4.599,00. Tal valor é 96,3% maior do que o verificado entre os que tinham completado apenas o ensino superior, que era de R\$2.342,00¹¹.

Esta tendência também pode ser observada neste estudo. Quando estratificamos a faixa de remuneração declarada, segundo possuir ou não pós-graduação, verificou-se que 36,8 % com pós-graduação têm uma renda superior a R\$4.000,00, enquanto entre os que declararam não possuir (27,6%) referiram como renda global a faixa entre R\$1.000,00 e R\$1.999,00.

Buscou-se conhecer como a categoria percebia a facilidade ou dificuldade de acesso a modalidades de aprimoramento profissional. 59,8% responderam que encontrava dificuldade em realizar aprimoramento profissional. Os principais motivos em ordem de frequência citada foram: alto custo dos eventos científicos, falta de apoio institucional e falta de disponibilidade de horário.

Quando indagado sobre o tipo de aprimoramento que gostaria de fazer obteve-se principalmente, em ordem de frequência citada: mestrado, doutorado e cursos no exterior. De fato, na atualidade, a busca pela pós-graduação vem sendo percebida em vários segmentos profissionais em virtude da competitividade do mercado de trabalho, que tem exigido cada vez mais, profissionais qualificados. Entre os enfermeiros, o mestrado, por

¹¹ Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd160106.htm>

Tabela 4 – Enfermeiro por renda total segundo pós-graduação. Brasil, 2005.

Qual a sua renda total com o trabalho de Enfermeiro	Fez curso de pós-graduação					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de R\$500	1	0,2	0	0,0	1	0,2
de R\$500,00 a R\$999,00	3	0,6	0	0,0	3	0,6
de R\$1000,00 a R\$1999,00	48	10,3	16	27,6	64	12,2
de R\$2000,00 a R\$3999,00	241	51,6	35	60,3	276	52,6
de R\$4000,00 a R\$5999,00	123	26,3	4	6,9	127	24,2
Acima de R\$6000,00	49	10,5	2	3,4	51	9,7
Não-resposta	2	0,4	1	1,7	3	0,6
Total	467	100,0	58	100,0	525	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ – 2005.

exemplo, pode representar a perspectiva de trabalho no setor de ensino, um mercado de trabalho em expansão nos últimos anos.

Em relação à situação de trabalho, 96,1% dos enfermeiros estavam exercendo a profissão (ativos) na ocasião da pesquisa, como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 5 - Enfermeiros segundo condição de trabalho. Brasil, 2005.

Situação de trabalho atual	N	%
Ativo (exercendo a profissão de enfermeiro)	543	96,11
Aposentado	9	1,59
Desempregado	6	1,06
Afastado	1	0,18
Abandonou a profissão	2	0,35
Não-resposta	4	0,71
Total	565	100

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ – 2005.

Os que estão afastados, ou abandonaram a profissão, alegaram como motivo salário baixo e insatisfação com as condições de trabalho. Aqueles que declararam estar desempregados citaram como principal motivo a pouca oportunidade na área em que estava habilitado.

Em relação ao tempo entre a conclusão da graduação e a inserção no mercado de trabalho, observa-se que 85,3% conseguiram o primeiro emprego com menos de um ano de formado e 6,6% com um ano. Assim, com até um ano de formado 91,9% dos enfermeiros já estão ocupados.

Tabela 6 – Enfermeiros segundo tempo de formado e inserção no primeiro emprego. Brasil, 2005.

Primeiro emprego	N	%
Menos de 1 ano de formado	463	85,27
1 ano de formado	36	6,63
De 2 a 3 anos de formado	22	4,05
De 4 a 5 anos de formado	11	2,03
Mais de 5 anos de formado	6	1,10
Não-resposta	5	0,92
Total	543	100

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ – 2005.

Esta resposta quando estratificada pela variável “tempo de formado”, mostra que, entre os enfermeiros graduados a partir de 2000, 94,4% conseguiram emprego com menos de um ano de formado.

O fato de ter ou não pós-graduação não interfere no tempo em que o enfermeiro esperou para conseguir o primeiro emprego.

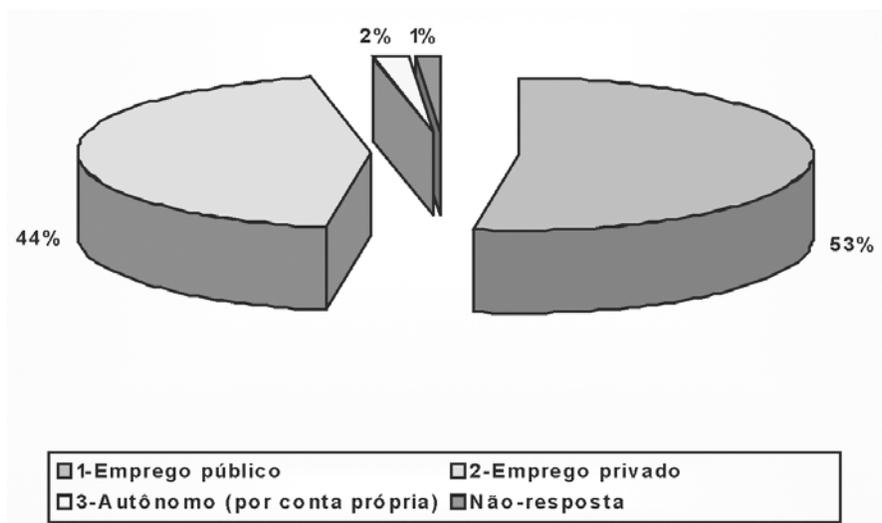
Tabela 7 – Enfermeiros por tempo de inserção no primeiro emprego, segundo referência de pós-graduação. Brasil, 2005.

Com quanto tempo de formado conseguiu o primeiro emprego como enfermeiro?	Fez curso de pós-graduação					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 ano de formado	402	86,1	48	82,8	450	85,7
1 ano de formado	30	6,4	4	6,9	34	6,5
De 2 a 3 anos de formado	16	3,4	5	8,6	21	4,0
De 4 a 5 anos de formado	10	2,1	0	0,0	10	1,9
Mais de 5 anos de formado	6	1,3	0	0,0	6	1,1
Não-resposta	3	0,6	1	1,7	4	0,8
Total	467	100,0	58	100,0	525	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ – 2005.

A primeira atividade, como enfermeiro, declarada por 52,5% dos participantes foi no serviço público. Apenas 2% declararam a primeira atividade como autônomo. Entre enfermeiros que formaram a partir de 2000, este percentual sobe para 57,9%.

Gráfico 5 - Enfermeiros segundo natureza jurídica da primeira atividade profissional. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ – 2005.

Quando indagados sobre o tempo que trabalham como enfermeiro, 24,9% declararam fazê-lo entre 12 e 20 anos e 30,6% entre 20 e 30 anos. Os enfermeiros com menos de 12 anos de atividade representam 29,4% do total.

Em relação ao número de empregos, 47,5% dos enfermeiros declararam ter um emprego; 39,4% (214) declararam ter dois e 9,6% três empregos. Os que declararam ter mais de três empregos representam apenas 1,8% do universo pesquisado. Este achado apresentou inconsistência quando, no decorrer das respostas, 237 (43,6%) participantes responderam as informações sobre o segundo emprego, contradizendo a informação inicial.

Em relação à renda global com o trabalho como enfermeiro, 52,7% declararam ganhos na faixa de R\$ 2.000,00 a R\$ 3.999,00, o que representa,

em salários mínimos¹², de 6,6 a 13,3 salários. Tal valor está de acordo com os valores médios disponíveis nos dados da RAIS. O “tempo de formado” parece influenciar o aumento da renda global. Observa-se que, os enfermeiros formados na década de 70 e na década de 80, respectivamente, 52,2% e 41,8%, indicam uma renda global acima de R\$ 4.000,00. Já os que se formaram nos anos 90 e depois de 2000, cerca de 60% possuem renda entre R\$ 2.000,00 e R\$ 3.999,00.

Para avaliar emprego, vínculo, atividade, regime de trabalho e remuneração, optou-se por adotar metodologia semelhante à utilizada no imposto de renda. Desta forma, investigou-se o emprego que confere a principal renda, o segundo emprego considerado mais importante e o terceiro, caso houvesse, separadamente.

Quando perguntado sobre o emprego que conferia a principal renda, 25,4% referiram o emprego público municipal, seguido, com o mesmo percentual (20,8%), do emprego público federal e estadual. Em relação ao tipo de vínculo, 55,6% são compostos de funcionários públicos estatutários e 14,7% de celetistas. No emprego principal, 49,7% dos enfermeiros declararam rendimentos na faixa de R\$2.000,00 a R\$3.999,00. A principal atividade desenvolvida foi, em ordem de frequência, ensino/pesquisa e rede básica de saúde/PSF (21,9% e 21,2% respectivamente). Neste conjunto, 61,1% trabalham como diaristas e 56% cumprindo 40 horas semanais¹³. Cabe ressaltar que não foi considerada no instrumento de coleta de dados, diferenciação entre horas contratuais e horas efetivamente trabalhadas.

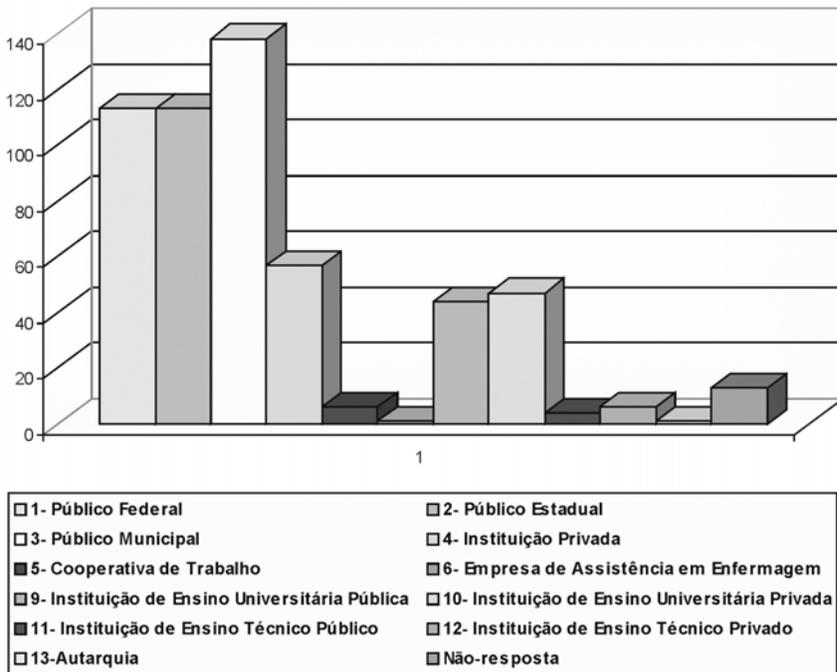
O tempo de formado também modifica a configuração do emprego no que tange à renda principal. Nos que se formaram entre 1970 e 1979, 35,6% indicaram o emprego público federal; dos formados entre 1980 e 1989, 27% assinalaram o emprego público estadual; e os formados nos anos 90, e a partir de 2000, referiram, respectivamente, 40,9% e 39,3%, o emprego público municipal.

Entre os enfermeiros respondentes, 43,6% indicaram possuir o segundo emprego (n=237); 24,5% estão em emprego público municipal; 23,2% em emprego público estadual; 14,3% em instituição privada e 11,0% tanto em emprego público federal quanto em instituição de ensino universitário

¹² Considerado o salário mínimo nacional de R\$300,00 vigente em novembro de 2005.

¹³ Pelos dados da RAIS, 53% dos enfermeiros com vínculo formal cumprem de 31 a 40 horas semanais. (RAIS, 2003).

Gráfico 6 - Enfermeiros segundo tipo de emprego da principal renda Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ – 2005.

privado. No segundo emprego, 40,5% são funcionários públicos estatutários; 19,8% por contratos de trabalho pela CLT, e somam 22,4% os contratos temporários e de prestação de serviço. A renda declarada por 48,5% no segundo emprego está na faixa de R\$1.000,00 a R\$1.999,00.

Outra questão pesquisada referiu-se ao fato de investigar o desemprego dos enfermeiros nos últimos três anos, onde 88,7% responderam negativamente. Dos 19 que declaram desemprego nos últimos três anos, 52,6% o delimitaram em menos de seis meses. A pesquisa mostrou, também, que a maioria dos enfermeiros não acusou dificuldade em conseguir emprego, e não mudou de trabalho nos últimos dois anos.

Os resultados da pesquisa mostram que a precarização do trabalho não é um problema que afeta os enfermeiros. No emprego principal, 77,8% possuem vínculos formais. Nos que se referiram o segundo emprego,

Tabela 8 - Enfermeiros por emprego principal segundo ano de formação - Brasil, 2005.

Qual o emprego que lhe assegura a RENDA PRINCIPAL?	Anterior a 1970		De 1970 a 1979		De 1980 a 1989		De 1990 a 1999		2000 e acima		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Público Federal	2	25,0	32	35,6	52	26,5	17	12,9	7	6,5	110	20,6
Público Estadual	1	12,5	18	20,0	53	27,0	23	17,4	16	15,0	111	20,8
Público Municipal	0	0,0	8	8,9	29	14,8	54	40,9	42	39,3	133	25,0
Instituição Privada	1	12,5	5	5,6	9	4,6	13	9,8	29	27,1	57	10,7
Cooperativa de Trabalho	0	0,0	0	0,0	2	1,0	4	3,0	0	0,0	6	1,1
Empresa de Assistência em Enfermagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	0,2
Instituição de Ensino Universitária Pública	3	37,5	14	15,6	20	10,2	4	3,0	3	2,8	44	8,3
Instituição de Ensino Universitária Privada	0	0,0	8	8,9	23	11,7	11	8,3	5	4,7	47	8,8
Instituição de Ensino Técnico Público	0	0,0	0	0,0	3	1,5	0	0,0	1	0,9	4	0,8
Instituição de Ensino Técnico Privado	1	12,5	1	1,1	0	0,0	2	1,5	2	1,9	6	1,1
Autarquia	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Não-resposta	0	0,0	4	4,4	4	2,0	4	3,0	1	0,9	13	2,4
Total	8	100,0	90	100,0	196	100,0	132	100,0	107	100,0	533	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - ROREHS-IMS/UERJ – 2005.

68,3% estão na mesma situação. Este quadro se diferencia para aqueles que declararam um terceiro emprego, entre os quais, 50% dos vínculos são: por contrato temporário, por prestação de serviço e por meio de cooperativa, ou seja, por vias informais.

O enfermeiro não vem sofrendo os efeitos da flexibilização do mercado de trabalho, pelo menos a flexibilidade alocativa, considerada por Fuentes (1997) uma variável de ajuste no mercado de trabalho, ou seja, absorção do excedente de trabalhadores pelo mercado informal, também chamada de flexibilidade dos custos do trabalho (Lagos, 1994).

O estudo não foi conclusivo, é relativa à ocorrência de flexibilidade numérica, com redução de horas trabalhadas (flexibilidade numérica interna). Porém, tanto os dados da RAIS, como os achados da pesquisa em relação à carga horária declarada, mostram que, no principal emprego mais de 60% cumprem 40 horas semanais, o que não é indicativo deste tipo de flexibilização. Pode ser constatado que o setor público é

um importante empregador para os enfermeiros, e que o duplo vínculo é uma realidade atual, talvez, como medida compensatória para composição da renda.

Considerações Finais

É consensual a constatação que o setor de serviços, em especial o setor saúde, ostentou na década de 90, crescimento do emprego, tanto no setor público como no privado, e, que a implementação do SUS desempenhou um importante papel em tal expansão. A ocorrência de crescimento setorial não é suficiente para garantir o pleno emprego para os profissionais deste ramo de atividade, mas representa um indicativo importante para a análise.

Outra questão que pode apoiar a análise é a própria característica da saúde, enquanto setor intensivo de mão de obra, ou seja, a introdução de inovação tecnológica não é substitutiva do trabalho humano, gerando, pelo contrário, com certa frequência, a criação de novas ocupações e o aumento de postos de trabalho. Tal característica coloca o setor em situação diferenciada no mercado de trabalho em geral, onde se verifica uma relação conflituosa entre inovação tecnológica *versus* desemprego¹⁴.

O cenário já é, de certa forma, favorável para a empregabilidade do enfermeiro. Os achados da pesquisa mostram que, entre os respondentes apenas 1% se declarou desempregado¹⁵; apontam que 85,3% do universo informado conseguiram o primeiro emprego com menos de um ano de conclusão da graduação e, com até um ano, 91,9% dos enfermeiros já estavam ocupados; entre os enfermeiros graduados a partir do ano 2000, 94,4% conseguiram emprego antes de completar um ano de formação. Verificou-se também que 88,7% não estiveram desempregados no período, e dos 19 que informaram tal condição, 52,6% assinalaram período inferior a seis meses. A pesquisa mostrou, ainda, que 75,5% dos enfermeiros não enfrentaram dificuldades para obter uma colocação.

¹⁴ Mattoso, 1999 argumenta que não se pode estabelecer esta relação de linearidade entre introdução de tecnologia e desemprego e que o assunto merece análise mais cuidadosa (p.32-34).

¹⁵ O dado pode estar influenciado pelo viés da pesquisa, pois, em princípio, pessoas desempregadas não priorizam a participação em congressos.

Outro resultado que merece destaque é relativo à rotatividade no emprego. Dos respondentes, 71,8% não haviam mudado de trabalho nos dois últimos anos. Destaque-se, ainda, o fato de cerca de 40% dos enfermeiros possuírem mais de um emprego. Assim, arriscamo-nos a afirmar que **não existe desemprego** estrutural para enfermeiros no país.

Contrariando o discurso dominante, influenciado por fatos conjunturais observados na década de 90, onde a utilização de formas alternativas de contratação de pessoal, principalmente no setor público, incentivou uma espécie de “modismo” em nome de uma maior eficiência gerencial, verifica-se, pelos resultados apresentados, a reversão de tal tendência no que concerne ao mercado de trabalho dos enfermeiros. Reforçando ainda mais a voz corrente, as limitações impostas pelo aparato legal fizeram com que gestores públicos se valessem de mecanismos de terceirização para burlar os ditames legais.

Tal cenário, observado na década passada, começa a dar sinais de inflexão, tanto pelas ações do Ministério Público impondo a regularização da situação dos trabalhadores no setor, quanto pelas orientações do Ministério da Saúde, que vêm estimulando a adoção de mecanismos de despreciação do trabalho no SUS.

De fato, a pesquisa constata a existência de 77,8% de vínculos formais no emprego assinalado como principal pelos participantes. Entre os que referiram segundo emprego, 68,3% apresentam a mesma situação. Tais achados, agregados às condições de emprego verificadas neste segmento, reforçam a convicção da inexistência de flexibilização.

Para Fuentes (1997), a migração de trabalhadores para o setor informal é resultado do custo de ajuste da economia, ou seja, dos efeitos deletérios do processo de reestruturação produtiva no mercado de trabalho, constatados pelo aumento da taxa aberta de desemprego. A flexibilização do mercado é considerada uma *variável de ajuste* para minimizar os impactos do *custo de ajuste*. Assim, em não havendo desemprego, o mercado de trabalho do enfermeiro não está sujeito à flexibilização laboral decorrente da informalidade, nem tampouco a formas precárias de trabalho.

Algumas experiências, como as que vêm acontecendo em estados brasileiros como por exemplo no Amazonas, indicam que cooperativas de

enfermeiros estão atraindo profissionais, inclusive de outros estados, aceitando com a possibilidade de ganhos acima do mercado. Entretanto, tal situação deve ser analisada como questão residual, não podendo ser generalizada nem apontada como tendência para o mercado.

Neste sentido podemos, também, correr o risco de afirmar que a flexibilização do mercado de trabalho e a precarização do emprego não constituem agravo que afete o mercado laboral dos enfermeiros. Na verdade, o trabalho formal e no âmbito público, é a principal característica deste mercado.

Finalmente, este estudo, apesar de não ser conclusivo, e de sua limitação para generalizações, pode elucidar questões, até então tomadas como problemas no trabalho do enfermeiro, deduzidas de suposições reflexivas do mercado de trabalho em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo de trabalho. In: *Trabalho, educação e saúde*. Rio de Janeiro: EPJV/ FIOCRUZ, v. 1, n. 2, p 229 – 237, set 2003.

BOBBIO, N. *Dicionário de Política*. Brasília: UNB, v. 1, 1995. 666 p.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do Humano - compaixão*. 8ª ed. Petrópolis: Ed Vozes, 1999. p. 107-126.

BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. *O exercício da enfermagem em instituições de saúde do Brasil - 1982/1983*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, COFEN/ABEN, v. 1, 1985. 236 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: www.portalsaude.gov.br. Acesso em 7 out 2004.

CARVALHO, A. C. de. *Antecedentes históricos*. In: CARVALHO, A. C. de. (Org.). Documentário. Brasília: ABEN, p. 3-19, 1976.

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

FREIDSON, E. *La profesión médica: Un estudio de la sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ed. Península, 1978.

FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. ano 11, n. 31, jun 1996.

-----, E. *Renascimento do profissionalismo*. Tradução Parcionik, Celso Mauro. São Paulo: EDUSP, 1998. 280 p.

FUENTES, M. R. Setor Informal e Reestruturação Produtiva: uma alternativa de emprego nos anos 90? In: CARLEIAL, L., VALLE, R. (org) *Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil*. São Paulo: HUCITEC-ABET, 1997, p 357- 374.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego do programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al (org.) *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157 – 190.

LAGOS, R. A. Qué se entiende por flexibilidad del mercado de trabajo? *Revista de la CEPAL*, n. 64, p. 81-95, dic. 1994.

LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Los Angeles: University of California Press. 1977.

MACHADO, M. H. Sociologia de las Profesiones: un nuevo enfoque. In: *Educacion médica y salud*. Washington: OPS, v. 25, n. 1, 1991.

-----, *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, v. 1, 146 p.

MATTOSO, J. *O Brasil desempregado: como foram destruídos 3 milhões de empregos no Brasil nos anos 90*. Brasília, DF: Ed. Fundação Perseu Abramo, 1999. 48p.

MIRANDA, C. M. L. *O risco e o bordado: Um estudo sobre formação de identidade profissional*. 1996. 209 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

MOORE, W. *The Professions: roles and rules*. New York: Russel Sage Foundation, 1970.

PAIXÃO, W. *História da enfermagem*. 4a. ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1969. 131p.

PIERANTONI, C. R. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 6, n. 2, p. 341 – 360, 2001.

WILENSKY, H. L. The Professionalization of Everyone? In: GRUSKY, O.; MILLER G. (org.) *The sociology of organizations: Basics Studies*. New York: The Free Press, 1970.

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

A Formação Médica: Capacidade Regulatória de Estados Nacionais e Demanda dos Sistemas de Saúde

Celia Regina Pierantoni
Thereza Christina Varella
Tania França

8

INTRODUÇÃO

A formação de capital intelectual de uma nação, deve se constituir em uma das preocupações básicas de todo o governo. A formação médica, em especial, tem embutido um alto custo para sociedade, especialmente em países em desenvolvimento e vem sendo objeto de discussão na agenda global para a área de recursos humanos em saúde.

O estudo empírico desenvolvido pela *Joint Learning Initiative* (JLI) aponta uma estreita relação entre a concentração de recursos humanos em saúde, os níveis de mortalidade e a expectativa de vida. O estudo tomou as metas de desenvolvimento do milênio (cobertura vacinal por sarampo e assistência ao nascimento) e estabeleceu que uma densidade de 2.5 trabalhadores de saúde por 1.000 habitantes pode ser considerada um limite mínimo necessário para atingir a cobertura adequada. Estimam que 75 países no mundo que concentram 2,5 bilhões de pessoas estão abaixo deste mínimo preconizado (JLI, 2004).¹

O perfil da educação superior, no Brasil, sofreu considerável transformação, sendo em sua essência, atrelada à própria expansão desse setor educacional. No caso dos cursos de Medicina esse crescimento ocorreu, especialmente nas décadas de 70 e 90, vinculado à expansão da rede privada de ensino, trazendo para a agenda uma crescente preocupação com a qualidade dos concluintes desta profissão.

Não se trata, portanto, de questionar a necessidade de médicos no Brasil, mas refletir sobre a qualidade da formação e a capacidade regulatória do Estado neste processo.

Discutiremos neste texto alguns aspectos do panorama internacional bem como, as características da expansão do ensino médico no Brasil, especialmente à partir do início da década passada até a atualidade, pontuando algumas tendências observadas.

¹ http://www.globalhealthtrust.org/report/Human_Resources_for_Health.pdf

PANORAMA INTERNACIONAL - ALGUNS DESTAQUES

É consensual que os processos de preparação formal da força de trabalho em saúde estão direcionados para atender tanto as necessidades de saúde da população quanto às demandas do mercado de trabalho. Os diferentes países, mesmo os com menor capacidade institucional e financeira, realizam investimentos expressivos na formação de profissionais.

Estima-se que no mundo haja mais que 1.800 escolas médicas e 6.000 escolas de enfermagem (Mercer, 2003). Entretanto, a relação ideal entre número de médicos e população, a concentração em regiões mais favorecidas em detrimento da desconcentração em áreas mais pobres, a desarticulação entre o setor saúde e educação, apresentam-se como desafios a serem enfrentados pelos dirigentes de vários países.

A formação de médicos em países pobres e em desenvolvimento representa um importante investimento social que deveria reverter para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. No entanto, diversos fatores têm contribuído para que esse investimento social não se reverta para os sistemas locais de saúde.

A emigração de profissionais de saúde dos países em desenvolvimento tem se tornado, cada vez mais, um problema que assume dimensões alarmantes, uma vez que por um lado, estes países já contam com estoques reduzidos de profissionais e, por outro, detêm baixa capacidade institucional para promover a preparação de efetivos que possam suprir as demandas domésticas.

Processos migratórios, internos e externos, repercutem de forma dramática para a organização de sistemas nacionais de saúde. É objeto de estudos e pauta de dirigentes de organismos internacionais a migração de profissionais de países da África sub-saariana para países desenvolvidos como Estados Unidos e Inglaterra. A indisponibilidade de dados e informações consistentes nos países africanos torna difícil calcular o impacto da migração de médicos destes países.

No entanto, estudos realizados nos EUA mostram que mais 23% dos médicos que atuam nesse país foram graduados fora e, destes, 64% em países pobres ou em desenvolvimento. Calcula-se que um total de cerca de 5.334 médicos da África sub-saariana estão neste grupo e representam mais de 6% do quantitativo de médicos desta região. Ressalte-se que 86% são oriundos de três países: Nigéria, África do Sul e Gana, e 79% foram graduados em apenas 10 escolas médicas (Hagopian, 2004).

Dos 47 países que compõem a África sub-saariana 11 países não dispõem de escolas médicas, 24 possuem somente uma escola cada e 12 países concentram as 63 escolas de um total de 87 para essa região. A população do subcontinente soma mais de 660 milhões de pessoas, com uma relação de menos que 13 médicos por 100 mil habitantes, ou um total de 82.949 profissionais.

A relação de médicos por 100 mil habitantes observada em países desenvolvidos como o Reino Unido e Estados Unidos é de 164 médicos e 279 médicos respectivamente. (Hagopian, 2004).

Países como o México, vem se preocupando com as perdas de estudantes de medicina durante a graduação. Apesar da dispersão dos dados, estudos evidenciaram taxas de evasão expressivas, principalmente entre os anos de 1990 e 1994 chegando a 50% no período. No ano de 2000, 310 em cada 1.000 estudantes registrados não terminaram seus cursos.

A evasão está associada à crise econômica, além dos altos custos que representam para as famílias manter um aluno no curso de medicina. Outra questão que deve ser levada em consideração neste país é a alta concentração de profissionais no meio urbano, acarretando subemprego ou desemprego e desestimulando os profissionais em formação (Nigenda, 2005). A evasão de estudantes dos cursos de medicina tem um impacto negativo na economia do país, pois o processo inconcluso pesa em geral em toda a sociedade, sendo um investimento sem o retorno esperado.

A Argentina enfrenta, em alguns pontos, situação que se assemelha a do Brasil, em relação à oferta de médicos. Observa-se concentração de escolas médicas e de profissionais nos grandes centros urbanos e expansão, na década de 90, de instituições privadas.

Dados de 1998 mostram que o país conta com 21 escolas médicas das quais 61, 5% do setor privado, que cresceu em 6 anos 62,5%. Estas novas escolas se concentraram em centros urbanos onde já havia universidades públicas, atendendo mais a uma questão de mercado que a algum tipo de planejamento de atenção às necessidades da população.

Por outra via, a maioria das escolas criadas desenvolvem projetos pedagógicos tradicionais com pouca possibilidade de atender às aspirações de modelos de prática médica que o país tem buscado. Cabe ressaltar que o aumento do número de escolas não teve reflexo no número de ingressos na carreira que no período apresentou uma queda de 35%, o que pode ser atribuído às políticas restritivas vigentes no período (Abramzón, 2001).

Os dados disponíveis indicam também uma queda no número de egressos de 12,2% em relação a 1993. Apesar do crescimento do setor privado ainda é o setor público que mais forma na Argentina cabendo ao privado, paradoxalmente apenas 10% da média anual de egressos. (Abramzón, 2001).

As dificuldades metodológicas para analisar o campo da formação de recursos humanos são evidenciadas nos diferentes países e se refletem em ausência de informações ou dados dispersos, inconsistência das informações, incomunicabilidade de bases de dados, entre outros. Entretanto, como pontos comuns, observa-se que, em muitos países, a oferta de cursos para formação médica se dá sem planejamento e muito frequentemente com baixa regulamentação.

Os processos migratórios, bem como a evasão de cursos para profissionalização, acarretam perdas consideráveis para a organização da atenção à saúde em países pobres e em desenvolvimento, acrescidos da baixa capacidade institucional e financeira para enfrentamento da situação de saúde da população.

O Ensino Médico no Brasil

O ensino médico no Brasil tornou-se realidade pela contingência da transferência da corte portuguesa. Os dois primeiros cursos médicos no Brasil foram estabelecidos na Bahia e no Rio de Janeiro em 1808. A terceira escola só surgiu 90 anos depois, e, com a Lei Carlos Maximiliano (1915), foram abertos novos rumos para o ensino médico no Brasil e a ampliação de 3 para 10 escolas médicas (Amaral, 2002). Na década de 1960 existiam 26 instituições para formação de médicos no país.

O ensino superior, a partir das décadas de 60/70, sofre uma importante inflexão com um *boom* de universidades e vagas verificado entre 1965 e 1975. Até 1970 foram criadas 43 novas Escolas Médicas, sendo a maioria delas por iniciativa privada, com subsídios governamentais. Devido à concorrência, novas escolas médicas foram sendo criadas indiscriminadamente como solução para o grande número de excedentes, bem como por pressão da categoria médica por mais vagas universitárias. Pelos dados disponibilizados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC), chegamos a 2004 com 136 cursos de medicina no país.

Por outra via, o desenvolvimento tecnológico, intensificado na segunda metade do século XX, introduziu modificações substantivas no ensino médico, gerando novos perfis profissionais com elevado nível de especialização. Este movimento intensificou-se na década de 70, e passa a sofrer um processo regulatório mais ordenado pela organização das sociedades de especialidades médicas, pela regulamentação da Residência Médica, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (1977) e o credenciamento de programas legitimados nacionalmente (Pierantoni, 2000).

Atualmente, o Conselho Federal de Medicina reconhece 55 especialidades médicas (Resolução 1666/2003) que transitam desde a Medicina de Família e Comunitária até a Medicina Nuclear e a Neurocirurgia, por exemplo, com alta incorporação de tecnologia de ponta.

O ensino médico, integrando e espelhando o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, esteve articulado ao crescimento da sociedade com clara vinculação ao surgimento de instituições econômicas, militares e culturais como demonstrado por Amaral (2002).

A expansão do ensino superior brasileiro resulta de uma política de Estado e, tradicionalmente, a política para a educação superior tem assumido que o mercado econômico deve desempenhar um papel central na criação de novos cursos e instituições. Desta forma, a satisfação do mercado e a demanda por novas vagas no ensino superior tornam-se “princípios fundamentais”.

Esta ótica contrasta com a que parte da premissa da necessidade social do ensino. Assim, por exemplo, no caso da Medicina, o número de vagas e cursos deveria corresponder às necessidades do país e não somente às tendências do mercado (a região Sudeste era responsável por 55,8% das vagas oferecidas no país no ano de 2003).

Entretanto essa relação não é tão simples de ser analisada e remete a fatores que não estão afetos às políticas de saúde e educação, *per si*, mas a políticas de redistribuição de renda, desenvolvimento e inclusão social mais amplas, especialmente em países como o Brasil. O acesso à bens e serviços, comunicação, emprego, capacidade de geração de renda, entre outros, tem inequívoca relação com equipamentos educacionais e de saúde e mais ainda com capacidade de fixação de profissionais desse setor assim como em outros da esfera produtiva, como observado pela distribuição de empregos e da população e do número de egressos das escolas médicas e de registros no Conselho Federal de Medicina, por regiões do Brasil.

A Oferta de Graduação em Medicina: A Expansão do Ensino Entre a Década de 90 - 2004

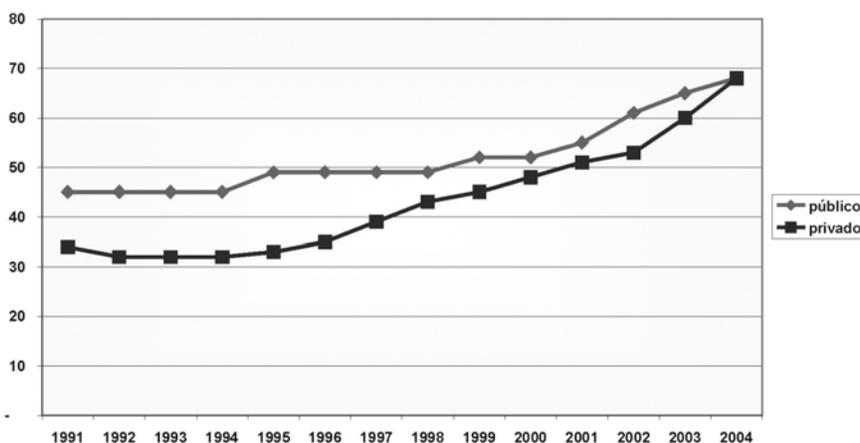
A análise da evolução da oferta no período 1991 e 2004 foi realizada levando-se em consideração o total de cursos, de vagas disponíveis, de egressos (concluintes) por região e segundo a natureza jurídica (público e privado) das instituições formadoras, utilizando-se dados corrigidos a partir das bases disponibilizadas pelo INEP/MEC.

Desde os anos 80 o acesso de estudantes à universidade comporta-se com um afunilamento crescente mostrado pelo aumento da relação candidato/vaga em carreiras como medicina e odontologia.

Os cursos de medicina no Brasil cresceram na ordem de 72,2% no período, ou seja, em 1991 eram 79 cursos passando em 2004 para 136 cursos. A participação do segmento privado que em 1991 era em torno de 43%, em 2004 passa a ser 50% do total de cursos. No mesmo período o setor público obteve um incremento na ordem de 51%. Este aumento é observado a partir de 1997 e mais acentuadamente, de 2001 em diante.

Os cursos do segmento privado foram os que obtiveram um maior crescimento no período ainda sim, em 2004 há um equilíbrio entre o setor público e privado no país.

Gráfico 1 - Curso de Medicina segundo a Natureza Jurídica Brasil, 1991-2004

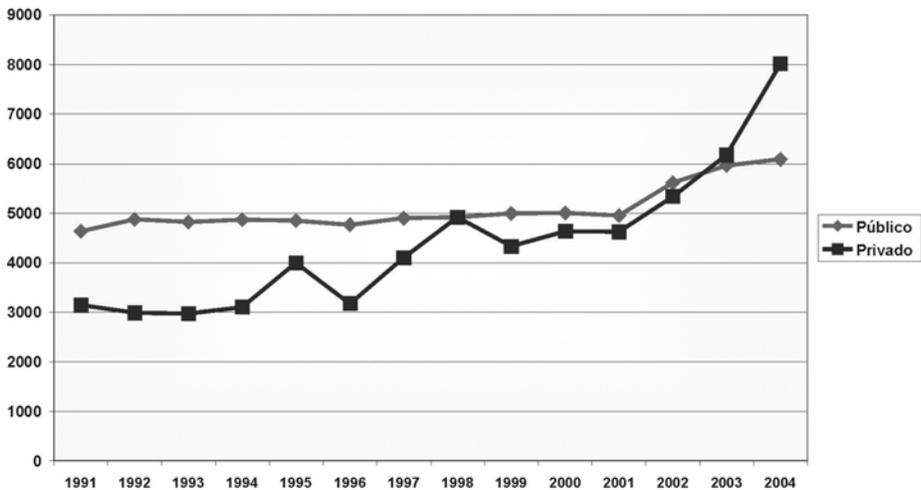


Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

O número de vagas ofertado, no período analisado, para os cursos de graduação em medicina cresceu na ordem de 81,1%. Este aumento é observado a partir de 97 principalmente no setor privado. Este segmento cresce no período em torno de 80%, já no setor público o crescimento verificado foi de apenas 23%.

Observa-se uma tendência na inversão da participação do setor público e do privado na oferta das vagas no período: em 1991 o setor privado era responsável por 40,5% do total de vagas ofertadas, já em 2004 essa oferta representa 56,8%. (Gráfico 2)

Gráfico 2 - Vagas do Curso de Medicina segundo a Natureza Jurídica. Brasil, 1991-2004



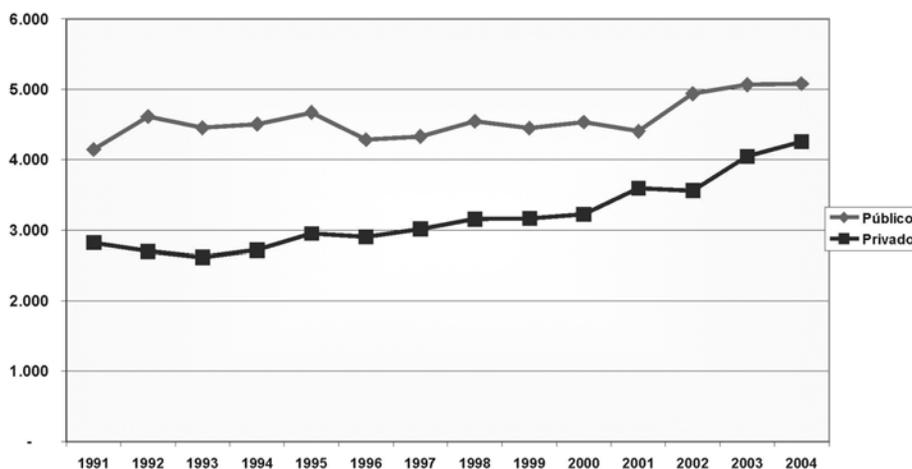
Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

O quantitativo de concluintes dos cursos de medicina manteve-se estável até o ano de 2002, com uma média em torno de 7.600 egressos. Em 2003, observa-se um aumento deste quantitativo passando para 9.113 concluintes e em 2004, 9.339. Deverá ser observado ainda nos próximos anos um aumento do número de egressos, em função da expansão dos cursos observada a partir do ano de 1997.

No entanto, no período estudado, apesar do expressivo aumento do número de vagas, o setor público mantém-se como responsável pelo maior número de concluintes: 54,4% do total de egressos do curso de medicina

no ano de 2004. Porém, estima-se que essa relação apresente mudanças com os egressos dos cursos criados especialmente à partir de 2001 (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Concluintes do Curso de Medicina segundo a natureza Jurídica da Instituição. Brasil, 1991 - 2004



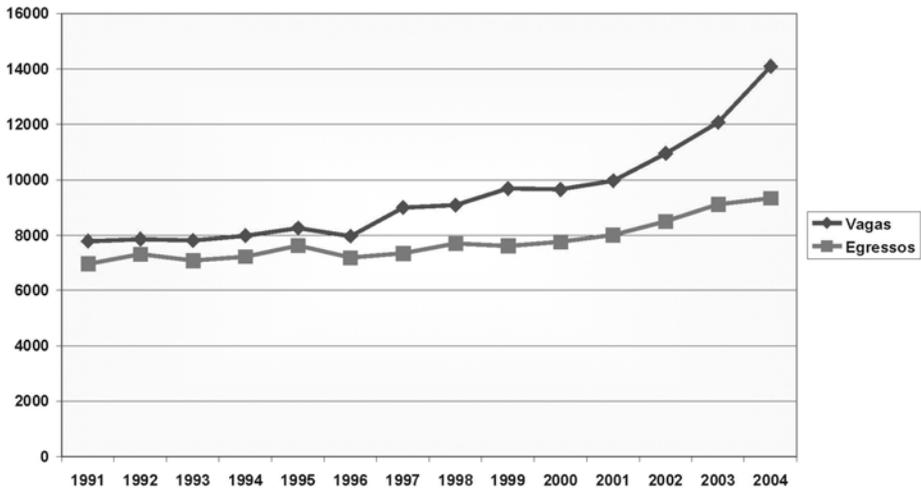
Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

A comparação da evolução do número de vagas ofertadas em 1998 (9.094) com o número de egressos do ano de 2004 (9.339) sugere que o curso de medicina tem pouca evasão. (Gráfico 4)

Tomando-se como referência o segmento público, pode-se observar uma reconfiguração da distribuição geográfica dos cursos no país. Em 1995, por exemplo, 36,7% das instituições públicas concentravam-se na região sudeste, entretanto, observa-se em 2003 uma diminuição nesta participação para 29,9% do total do país. Esta desconcentração regional foi resultado do aumento de instituições públicas nas demais regiões, principalmente nas regiões norte e nordeste. A região nordeste passa a concentrar 27,4% da oferta de instituições públicas do país.

A região Norte teve uma variação percentual de 266,7 enquanto que a região sudeste de 40,9 do total de cursos no período.

Gráfico 4 – Evolução de Vagas e Concluintes do Curso de Medicina. Brasil, 1991-2004



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

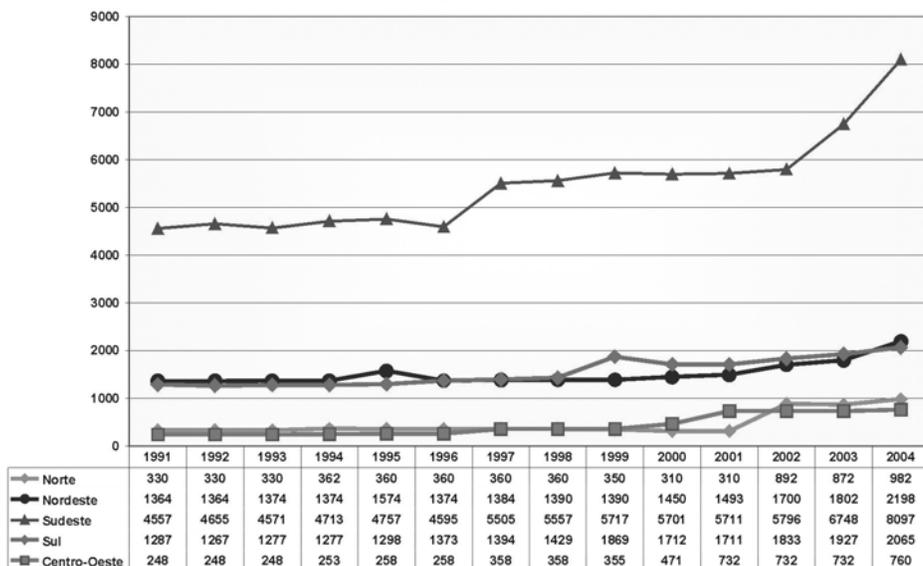
Em relação à oferta de vagas, observa-se que a região sudeste mantém-se como maior detentora das vagas de medicina do país (57,4% em 2004). Ressalta-se ainda que as regiões norte e centro-oeste têm, no período analisado, um incremento importante no número de vagas ofertadas, passando em 2004 a ofertar 6,9% e 5,3% do total de vagas do país, respectivamente.

Comparando a evolução da oferta de vagas em relação à natureza jurídica e a concentração na região, observa-se que o incremento verificado na região norte deveu-se quase que exclusivamente a oferta pública. O setor privado cresce mais acentuadamente, no período, na região sudeste. É predominante a participação do setor público na oferta de vagas na região nordeste, observando-se um crescimento também na região sul.

A Formação Médica na Agenda Nacional

Em meados da década de 60 do século passado já era denunciado que não seria possível corrigir a insuficiência da atenção à saúde atuando exclusivamente sobre uma das causas: a falta de médicos. Já em 1976, Rigatto afirma que esta lógica além de não resolver o problema poderia

Gráfico 5 - Evolução de vagas de graduação do curso de medicina segundo região Brasil, 1995-2004



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

levar a uma superprodução destes profissionais com conseqüências significativas na perda da qualidade da formação acadêmica.

O número de médicos por habitante no Brasil, em 1995, era “adequado às necessidades do País”, segundo as estimativas da OMS para a relação médico- habitante. Entretanto, nessa época, já havia preocupação com a expansão do ensino médico na Câmara de deputados que solicitavam consultorias especializadas para o tema. (Zarur, 2000)

O que se identifica é uma concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, e uma desproporção entre as regiões do país. Esse cenário vem se mantendo nos dias atuais, mesmo com a implementação de políticas de expansão do mercado de trabalho desencadeadas pela implantação da estratégia adota de saúde da família.

Aliada à proliferação de escolas e massificação da formação médica, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades da formação médica.

Têm sido buscados mecanismos de regulação para abertura de novos cursos, aproximando-se critérios de qualidade de um lado, e de regionalização, de outro.

Dois tipos de projetos de lei tramitaram na Câmara dos Deputados, procurando criar formas de controle para a abertura de cursos de medicina no Brasil: um deles atribuindo ao Conselho Nacional de Medicina e ao Conselho Nacional de Odontologia, o parecer final, a ser submetido ao Ministro da Educação, quando da solicitação de abertura de novos cursos; o outro proibindo a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos.

A solução mais adequada, segundo o ponto de vista de muitos parlamentares, seria estabelecer um teto para o número de cursos e de vagas como pretende a proposição, mas com uma importante diferença: haveria um processo de avaliação dos cursos e de substituição dos de baixa qualidade por outros, de qualidade melhor. O projeto de lei manteria os mesmos cursos atuais, sem renovação (Zarur, 2000).

Todas estas iniciativas foram motivadas tanto pela expansão desordenada verificada a partir de 97 e que se acentuou a partir de 2001, quanto pela duvidosa qualidade dos novos cursos e de sua localização geográfica que priorizou os grandes centros urbanos das regiões Sul e Sudeste.

O Decreto Lei nº. 3.860, de 9 de julho de 2001 dispõe que a criação de cursos de graduação em Medicina, em Odontologia e em Psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior:

Art. 27. A criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior, deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º O Conselho Nacional de Saúde deverá manifestar-se no prazo máximo de cento e vinte dias, contados da data do recebimento do processo remetido pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

§ 2º A criação dos cursos de que trata o **caput** dependerá de deliberação da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo Ministro de Estado da Educação.

Observa-se que salvo seja alterado a legislação vigente o parecer do CNS, atualmente, é consultivo e não possui caráter terminativo. Projeto alterando este *status* foi apresentado por entidades médicas a parlamentares em 2002.

Apesar deste movimento, 46 pedidos estavam em andamento, sendo nove apenas para São Paulo. Entre 1996 a 2003 foram abertos sete novos cursos no Estado de São Paulo, mesmo com pareceres contrários do Conselho Nacional de Saúde.

Em 2003, o Ministro da Educação por solicitação do Ministro da Saúde, publica uma resolução que suspende por 180 dias a criação de novos cursos bem como a ampliação de vagas de medicina no país em atendimento a Resolução do CNS nº 324/03². Em março de 2004, o Ministro da Educação prorroga por mais 60 dias esta resolução. Tal decisão baseou-se na solicitação de oito entidades da área médica no Brasil entre elas o CFM e na resolução do CNS nº336/04³.

Encontra-se em tramitação o Projeto de Lei 65/2003, que delibera sobre a proibição, por um prazo mínimo de dez anos, de criação de novos cursos de Medicina. Se aprovado o projeto do deputado federal Arlindo Chinaglia também estará vedada a ampliação de vagas nos cursos já existentes.

Vêm sendo desencadeados alguns movimentos no campo da formação médica relacionados com as formatações curriculares como forma de agregar qualidade e desenvolvimento de competências para o exercício profissional. Os currículos até então aplicados, salvos experiências pontuais, têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde (Pierantoni, 2001).

A aproximação de instâncias do serviço e instâncias educacionais tem possibilitado ensaios de mudanças em modelos curriculares (como por ex. nos caso de integração com a Rede UNI), mas também, destacam dificuldades de articulação entre as esferas da educação e saúde

² Suspensão total da abertura de novos cursos superiores da área da saúde por um período mínimo de 180 dias, a partir desta data, incluindo os processos de solicitação de abertura de novos cursos em andamento neste Conselho Nacional de Saúde-CNS.

³ Prorroga a Resolução nº 324/CNS/2003 por um período de 60 (sessenta) dias.

(Feuerwerker, 2002). Como exemplo pode-se destacar dificuldades na absorção de novos modelos e práticas pedagógicas em função da rigidez das IES; resistência na adoção de novas práticas em saúde; e a reação corporativa que se reflete pelo ideário de exercício profissional altamente especializado e com grande incorporação tecnológica.

Entre as iniciativas para modificar a formação profissional está o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED, 2002), instalado por portaria interministerial (saúde e educação) em 26 de março de 2002. Este programa tem como base as mudanças curriculares dos cursos de graduação e as políticas de valorização da atenção primária e da promoção da saúde. O programa tem por objetivo apoiar a implementação de inovações curriculares nos cursos de graduação em medicina e está estruturado em três eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática, que por sua vez estabelecem vetores específicos. Esta tipologia visa, além de fazer um diagnóstico atual, servir de parâmetro para acompanhamento e avaliação do processo de mudança. O programa, em fase de conclusão, contempla 19 instituições de ensino superior na área da Medicina (MS/PROMED/2002).

Em novembro de 2005, o Ministério da Saúde via Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), inspirado na avaliação do PROMED, lança o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRO-SAÚDE. Este programa amplia, para além da medicina, incentivos para formação nas áreas de odontologia e enfermagem, consideradas prioritárias pela política de saúde. Tal programa tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada e apontada pelas Instituições de Ensino Superior (IES). Tem como imagem objetivo uma escola integrada aos serviços de saúde e que dê respostas às necessidades de formação de recursos humanos, de produção do conhecimento e de prestação de serviços, direcionadas ao fortalecimento do SUS (Brasil, 2005)⁴.

As novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina somadas às iniciativas acima referidas, e outras, como a formação de avaliadores (parceria MEC e MS), parecem oferecer uma perspectiva de mudança no perfil dos profissionais ofertados aproximando-os às necessidades demandadas pela so-

⁴ Para informações sobre o programa e acesso aos editais consultar www.saude.gov.br/sgtes.

cidade e pelo mercado. Mais ainda, o fortalecimento institucionalizado de parcerias entre o sistema educacional e o sistema de saúde seguramente contribuirão para mudanças tanto quantitativas como qualitativas para a formação desse profissional vital para o sistema de saúde brasileiro.

Considerações finais

Sabe-se que o processo de profissionalização médica é de longa duração e de terminalidade relativa, pois mesmo após a conclusão da graduação são necessários investimentos na formação (em nível de pós-graduação nas suas diversas modalidades) consistindo, assim, em uma profissão de alto custo para a sociedade.

No Brasil, enfrenta-se na atualidade: a concentração tanto de profissionais quanto de instituições formadoras, nas regiões sudeste e sul do país e nos grandes centros urbanos; a tendência proliferação de cursos de graduação de medicina em instituições privadas; baixa capacidade do setor saúde para ordenar a formação na área. Some-se a isso a inadequação de propostas curriculares que atendam as necessidades do sistema de saúde e reverta o cenário de extrema especialização e fragmentação do trabalho médico.

Entretanto, pode-se observar uma inflexão, mesmo que ainda discreta, no governo atual, com a abertura de cursos e vagas em instituições públicas, a partir de 2000, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país e com os programas de incentivo as mudanças na formação.

Os acordos internacionais que rompem barreiras econômicas e sociais (Nafta, Mercosul, União Européia, etc.) desenharam um novo cenário geopolítico, com contornos mais complexos, apontando para a necessidade de pactuação entre os parceiros internacionais. Acirra-se a necessidade de regulação tanto das condições de formação como do exercício profissional na tentativa de equacionar a enorme disparidade entre os países, bem como definir contornos éticos dos processos migratórios. A preocupação com a migração internacional tem levado grupos como a Commonwealth Secretariat a desenvolver movimentos que promovam práticas éticas para o recrutamento internacional.

⁵ Ver em Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers , Adopted at the Pre-WHA Meeting of Commonwealth Health Ministers 2003, Geneva on Sunday 18 May 2003

Assim, ainda há de se enfrentar desafios internos tais como: a construção de processos regulatórios afinados entre o sistema educacional e o sistema de saúde que atuem nas propostas de credenciamento de novas escolas, no dimensionamento do número de vagas e sua distribuição geográfica, na adoção de proposições curriculares inovadoras, e em mecanismos de fixação dos profissionais médicos. Delineiam-se, ainda, novos processos que serão oriundos do fluxo de serviços decorrentes da dissolução de fronteiras entre países integrantes dos acordos comerciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMZÓN, M. et all. Recursos Humanos em Salud en Argentina/2001, *Serie Observatorio de Recursos Humanos em Salud*, OPS, Argentina, 2001.

AMARAL, J. L. *Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS*. 113p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Ministério da Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

----- . PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. Hucitec, São Paulo. 2002.

JOINT LEARNING INITIATIVE. *Human Resources for Health: Overcoming the crisis*. Communications Development Incorporated in Washington, DC, 2005, 217p.

HAGOPIAN, A. et all. *The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain*, in Human Resources for Health 2004, 2:17.

NIGENDA, G. et all. *Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology* in Human Resources for Health 2005, 3:3.

MERCER, H. et all, Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change in Ferrinho Paulo & Dal Poz Mario (org) *Towards a Global Health Workforce Strategy*, Studies in Health Services Organization & Policy, 21, 2003, Series editors: Lerberghe, Kegels and Brouwere, Belgian 2003 p 451 – 482.

PIERANTONI, C. R. *Reformas da saúde e recursos humanos: Novos desafios x velhos problemas*. 228 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.

----- . As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. ABRASCO, Rio de Janeiro v.6, n. 2: 341-360. 2001.

ZARUR, G. C. *Situação atual do ensino médico brasileiro*. Brasília. 2000.

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

O Trabalho de Saúde nas Regiões de Fronteiras Brasileiras

*Eliane dos Santos de Oliveira,
Maria Helena Machado e
Neuza Maria Nogueira Moyses*

9

INTRODUÇÃO

Os dados contidos no presente artigo, são parte de um conjunto de informações de saúde nas fronteiras, produto de pesquisas da Estação de Trabalho da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- FIOCRUZ que integra a Rede¹ de Observatório de Recursos Humanos da Saúde. A diversidade de situações encontradas e explicitadas no decorrer das discussões do Grupo de Trabalho do MERCOSUL e historicamente vivenciadas pelos gestores e usuários dos serviços de saúde daquelas localidades nos impulsionou a elaborar um diagnóstico que contemplasse as especificidades dos municípios brasileiros e estados fronteiriços com a América do Sul.

As estimativas do Censo Demográfico foram às fontes estatísticas utilizadas para traçar o perfil demográfico e sócio econômico dos municípios brasileiros de fronteira e as informações sobre capacidade instalada (estabelecimentos, leitos e empregos) são oriundas da Pesquisa Assistência Médico Sanitária-AMS, ambas desenvolvidas pelo IBGE. Os dados dos Conselhos Federais e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNES da Secretaria de Atenção Básica (SAS) do Ministério da Saúde do Brasil foram utilizados para caracterizar os profissionais de saúde inseridos no mercado de trabalho daqueles municípios.

O trabalho buscar construir uma caracterização socio-econômica, institucional da capacidade instalada e dos recursos humanos de saúde dos municípios fronteiriços brasileiros. Levou-se em consideração duas questões primordiais: a) que a migração transfronteiriça de recursos humanos

¹ A Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH é a mais importante iniciativa desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nas Américas. No Brasil, a Rede atua em parceria com diferentes instituições de gestão, ensino e pesquisa na área de saúde. É coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde -SGTES do Ministério da Saúde em parceria com a OPAS. Atualmente a rede é composta por 21 Estações de Trabalho que estão interligadas e distribuídas em oito estados e no Distrito Federal. Ver mais detalhes: [http:// www.observrh.org.br](http://www.observrh.org.br)

qualificados pode significar uma perda social e econômica importante para os países de origem (independentemente do país de destino): b) que o livre trânsito dos profissionais de saúde constitui atualmente, um tema importante para reflexão e análise, o que vai implicar na prática, enfrentar questões como: as políticas de migração; regulamentação e o controle profissional (intra e extra países).

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

É um estudo exploratório que abrange 11 unidades da Federação e os 588 municípios da Faixa de Fronteira. Utilizou-se a divisão regional criada pelo Grupo RETIS/UFRJ em estudo realizado para o Ministério da Integração Nacional. Nesta tipologia, a faixa de fronteira é dividida em três macrosegmentos: Arco Norte, Arco Central e Arco Sul, assim caracterizados:

1. Arco Norte: Abrange a faixa de fronteira de cinco estados: Amapá, Pará, Roraima, Amazonas e Acre, com 71 municípios. Representa em extensão (66,7%) da área fronteiriça e uma baixíssima densidade demográfica (1,2), ou seja, o principal problema do arco é a acessibilidade - o difícil acesso por meio terrestre. Apesar de fluxos migratórios procedentes de outras regiões do país, a Faixa de Fronteira Norte constitui um “arco indígena” (7,8%) tanto do ponto de vista do território (presença de grandes áreas de reserva) como da identidade territorial (importância étnica cultural indígena mesmo fora das áreas de reserva).

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

3. Arco Sul: Compreende a Faixa de Fronteira de três estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, correspondente à área mais meridional do país e inclui 418 municípios. Representa a menor extensão fronteiriça (10,8%) com uma densidade demográfica (25,7). Embora com importantes diferenciações intra-regionais, é o espaço com intensa influência do legado sócio-econômico e cultural europeu ao longo da FF, e o mais afetado pela dinâmica transfronteiriça decorrente do projeto de integração econômica promovida pelo MERCOSUL.

A IMPORTÂNCIA DAS FRONTEIRAS

Recentemente, o espaço fronteiriço vem sofrendo transformações e já é considerado como importante instância de deliberação entre os países sul-americanos². Fato que por si só já indica uma mudança de concepção, tendo em vista, que as fronteiras deixam de ser vistas apenas como áreas de segurança nacional e tornam-se uma questão estratégica em várias escalas de atuação do poder público e prestação de serviços para estados e cidades. A nova potencialidade da faixa de fronteira deve ser entendida como uma oportunidade para fortalecer a integração regional do MERCOSUL, isto poderá ser concretizado por meio da criação ou revitalização dos Comitês de Fronteira, que articulam cidades de ambos os lados. Nesse sentido, alguns acordos bilaterais já foram implementados, no entanto, tais iniciativas nem sempre provocaram efeitos satisfatórios nos espaços de interação física entre os países, ao contrário, dependendo das especificidades locais de cada área fronteiriça apresentaram efeitos negativos. (Costa, 2006)

A situação peculiar fronteiriça demanda tratamento específico de flexibilização de regras nacionais de modo a contemplar as excepcionalidades observadas na região. Conhecer as restrições e as definições legais e gerais da fronteira, além daquelas que definem o exercício profissional e educacional, é um ponto de partida necessário para a criação de um marco regulatório comum que enfatize os pontos de convergência dos sistemas de saúde e das ações que contemplem a harmonização curricular dos países envolvidos. A

² Existem variações entre os países: a Colômbia, por exemplo, não contempla as normas vigentes no Uruguai e Argentina. Em alguns países andinos as regras são genéricas condensadas em Estatutos, ou seja, não constituem um documento de agenda de integração (MI, 2005).

nova agenda³ de cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço entre o Brasil e o Uruguai, por ser pioneiro, é um bom exemplo que se transformou em paradigma e que pode ser adaptado e seguido para o MERCOSUL e demais países da América do Sul. Além de servir como referencial, reflete a posição do Governo brasileiro sobre o tema para promover a integração econômica e regulamentar os direitos da comunidade transfronteiriça, respeitando e reforçando a dimensão humana. (MI, 2005).

A Fronteira Brasileira

A faixa de fronteira representa 27% do território nacional - 2,357 milhões de quilômetros quadrados, abrange 11 estados da federação e 588 municípios situados total ou parcialmente nesta faixa, e tem uma população estimada em 10 milhões de habitantes, sendo que 67% se concentra no Sul. (IBGE, CD/2000).

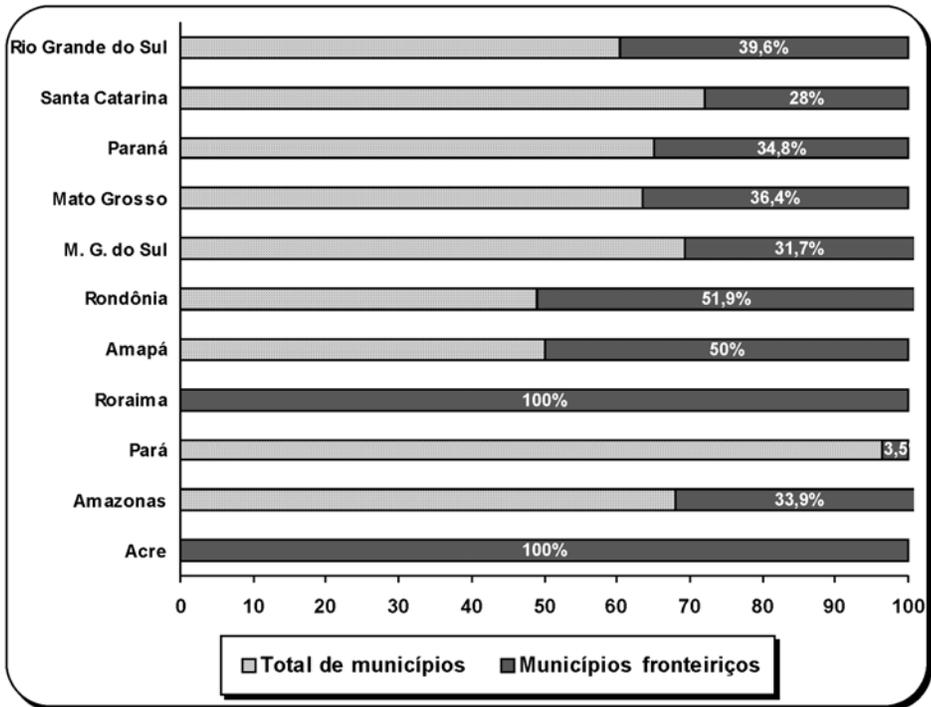
Tabela 1- Características da faixa de fronteira brasileira

Unidades da Federação por arcos	Total de municípios	Municípios de fronteira	%
Arco Norte	258	71	27,5
Acre	22	22	100,0
Amazonas	62	21	33,9
Pará	143	5	3,5
Roraima	15	15	100
Amapá	16	8	50
Arco Central	268	99	36,9
Rondônia	52	27	51,9
Mato Grosso do Sul	139	44	31,7
Mato Grosso	77	28	36,4
Arco Sul	1189	418	35,2
Paraná	399	139	34,8
Santa Catarina	293	82	28,0
Rio Grande do Sul	497	197	39,6
Total	1715	588	34,3

Fonte: IBGE, Cadastro Nacional de Municípios, 2000.

³ Acordo firmado em agosto de 2002 entre o governo do Brasil e Uruguai para permissão de residência, para realizar estudos e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, Entrou em vigor através do Decreto N° 5.105, somente em 14 de Junho de 2004. Também contempla igualmente, a prestação integrada de alguns serviços públicos, assim como a livre circulação das pessoas de ambos lados da fronteira, criando a figura do Cidadão Transfronteiriço. (MI, 2005)

Gráfico 1- Participação dos Municípios brasileiros na faixa de fronteira



Fonte: IBGE, Cadastro Nacional de Municípios, 2000

É importante destacar os conceitos de Fronteira, Faixa de Fronteira e Região Fronteiriça. Quando se diz *Fronteira* deve ser entendido como um espaço territorial, sociológico e econômico, de relação de interdependência, promovida e compartilhada por grupos populacionais que se estabelecem de um ou do outro lado do limite externo dos países e que passam a constituir um mesmo ambiente de interação no qual criam uma cultura própria de vida, às vezes diferente de cada uma de suas nações de origem. A *faixa de fronteira* inclui todos os municípios, províncias ou cidades que se encontram dentro do território compreendido entre a linha divisória internacional e a linha paralela orientada a uma distância que cada país define para o interior de seu território. Já a *região fronteiriça* se refere ao número de municípios, províncias ou cidades limítrofes entre dois ou mais países. (MI, 2005).

As cidades fronteiriças de algum modo integram-se de forma natural e criam uma espécie de terceiro espaço, no qual se gera uma nova socie-

dade, com valores e traços culturais, étnicos, linguagens peculiares e próprios dessa localidade, apresentando uma identidade diferente do restante do país. Observa-se também que existem fronteiras em que a condição de um lado é melhor que a do outro, devido, especialmente, ao fato de um país possuir melhores condições de acesso aos serviços, e nesse caso, a saúde é utilizada como um elo de ligação entre os dois lados, gerando nas fronteiras mais críticas um desenvolvimento mais equitativo para o bem estar e qualidade de vida da população (Peiter, 2007)

Alguns municípios que estão na Faixa de Fronteira, mas não na Linha, acabam convivendo com os problemas que afetam os localizados na linha propriamente dita de uma forma inusitada. Muitos dos quais desconhecem que possuem leis que os diferenciam do restante do país e que limitam seu escopo de ação e nem sempre são reconhecidos como fronteiriços pelas prefeituras locais. Dessa forma, a reivindicação dos gestores pela revisão e modificação da Lei 6.634/1979 que dispõe sobre a utilização da Fronteira, com a criação de faixas graduais de fronteira em que as disposições legais variem com o afastamento dos municípios da linha de fronteira, revendo privilégios e responsabilidades - é justa e necessária. Vários estudos demonstram que a área fronteiriça embora legítima não foi contemplada com políticas públicas sistemáticas que atendam às especificidades regionais e, nos últimos anos os municípios de fronteira ficaram “um tanto abandonados”. (Giovanella et al, 2007)

Em pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Municípios em 2008, os gestores dos municípios fronteiriços relataram:

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

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

“É de extrema importância frisar que o ideal é que os gestores municipais tenham participação ativa e que sejam consultados em todas as questões das quais fazem parte, pois são as municipalidades que mais sofrem os impactos dos problemas fronteiriços e são as mais cobradas pela população. Além disso, como entes federativos efetivamente mais próximos da fronteira, os gestores podem ter uma participação mais ativa na execução de políticas e programas referentes ao tema. É importante que se criem

formas que permitam a participação municipal, não somente nas decisões e no estabelecimento de políticas públicas, mas também na sua execução, garantindo assim maior peso político e real importância ao papel dos municípios nas decisões da República". (Confederação Nacional de Municípios, 2008)

A Constituição Brasileira estabelece a Saúde como um direito de todos e dever do Estado, mas, na prática e a despeito dos grandes avanços no setor desde a implantação do SUS, a busca pela integralidade e humanização de atenção equânime ainda é uma meta a ser perseguida nas áreas fronteiriças do Brasil. A falta de recursos humanos especializados principalmente de médicos e enfermeiros, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas. As mesmas carências têm sido observadas nos países fronteiriços com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, ora num sentido ora em outro, na busca de melhor oferta de serviços de saúde. Esta mobilidade tem gerado grandes obstáculos para os gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS. Há muito tempo procura-se resolver esses problemas sem suficiente êxito, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais.

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

O Trabalho em Zonas de Fronteiras

Um dos fatores que apresenta efeitos intensos e desiguais nas comunidades em zona de fronteira é o trabalho. As oportunidades oferecidas pelo

Estado mais desenvolvido, sobretudo para a realização de tarefas pesadas descartadas pelos profissionais qualificados desse mesmo estado, acarretam ao longo do tempo fluxo de trabalhadores do lado mais pobre para o lado mais rico do limite internacional. Esse fluxo pode ser constituído por trabalhadores diaristas ou sazonais, sem qualificação ou semiquualificados, formais ou informais, atraídos pelas oportunidades de trabalho e, principalmente, pelos possíveis pagamentos de assistência social. Se esse afluxo de trabalhadores reduz as pressões demográficas e o desemprego no Estado menos desenvolvido, pode também intensificar a exploração de trabalhadores ilegais na região de fronteira dos municípios mais desenvolvidos.

No caso do Brasil, não existe um marco regulatório único para tratar fluxos de trabalhadores transfronteira. Na verdade, o que se observa é uma política diferente para cada local geográfico que preserva os interesses brasileiros em relação ao país vizinho. Tal política se expressa preferencialmente por acordos bilaterais. Embora justificada pelas diferenças entre países, os efeitos dessa política são nocivos a administração regional da faixa e da zona de fronteira, tendendo a reforçar em vez de modificar visões preconcebidas e assimétricas hostis à integração subcontinental. Na fronteira entre o Rio Grande do Sul e o Uruguai, por exemplo, um acordo bilateral criou o Documento Especial de Fronteiriço, que regulariza e facilita as interações transfronteiriças através da expedição de permissão de trabalho e circulação para as cidades-gêmeas localizadas neste segmento fronteiriço. Outro aspecto preocupante é a morosidade em se implementar uma possível integração de formação de recursos humanos para a saúde, hoje não só brasileira, mas também dos países do MERCOSUL. Isso pode estar contribuindo para a grande informalidade existente dos postos de trabalho de baixa qualificação no lado brasileiro. (MI, 2005)

O desafio atual passa pela criação de mecanismos para a implementação de ações conjuntas que possam equacionar os problemas ligados ao processo regulatório do exercício profissional, principalmente nos municípios de fronteiras mais críticas, onde as desigualdades são mais latentes e onde a carência⁴ de pessoal é reconhecidamente um fator predisponente que impacta na saúde, as quais definem, em grande parte, o acesso da população aos serviços de saúde.

⁴ Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em junho de 2008, existiam 713 municípios que não tinham simultaneamente profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros, mais da metade são municípios de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 5000 habitantes. (MS/CNES, situação em junho de 2008)

Considerando-se essas evidências, o governo Lula propôs mudanças em relação à fronteira - o desenvolvimento regional passa a ser priorizado como agenda estratégica de governo – com um olhar diferente para os municípios que possuem área localizada total ou parcialmente dentro da faixa de fronteira- foi lançada a Política Nacional de Desenvolvimento Regional e os diversos programas⁵ que disponibilizam recursos financeiros voltados para a integração da América do Sul.

O Plano Plurianual⁶ 2004-2007, por exemplo, trouxe novos condicionantes para reduzir as desigualdades regionais destacando-se as seguintes ações: a) Mudanças das condições técnico-tecnológicas (sistema global de telecomunicações) no campo da produção e troca de informações; b) Ajuste das políticas públicas estatais à “permeabilidade” das fronteiras; c) Integração da Faixa de Fronteira às outras regiões do país; d) Promoção da cidadania e do desenvolvimento regional; e) Implantação de programas de saúde que aumentem o acesso da população aos serviços de saúde - SUS; g) Mecanismos para aumentar a resolutividade dos serviços de saúde na busca da equidade, entre outras. (MI, 2005).

No bojo dessas iniciativas o Ministério da Saúde do Brasil retomou a discussão de fronteiras e programou várias estratégias para aumentar a eficiência do Sistema Único de Saúde – SUS na região, com o objetivo principal de integrar as ações de infra-estrutura, finalmente promover a cidadania para as populações fronteiriças.

Na área de gestão do trabalho, para fazer frente ao quadro de precariedade⁷ das estruturas das secretarias de saúde e ausência de políticas de Recursos Humanos que atendam as diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do

⁵ Existem 173 atividades em desenvolvimento pelos diversos ministérios para melhorar a condição social da população. Os projetos Ação Segurança Cidadã do Ministério da Justiça, Capacitação profissional do Ministério da Educação, são alguns exemplos.

⁶ A estratégia de implementação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira- PDFFF proposta pelo Ministério do Interior do Governo Federal seguirá três linhas de ação: a) Desenvolvimento integrado das Cidades-gêmeas; b) Articulação das prioridades do PDFF com o desenvolvimento das mesorregiões prioritárias; c) Melhoria das condições econômicas, sociais, de saúde e de cidadania das sub-regiões que compõem da faixa de fronteira. Brasil. (Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, 2005).

⁷ Ver mais detalhes, In: Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, Brasília: CONASS, 2004. 220 p. (CONASS Documenta: v.1)

Trabalho no SUS - ProgeSUS, criado pela Portaria/GM-MS Nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006, que objetiva desenvolver ações conjuntas para o fortalecimento e modernização das estruturas de Gestão do Trabalho no SUS. É um programa de cooperação técnica e financeira com Estados e Municípios, voltado para o fortalecimento e qualificação das estruturas de gestão do trabalho no SUS. A primeira etapa contempla 287 municípios. O programa tem três componentes: a) Estruturação da Gestão de Recursos Humanos; b) Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS; c) Sistema Gerencial de Informações da Saúde.

O SIS-Fronteira⁸ – instituído originalmente pela Portaria GM 1.120/05, o SIS está atualmente embasado pelas Portarias 1.188 e 1.189 (05/06/2006) que aprova novo Termo de adesão ao Sistema. Destaca-se como um relevante projeto voltado para a integração de ações e serviços de saúde na região fronteiriça do Brasil, além de ser uma importante estratégia para uma futura integração entre os países da América Latina.

Para melhorar a situação da saúde na Região Amazônica, está em execução o Plano de Saúde para a Amazônia Legal – PSAL, que tem como propósito desenvolver ações para fomentar o desenvolvimento dos serviços de saúde em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com foco em suas realidades. O Observatório⁹ da Saúde da Amazônia Legal – é uma estratégia relevante do PSAL- e representa um avanço na sistematização de informações georeferenciadas, provendo uma malha tecnológica de comunicação para os atores envolvidos na gestão regional. Destarte, auxiliará os governos a acompanhar o Programa de Descentralização da Saúde, no que tange à destinação e a aplicação dos recursos públicos na área da saúde de estados e municípios da Amazônia Legal. A implantação deste projeto envolveu universidades, centros de pesquisa, instituições do governo federal (SUDAM e o SIPAM) e representantes dos governos estaduais e municipais da Amazônia Legal na área de saúde.

⁸ É um projeto que visa melhorar a vigilância em saúde na região de fronteira e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. Foi previsto ser implementado em três fases: A primeira refere-se à realização de um diagnóstico da situação de saúde e da infraestrutura disponível com apresentação de um plano operacional para a área. A segunda contempla a qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de saúde. A terceira fase é a de consolidação do que foi planejado (serviços e ações). Mais informações ver site: www.saude.gov.br

⁹ Constitui um dos mecanismos de Monitoramento e Avaliação do Plano de Qualificação da Atenção à Saúde da Amazônia Legal - SAÚDE AMAZÔNIA como parte do Plano da Amazônia Sustentável lançado pelo presidente Luis Inácio Lula da Silva em maio de 2003. Mais informações no site: www.saude.gov.br/amazonia

Outra estratégia criada para desafogar o SUS nas fronteiras– foi o QualiSUS – que pretende desenvolver nas capitais brasileiras e regiões metropolitanas uma política de qualificação nos atendimentos nas Unidades de Urgência/Emergência; na atenção básica; no acesso à assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade e ainda implementar uma Política de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS. O QualiSUS cria em cada hospital, um grupo de humanização no atendimento, reorganiza o funcionamento com a priorização de leitos para pacientes da emergência, institui a triagem classificatória de risco e capacita os profissionais de saúde envolvidos nos serviços locais (MS, 2004).

O Fórum¹⁰ Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde – também foi lançado como um espaço relevante de diálogo e cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde para tratar das questões referentes ao exercício profissional nas fronteiras com o MERCOSUL. Entre as principais ações constituídas para esse fim, destacam-se a Matriz Mínima para Exercício Profissional; Ampliação do Quadro de Especialidades Médicas; Levantamento dos Códigos de Ética Profissionais; Acompanhamento da compatibilização de formação, a definição de profissões prioritárias(medicina, psicologia, enfermagem, odontologia, fisioterapia, farmácia e nutrição); levantamento das normatizações regulatórias.

Foi criado o Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários do Mercosul que além do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai(membros do bloco), incluirá a Venezuela, Chile e Bolívia. O objetivo do sistema é estabelecer um padrão de qualidade para estreitar as relações entre os países. Entre as possibilidades estão programas de intercâmbio de alunos e professores, a dupla diplomação em universidades de dois países e a simplificação do processo de validação de diplomas estrangeiros. Está previsto para o primeiro semestre de 2009 a inscrição no sistema de cursos de medicina veterinária e enfermagem, em 2010, os de medicina e odontologia. O processo de adesão ao sistema é voluntário.(Portal Globo,2008)

O Fórum MERCOSUL constitui uma instância colaboradora de atuação da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT11- “Saúde” tem entre os seus principais objetivos: i) ajudar a construir uma posição comum no que diz respeito aos itens da

¹⁰ Criado em 13 de abril de 2004 e institucionalizado pela Portaria nº 929/GM, publicada no DOU em 2 de maio de 2006. Mais informações: <http://www.mercosulsaude.org>

pauta negociadora da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; ii) apresentar proposições que auxiliem a formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde, que elevem a cobertura e a qualidade da atenção à saúde da população, prioritariamente nas regiões fronteiriças do MERCOSUL; e iii) elaborar propostas que auxiliem na definição e aplicação dos itens que compõem a agenda de trabalho do Fórum.

Para promover a desprecarização e reverter o quadro de ausência de direitos e benefícios trabalhistas que, na área da saúde, agrava e eleva o grau de desmotivação e a rotatividade dos trabalhadores nos serviços, o Ministério da Saúde adotou uma política de valorização do trabalhador, criando o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS através da Portaria N.º 2.430, de 23 de dezembro de 2003. (MS, 2006)

Destaca-se, ainda no âmbito das ações implementadas pelo Ministério da Saúde a realização da 3^a Conferência¹¹ de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde- que reuniu cerca de 1.500 delegados gestores e trabalhadores de todas as regiões do país, uma iniciativa para discutir gestão do trabalho e da educação na saúde, participação do trabalhador, financiamento, controle social e práticas de trabalho.

Considerando que a saúde é um bem público e que cabe ao Estado dispor sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, no campo da regulação profissional, o Ministério da Saúde constituiu a Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) por meio da Portaria 827/GM de 05/05/2004 - uma instância permanente de caráter consultivo e de natureza colegiada que dá ao poder público o papel de regulador do trabalho em saúde no país. (MS, 2006)

Contexto e Desafios na Configuração do Mercado de Trabalho de Saúde nas Fronteiras

Há algum tempo a questão de recursos humanos nas fronteiras é área prioritária na agenda do governo, entretanto, ainda não se tem obtido grandes avanços na provisão de profissionais de saúde naquelas regiões. Governos, gestores, entidades sindicais, universidades, instâncias colegiadas

¹¹ A Conferência foi realizada em Brasília no período de 27 a 30 de março de 2006, e obteve grande adesão dos Estados e municípios. Com o tema "Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação", o encontro reuniu cerca de 1.500 delegados.

do SUS, enfim, todos concordam que o novo “mundo do trabalho” frente à globalização requer uma discussão profunda sobre a equidade nos processos que conformam o campo da gestão do trabalho, como: acesso aos serviços de saúde, proteção social, remuneração, ambiente, condições de trabalho, qualificação, participação política e acesso à tecnologia.

Os grandes desafios na área de educação e gestão do trabalho em saúde que se colocam pelos estudiosos¹² e merecem ser destacados para as fronteiras são: a) crescimento do mercado informal com vários modelos de contratação comprometendo a fixação dos profissionais, principalmente médicos; b) desvalorização do trabalhador; c) precariedade das estruturas gestoras dos municípios de fronteira; e) dificuldades no fluxo de informações, bases de dados não compartilhadas e baixa qualidade dos dados disponíveis, entre outros.

Convém destacar a *complexidade do trabalho* na saúde em áreas com uma diversidade de interações transfronteiriças¹³ tão singular. O forte movimento de migração (10,2% e 7,1%) nos Arcos Norte e Central respectivamente, tem contribuído para a intensa mobilidade de população dos países vizinhos em busca de atendimento no lado brasileiro, o que interfere na qualidade (registros de casos, acompanhamento, dimensionamento de serviços e planejamento das ações), e a sustentabilidade do sistema, tendo em vista que este fluxo não está contabilizado no cálculo dos recursos do SUS, o que ocasiona conflitos no âmbito dos serviços e demandas dos municípios por mais recursos federais. (Oliveira, 2005).

A acessibilidade nos municípios da Faixa de Fronteira tem fortes elementos diferenciais, a densidade demográfica, por exemplo, varia de 1,2 (arco norte) a 25,7 (arco sul). As elevadas taxas de *crescimento populacional* e a *expressiva concentração de indígenas*, são outros fatores que por si só já demonstram que os municípios fronteiriços não podem ser tratados de forma igual. Temos que considerar o agravante que cerca de 41,6 % dos 588 municípios fronteiriços têm um quantitativo populacional abaixo de 10 mil habitantes e distantes das capitais. O isolamento junta-

¹² Machado, Lia (2005); Giovanella et all (2007); Peiter (2007); Oliveira (2005).

¹³ Um contexto geográfico com grupos vulneráveis de diversas origens: garimpeiros, indígenas, madeireiros, assentados rurais, caminhoneiros e trabalhadores do sexo. Ainda, faz parte deste cenário os espaços críticos que circundam as fronteiras como: áreas indígenas, rota de tráfico, rotas comerciais, cidades gêmeas e áreas de transito intenso. (Machado, 2005)

Quadro Resumo 1- Aspectos demográficos por Arcos de Municípios Fronteiriços com a América do Sul

Aspectos demográficos	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Números de municípios fronteiriços	71	99	418	588
População 2005	1.786.774	2.326.547	6.332.651	10.445.972
Área Km2	1.524.159	513.919	245.930	2.284.008
Densidade demográfica	1,2	4,5	25,7	4,6
% da fronteira	66,7	22,5	10,8	100,0
% pop. urbana	62,0	72,2	72,1	70,6
Densidade rural	0,4	1,1	7,0	1,3
% de migrantes	10,2	7,1	5,0	22,3
% de pop. indígena	7,8	2,7	0,5	11,0

Fontes: IBGE, Censo Demográfico, 2000; Ministério da Integração Nacional, 2005

mente com a escassez de recursos tecnológicos contribuem negativamente para o acesso aos serviços de saúde.

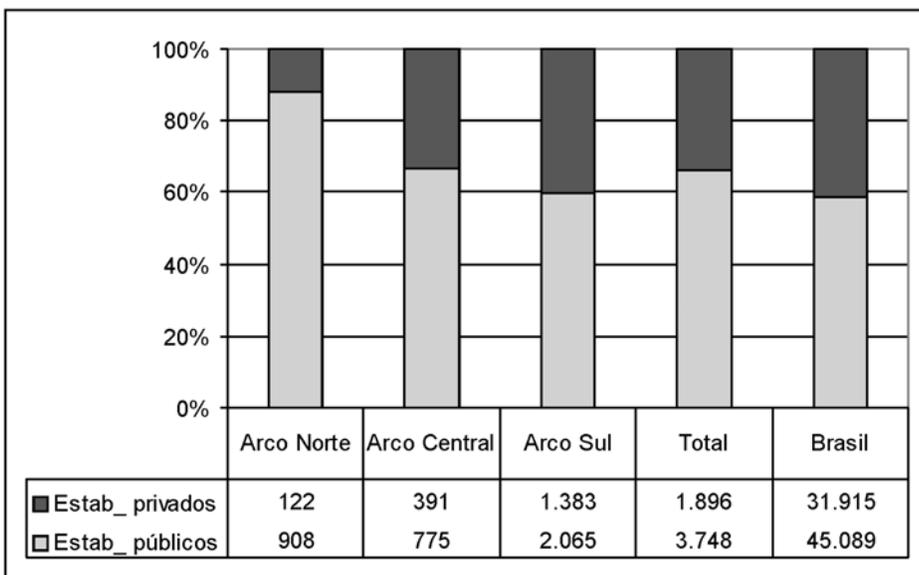
Considerações sobre a Capacidade Instalada

Os municípios de fronteira tem 5.644 estabelecimentos de saúde (7,3%) do total do país (77.004). A maioria (66,5%) pertence ao setor público, parte na esfera federal, (375). As Unidades de Saúde ligadas as Forças Armadas e as Unidades de Saúde da Família tem uma importante contribuição no atendimento médico, odontológico e no transporte de pacientes e fortalecem a presença do poder federal naquelas localidades.

Outra característica importante é a presença significativa dos municípios como provedores da saúde em todos os arcos da fronteira e, concomitantemente a ausência do setor privado, principalmente no Arco Norte, onde a atuação de Organizações não governamentais -ONGS e entidades filantrópicas predominam na oferta de serviços de saúde principalmente nos municípios mais distantes das capitais e nas cidades ribeirinhas. (Gráficos 2 e 3)

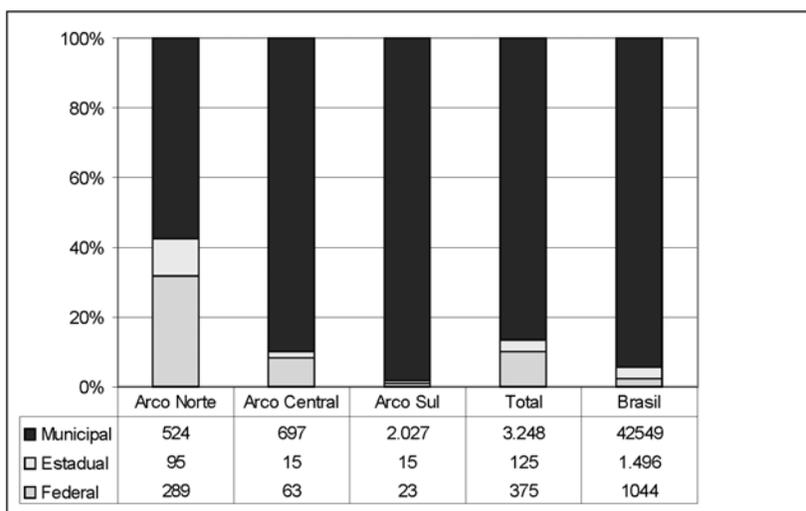
espaços críticos que circulam as fronteiras como: áreas indígenas, rota de tráfico, rotas comerciais, cidades gêmeas e áreas de trânsito intenso. (Machado, 2005)

Gráfico 2 - Estabelecimentos de saúde por entidade mantenedora segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

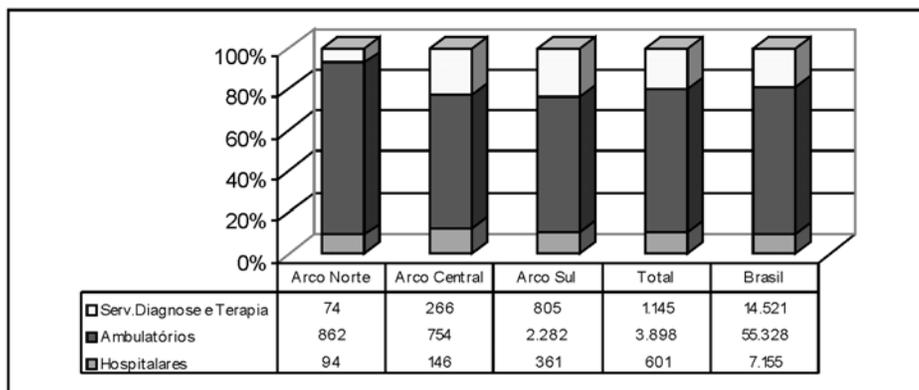
Gráfico 3 - Estabelecimentos públicos de saúde por esfera administrativa segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médica Sanitária, 2005

Os dados apresentados no Gráfico-4 demonstram que o atendimento nas fronteiras brasileiras é feito basicamente através da rede ambulatorial de saúde, existem apenas 10,6% (601) estabelecimentos com internação (hospitais), 91,5% (5043) são ambulatorios (clínicas, policlínicas, postos e centros de saúde). Os serviços de apoio de diagnose e terapia representam 19% (1.145 estabelecimentos) do segmento sem internação.

Gráfico 4–Estabelecimentos de saúde por tipo de atendimento segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médica Sanitária, 2005

Os municípios de fronteira possuem 31.317 mil leitos, a rede privada conveniada com o SUS predomina com mais de 70% deste total. A distribuição dos leitos pelos arcos é bem inequívoca. O volume de leitos do Arco Norte fica bem aquém dos demais arcos. Enquanto o Norte tem apenas 1,9 leitos por 1000 habitantes, o Arco Sul tem (3,4) quase o dobro a maior relação do país.

Quadro Resumo 2- Distribuição de Leitos

Capacidade instalada	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Números de leitos (v. abs)	3.446	6.332	21.539	31.317
Leitos por 1000 hab	1,9	2,7	3,4	3,0
Leitos privados	731	4.047	19.746	24.524
Leitos disponíveis SUS	2.965	4.834	16.099	23.898

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

No entanto, como comentado anteriormente, a existência de serviços de saúde não gera necessariamente acesso, as dificuldades de locomoção e as baixas densidades demográficas dos municípios do arco norte, ainda constituem um desafio às políticas públicas para as fronteiras principalmente na oferta de leitos.

Os Empregos de Saúde nas Fronteiras

O mercado de trabalho nas fronteiras abrange 122.926 empregos - 4,8% dos cerca de 2,5 milhões dos empregos de saúde do Brasil. A maioria encontra-se no setor público (61,9%) e na esfera municipal. O setor privado representa 39,1% do mercado de trabalho com 46.835 empregos. Interessante constatar que os empregos privados estão inseridos em sua maioria em estabelecimentos sem fins lucrativos. O setor privado lucrativo encontra-se basicamente no arco sul, que aparentemente possui o melhor poder de compra de serviços especializados. (Quadro resumo - 3)

Quadro Resumo 3- Características da força de trabalho em saúde nos arcos dos Municípios Fronteiriços com a América do Sul

Empregos de Saúde	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Total geral	21.954	26.522	74.450	122.926
Empregos públicos	19.520	18.821	37.770	76.111
Federal	1.750	741	2.787	5.278
Estadual	7.945	3.874	1.099	12.918
Municipal	9.825	14.206	33.884	57.915
Empregos privados	2.454	7.701	36.880	46.835
Priv. com fins lucrativos	1.207	4.810	16.425	22.442
Priv. sem fins lucrativos	1.247	2.891	20.255	24.393
Empregos por tipo de atendimento	21.954	26.522	74.450	122.926
Hospitalares	9.332	10.724	31.102	51.158
Ambulatoriais	12.622	15.798	43.348	71.768

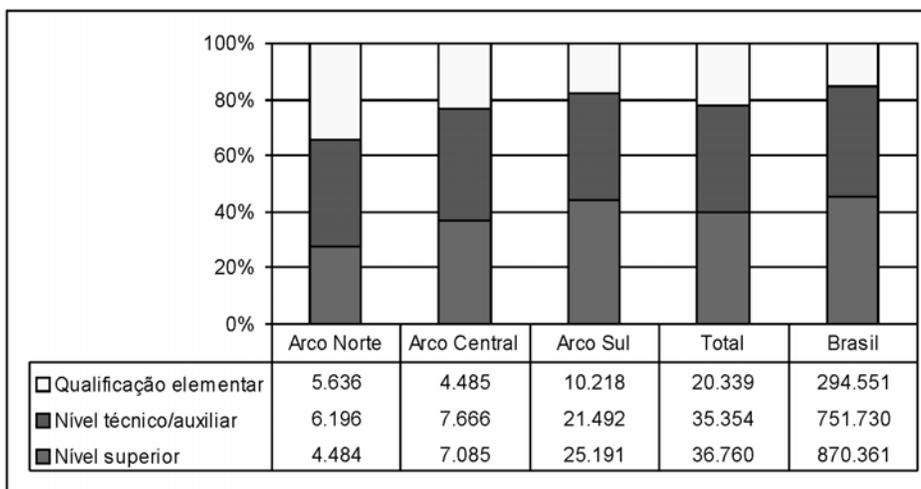
Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

Os hospitais possuem 51.158 empregos, ou seja, (41,6%) e o setor ambulatorial 71.768 do total da força de trabalho dos municípios fron-

teiriços. Se compararmos com os dados da capacidade instalada apresentados anteriormente, verifica-se que cada hospital possui em média 85 empregos e cada unidade ambulatorial 14 empregos na região de fronteira.

O perfil da força de trabalho dos municípios de fronteira é bem diferente que as demais regiões do país. Enquanto a média nacional de empregos de nível superior representa 45% do total, nos municípios de fronteira é 39,8% que, somados aos de nível técnico e auxiliar (38,2%) eleva-se para 78% totalizando 72.114 empregos. Os empregos de nível elementar representam 22%. Os arcos Central e Sul acompanham esta distribuição, entretanto no Arco Norte, 34,5% do total de empregos são de qualificação elementar.

Gráfico 5—Empregos de Saúde por grupos de ocupação segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

A distribuição por categorias profissionais demonstra que os empregos médicos representam mais da metade da força de trabalho em saúde de nível superior (52,7%) 19.375; os enfermeiros (15,9%); os odontólogos (10,9%); e as oito categorias restantes que compõem a equipe somam apenas 22,8%. (Quadro resumo- 4)

Quadro Resumo 4- Empregos de nível superior segundo arcos dos Municípios Fronteiriços com a América do Sul

Empregos de nível superior	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total	(%)
Total	4.484	7.085	25.191	36.760	100,0
Médico	2.125	3.741	13.509	19.375	52,7
Enfermeiro	1.081	1.066	3.458	5.605	15,2
Odontólogo	502	688	2.810	4.000	10,9
Bioquímico/ Farmacêutico	304	665	1.662	2.631	7,2
Fisioterapeuta	127	365	1.019	1.511	4,1
Fonoaudiólogo	40	101	240	381	1,0
Nutricionista	51	81	469	601	1,6
Assistente Social	74	145	480	699	1,9
Psicólogo	61	158	767	986	2,7
Sanitarista	4	8	39	51	0,1
Outras categorias de nível superior	115	67	738	920	2,5

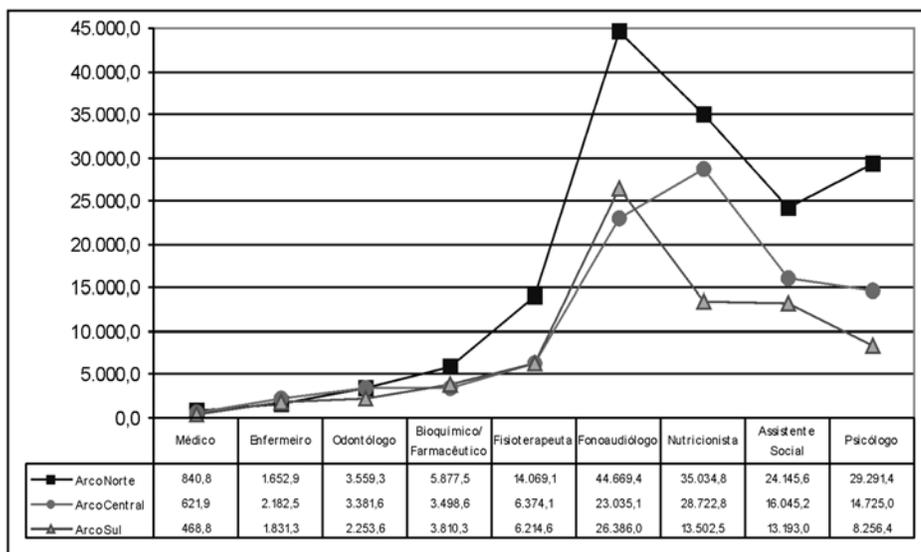
Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

A presença de médicos nos Arcos tem uma significativa variação: de 840,7 habitante/emprego médico no Norte; Arco Central (621,9) e o Arco Sul (468,8), demonstrando que a ausência de médicos no Brasil é um problema de concentração e não de escassez conforme confirmado em vários estudos (Gráfico-6). Vale destacar, ainda, que em alguns municípios da região não existem profissionais médicos e em vários estados, profissionais estrangeiros exercem a profissão, muitos sem respaldo legal. Segundo dados recentes do Conselho Federal de Medicina existiam em 2008 cerca de quatro mil estrangeiros nas fronteiras brasileiras atuando principalmente como médicos de família, clínicos gerais, pediatras e ginecologistas. (CFM, 2008)

Embora o Programa de Saúde da Família – PSF, implantado a partir de 1994, sob gestão municipal (na maioria dos casos) tenha absorvido um grande número de trabalhadores de várias categorias profissionais, com ênfase no médico, enfermeiro e odontólogo no nível superior de formação, Nogueira(2007), enfatiza as limitações para fixação do profissional médico no pro-

grama, em especial na região do arco norte entre outras justificativas evidência a própria inadequação do sistema curricular dos cursos de medicina.

Gráfico 6 – Relação número de habitante por empregos segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

Os dados do Gráfico-6 demonstram que os empregos por categorias são bem diversificados nos municípios de fronteira. Mesmo para as profissões que fazem parte da equipe básica de saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) a relação habitante/emprego é relativamente alta. Eleva-se ainda mais para algumas categorias como: fonoaudiólogo (varia de 44.669 habitantes para cada posto de trabalho no arco norte a 23035 hab/emprego no arco central, seguem o mesmo perfil os empregos de nutricionistas, dos psicólogos e dos assistentes sociais. A situação mais precária é verificada no arco norte onde há uma carência significativa de quase todos os profissionais em relação ao número de habitantes.

O Arco Norte tem a menor disponibilidade de capacidade instalada e de empregos em saúde. Com 17% da população da região fronteiriça, possui 21.954 empregos de saúde, ao contrário dos demais arcos a maioria de seus empregos são de nível técnico (38%) e qualificação elementar (34,5%). Nestas circunstâncias, os atendimentos de saúde, em grande parte

Quadro Resumo 5- Empregos de nível técnico e auxiliar segundo arcos dos Municípios Fronteiriços com a América do Sul

Empregos	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Nível técnico e auxiliar				
Aux. de enfermagem	3.368	3.740	10.362	17.470
Téc. de enfermagem	1.175	1.770	6.425	9.370
Téc. e aux. de farmácia	142	198	687	1.027
Téc. de laboratório	383	270	306	959
Téc. em radiologia médica	108	240	713	1.061
Qualificação elementar				
Agente comunitário de saúde	3.764	2.845	7.887	14.496
Guarda de endemias	426	390	737	1.553
Parteira	54	33	69	156
Agente de saúde pública	291	557	275	1.123
Atendente de enfermagem	1.018	436	1.193	2.647
Outras categorias	1.103	1.672	3.056	5.831
Empregos administrativos	5.638	6.713	20.527	32.878

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

dos municípios deste arco, são executados por agentes comunitários de saúde, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem que representam mais de 75% deste segmento. As conseqüências negativas desse processo se referem aos indicadores menos favoráveis de qualidade de vida, para estratos populacionais mais baixos, o que interfere na precária organização do sistema de saúde da região.

O Arco Central apresenta uma situação intermediária, constituindo-se em zona de transição entre os Arcos Norte e Sul, detém (22,3%) da população da região fronteiriça. A força de trabalho é composta de 26.522 empregos, sendo 67% referentes a empregos de nível técnico e superior.

O Arco Sul tem a situação mais confortável para todos os parâmetros analisados com a maior população fronteiriça (60,7%), possui 74.450 empregos de saúde sendo que a maioria (72%) é de nível superior e técnico. Têm um perfil de força de trabalho em saúde e de capacidade instalada similar às apresentadas a nível nacional. A relação empregos de saúde por habitantes é a mais alta para todas as categorias profissionais refletindo seu maior potencial econômico para absorver mão de obra mais diversificada e especializada.

Algumas considerações

O fortalecimento da integração fronteiriça constitui uma relevante prioridade do governo federal para os próximos anos, entretanto, sua consecução depende diretamente da participação ativa dos governos estaduais e municipais. Pode-se dizer que uma das formas mais adequadas de lidar com a complexidade das questões fronteiriças, tanto em aspectos mais problemáticos (sanitários e ambientais, questões migratórias, exercício profissional) como em seu potencial transfronteira, somente será concretizado por meio de novo pacto intergovernamental em torno da integração fronteiriça (CNM, 2008). Há necessidade de envolver tanto os atores nacionais dos países membros, como as cidades, municípios, províncias e estados de fronteira com objetivo de alcançar a integralidade. O desafio para os gestores continua sendo às dificuldades macroeconômicas, sociais e políticas que afetam negativamente as estratégias e iniciativas, para abrandar a migração ou minimizar os efeitos negativos desse processo nas fronteiras.

A migração dos trabalhadores de saúde despertou, recentemente, a atenção das autoridades nacionais e internacionais. Algumas reuniões e consultas destinadas a resolver o problema dos recursos humanos na saúde e, em especial, a questão da emigração dos profissionais de saúde, deram origem a várias declarações e ações¹⁴. Uma das mais importantes oportunidades criada para a sensibilização política e empenho coletivo dos Estados Membros na elaboração de planos de ação nacionais com o intuito de enfrentar a crise de recursos humanos na saúde, foi à edição do “Plano Regional de Recursos Humanos de Saúde 2007-2015” pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). As metas foram estabelecidas a partir dos cinco desafios críticos que subsidiaram a plataforma da “Chamada à Ação para uma Década de Recursos Humanos para a Saúde”, realizada durante a “Sétima Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos para a Saúde”, em Toronto, Canadá, em outubro de 2005.

Os objetivos traçados pelo plano foram divididos em cinco desafios, a saber:

¹⁴ Um dos resultados foi a adoção pela Assembléia Mundial da Saúde, da Resolução WHA57.19 em maio de 2004, que trata da “Migração Internacional do Pessoal de Saúde: um desafio aos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento”.

- 1) Englobar políticas de longo prazo para todos os países da região, visando deixar a força de trabalho apta a lidar com eventuais mudanças nos sistemas de saúde: aumentar a taxa de densidade de recursos humanos para 25 por dez mil habitantes, nível estabelecido como desejável pelo Relatório de Saúde no Mundo de 2006; garantir que 40% dos médicos atuem na área de atenção básica à saúde; atingir o equilíbrio entre o número de enfermeiras e médicos qualificados; desenvolver equipes de atendimento básico à saúde, com ampla gama de competências, inclusive com trabalhadores comunitários de saúde; e estabelecer uma direção estratégica de recursos humanos para a saúde que desenvolva políticas de recursos humanos e negocie com outros níveis de governo.
- 2) “Colocar as pessoas certas nos lugares adequados”, levando-se em consideração as necessidades específicas das regiões: reduzir pela metade a proporção do número de trabalhadores nas áreas rural e urbana, já que hoje é oito vezes maior nas cidades; aprimorar as habilidades e competências dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros técnicos de saúde, para atender às complexidades das funções; comprovar que esses trabalhadores têm experiência intercultural e de saúde pública; e aumentar para 30% a quantidade de profissionais recrutados em suas próprias comunidades.
- 3) Estar relacionado com o problema da migração e dos deslocamentos dos profissionais de saúde: todos os países deverão adotar o Código Internacional da OMS sobre ‘Migração de Profissionais de Saúde’; os países receptores produzirão os recursos humanos para atender às suas próprias necessidades; e as sub-regiões estabelecerão acordos para o reconhecimento de profissionais treinados no exterior.
- 4) Promover ambientes de trabalho mais saudáveis, como reduzir pela metade a proporção de condições de emprego precárias e em 30% as falhas por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, aumentar para 60% os serviços de saúde e gerentes de programas que atendem a requisitos de competência em saúde pública e gestão, e estabelecer mecanismos e leis para prevenir e resolver conflitos de trabalho.
- 5) Aprimorar a cooperação entre instituições de treinamento (universidades e escolas) e de serviços de saúde, de forma que a educação profissional em saúde obedeça a um modelo universal e equitativo

de qualidade: 80% das escolas de ciências clínicas da saúde deverão reorganizar suas atividades conforme o atendimento básico de saúde e às necessidades das comunidades, e adotar programas específicos para treinar estudantes de populações carentes, enfatizando, quando apropriado, as comunidades indígenas; as desistências nas escolas de Enfermagem e de Medicina não poderão exceder 20%; e todas as escolas deverão ser certificadas por órgãos reconhecidos.

No Brasil, conforme destacado anteriormente, existem políticas públicas importantes no campo de gestão do trabalho e da educação focadas nos desafios críticos, inclusive em cooperação internacional com outros países com vistas a contribuir para o processo de integração latino-americana.

Se considerar a relação sugerida pela OMS de 25 profissionais de saúde para cada 10.000 habitantes, verifica-se que a Região de Fronteira está dentro dos parâmetros. A precariedade do atendimento e do acesso aos serviços de saúde nas Fronteiras, é um problema maior que a disponibilidade de Recursos Humanos. A concentração nos grandes centros e nas capitais, a fixação de profissionais e a falta de médicos especialistas estão a desafiar a busca por estratégias impactantes que enfrentem e reduzam os efeitos negativos sobre os sistemas locais de saúde nas localidades de fronteiras.

Tabela 2- Profissionais de saúde por categorias segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul (v.abs.)

Categorias profissionais selecionadas	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Médicos	1.461	4.723	20.240	26.424
Enfermeiros	755	1.171	4.416	6.342
Técnicos de Enfermagem	446	665	2.608	3.719
Auxiliares de Enfermagem	1.770	4.402	12.330	18.502
Atendente de enfermagem	608	455	519	1.582
Parteiras	37	1	2	40
Total	5.077	11.417	40.115	56.609
População (hab)	1.786.774	2.326.547	6.332.651	10.445.972
25 por 10.000 hab.	28,4	49,1	63,3	54,2

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES (situação em dez/2005)

Considerando-se a importância da área para o desenvolvimento regional, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – MS, através do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde priorizou em suas ações linhas estratégicas para as fronteiras brasileiras. A saber:

- Constituir políticas de gestão, regulamentação e regulação do trabalho em saúde na região;
- Criar políticas de incentivos para recrutar e fixar profissionais em áreas de fronteira;
- Implementar políticas de interiorização dos profissionais;
- Estudar formas de gratificações para profissionais de áreas de difícil acesso, visando sua fixação.
- Incentivar políticas de legalização do trabalho nos municípios com oferta de linhas de financiamento, assim como para cobrir déficits de profissionais;
- Promover concursos públicos para atender o PSF determinando um período mínimo de permanência nos municípios, com treinamento introdutório com a atualização de conhecimento constante;
- Adotar programas que considerem as especificidades locais e diferenças populacionais adequadas à realidade da região e adaptadas as suas características culturais;
- Elaborar Política Nacional para Carreira-SUS, visando eliminar o trabalho precário, orientando os trabalhadores em estrutura de carreira, valorizando-os mediante oportunidades de desenvolvimento profissional;
- Vincular o trabalhador a localidade específica, permitindo a construção de uma carreira nacional de base local;
- Incentivar políticas de alocação de profissionais de saúde conforme as necessidades do sistema;

É evidente que uma série de medidas, propostas e programas no âmbito do SUS estão em andamento e que há um processo de diálogo permanente entre as três esferas de governo, sendo adotada como prática na tomada de decisão. Porém, quando nos deparamos com a dimensão geográfica da região de fronteira nacional e sua diversidade sob todos os

aspectos, fica claro que muito há por fazer e consolidar. Aprender com experiências internacionais como a acumulada pela comunidade europeia em seu processo de unificação, respeitadas as especificidades locais pode ser uma contribuição importante.

Entender a dinâmica política dos processos também se constitui em tarefa estratégica para os gestores em diferentes níveis da gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO AA; BELISÁRIO, AS; CAMPOS, FE, D'ávila LS. Recursos Humanos e Trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cad. Saúde Pública* vol.23 suppl.2.Rio de Janeiro, 2007

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE /Secretaria Executiva. *QUALISUS: Política de Qualificação de Atenção à Saúde*. Brasília. Documento de trabalho. versão 15 de junho de 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira/Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais, Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Desprecarização do trabalho no SUS. Perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . Fórum permanente MERCOSUL para o trabalho em saúde: Brasil / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 34 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2.430, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2003. Republicada em 12 abr. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sistema Nacional de Auditoria. SUS atrai bolivianos e paraguaios. Disponível em <<http://www.sna.saude.gov.br>> Acesso em: 22 jun. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEGERTS. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS-ProgeSUS, 2006 (mimeo)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes nacionais para a instituição de plano de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Relatório Final: *A visão dos municípios sobre a questão fronteiriça*. Disponível: <http://www.cnm.org.br> (Acesso em 21/10/2008)

COSTA, LAIS (Org.). Integração de fronteiras: possibilidades Brasil – Bolívia na saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Integração Nacional; Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 142 p.

GADELHA, CA; COSTA, L. A política nacional de integração e desenvolvimento das fronteiras: o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDFF. Território sem limites: estudos sobre fronteiras / Tito Carlos Machado de Oliveira, organizador. Campo Grande, MS. Ed. UFMS, 2005 (p. 25-46).

GALLO E, COSTA L, MORAES, A. A integração dos sistemas de saúde que atende a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. In: Gallo E, Costa L, organizadores. SIS-MERCOSUL: uma agenda para a integração. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2004. p.43-53.

GIOVANELLA, L. ; GUIMARÃES, L ; LOBATO, L. V. C. ; NOGUEIRA, VM; DAMACENA, GN . Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* (FIOCRUZ), v. 23, p. S251-S266, 2007.

RETIS. Grupo Retis de Pesquisa do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. <http://www.igeo.ufrj.br/gruporetis>. Acesso em 14 de agosto de 2007.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico (IBGE), 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso: em 05 de out. 2007.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, (IBGE), CD-ROM. Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, L.O. Estado, territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, M.L. (org.). *Continente em chamas. Globalização e território na América Latina*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-284.

NOGUEIRA, R.P. Composição Público versus Privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS.Observatório de Recursos Humanos em Saúde(NESP/CEAM/UnB),Brasília,2007.Disponível:<http://www.observarh.org.br/nesp>. (Acesso em 22/01/2009)

OLIVEIRA, PTR. O Sistema Único de Saúde, Descentralização e Desigualdade Regional: Um enfoque sobre a Região da Amazônia Legal, ENSP, 2005. Tese de Doutorado apresentado a ENSP/FIOCRUZ para obtenção do título de doutor em Saúde Pública.

OPAS/OMS. Metas Regionais de Recursos Humanos para a Saúde:2007-2015, 27ª. Conferencia Sanitária Pan-Americana, 59ª.Sessão do Comitê Regional, OPAS, outubro de 2007.

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

PORTAL DE NOTÍCIAS DA GLOBO. Cursos superiores poderão ganhar selo de qualidade do Mercosul.Rio de Janeiro,22/08/2008. Disponível: <http://g1.globo.com/Noticias/Vestibular>.(Acesso em 22/08/2008)

Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul

Mercosul: Avanços e Perspectivas do Exercício Profissional no Setor Saúde

Maria Helena Machado
Wilson Aguiar Filho

10

INTRODUÇÃO

Existe uma tendência, dentro do processo de globalização, da organização de blocos econômicos regionais. Provavelmente nenhuma parte do mundo terá avançado mais nesse sentido que a Europa, onde se caracteriza uma crescente adesão ao mercado comum, chegando-se ao cimo da integração que é a criação de um Banco Central Único, um Parlamento Europeu e uma moeda comum. Outros blocos, ainda que, cronologicamente, mais antigos, não atingiram tal grau de integração. Na região das Américas existe a proposta da criação da Área de Livre Comercio das Américas (ALCA), estando prevista sua implementação até o final desta década. Enquanto isto vem se desenvolvendo vários blocos sub-regionais, com graus de integração distintos, desde a parte setentrional, onde está estabelecido o NAFTA (North American Free Trade Agreement), passando pela América Central, o Caribe, o Pacto Andino e o Mercosul, que são claros exemplos destas integrações sub-regionais.

Enquanto alguns blocos aprofundam mais suas relações e permitem a circulação de bens e serviços, outros, pela assimetria de seus mercados de trabalho, prevêem em momento inicial apenas um afrouxamento das restrições alfandegárias e o estabelecimento de protocolos comuns para a produção de bens, controle de fronteiras, etc. É nítida essa diferença se tomarmos o exemplo de dois dos maiores blocos do mundo: enquanto a União Européia permite a livre circulação dos trabalhadores, o mesmo não ocorre com o NAFTA.

Quanto ao Mercado Comum do Sul – Mercosul, a assinatura pelos presidentes José Sarney e Raúl Alfonsín, em dezembro de 1985, da Declaração de Iguazu, a qual se perfazia na base para construção da integração econômica do Cone Sul, está na raiz do processo que levou à sua formação. Tanto o Brasil quanto a Argentina haviam acabado de sair de um período ditatorial, portanto, se fazia necessário o enfrentamento quanto a reorientar as economias de ambos os países, para as participações estatais

nos âmbitos regional e internacional, bem como uma adequação apropriada no que tange à representatividade e ao fenômeno da globalização.

É sabido que Brasil e Argentina contraíram uma grande dívida externa no período dos governos militares e não gozavam de crédito no exterior. Por outro lado, havia uma grande necessidade de investimentos nos países, mas não havia verbas disponíveis. Mediante esse cenário comum entre os dois países, foi percebida a importância mútua de ações conjuntas para a superação dos problemas enfrentados. Logo após a assinatura da Declaração de Iguazu, em fevereiro de 1986, a República da Argentina declara a intenção de uma “associação preferencial” com o Brasil.

Em 29 de novembro de 1988, em Buenos Aires, os referidos presidentes assinaram o Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento Brasil-Argentina, que previa a liberalização completa do comércio de bens e serviços entre os dois países em prazo máximo de dez anos, e tratava, também, das demais questões da agenda de um Mercado Comum. O novo quadro que se formou desde então no relacionamento entre os dois maiores países da América do Sul, pode ser visto como o acontecimento de maior relevância do século XX no panorama político e estratégico da região.

É importante enfatizar que para muitos, a idéia de integração na América do Sul se perfilava em uma abstração, devido às várias experiências não bem sucedidas no passado, entretanto essa foi diferente. E é sobre esse tema que o presente texto irá tratar.

A CONSTITUIÇÃO DO MERCOSUL

Em 6 de julho de 1990, os presidentes Fernando Collor e Carlos Menem assinaram a Ata de Buenos Aires, que antecipava para o final de 1994 o prazo para a formação do Mercado Comum entre os dois países. O Acordo de Complementação Econômica nº 14, firmado entre os dois países em dezembro de 1990, instituiu cronograma para se estabelecer uma Zona de Livre Comércio de bens até 31 de dezembro de 1994.

A incorporação do Paraguai e do Uruguai a esse processo levaria à criação do Mercosul, com a assinatura do Tratado de Assunção, em 26 de março de 1991. O referido Tratado tinha como objetivo central a constituição de um Mercado Comum (livre circulação de bens, serviços e fatores de

produção). Vale mencionar que tanto o Brasil como a Argentina, o Paraguai e o Uruguai deram passos decisivos nessa direção. Por exemplo, já está em vigor, com algumas exceções que continuam a ser objeto de negociações, a Zona de Livre Comércio de Bens. A entrada em vigência, em 1º de janeiro de 1995, da Tarifa Externa Comum marcou o início efetivo da existência da União Aduaneira, que continua sendo aperfeiçoada. Gradualmente, o MERCOSUL passa a negociar, também, temas característicos da agenda de um Mercado Comum: o Protocolo sobre Comércio de Serviços (1997) prevê a criação de uma “Zona de Livre Comércio” nesse setor em prazo máximo de dez anos.

Em 1994, foi assinado o Protocolo de Ouro Preto, que dotou o Mercosul de personalidade jurídica interna e internacional e definiu a estrutura institucional do Bloco (Quadro 1).

Quadro 1 - Estrutura Institucional do Mercosul

Conselho do Mercado Comum (CMC). É o órgão superior do Mercosul que conduz a política geral do processo de integração, através de tomada de *Decisões* para garantir a execução dos objetivos definidos pelo Tratado de Assunção e o estabelecimento progressivo de um mercado comum. Integram o CMC os chefes de Estado, os Ministros das Relações Exteriores e os Ministros da Economia, ou seus equivalentes, dos Estados Partes. A Presidência do Conselho do Mercado Comum é exercida por rotação dos Estados Partes, por ordem alfabética, pelo período de seis meses. Ao CMC estão subordinados:

1. Grupo Mercado Comum (GMC). É o órgão executor do Mercosul, sendo constituído por quatro membros titulares e quatro membros alternos dos Estados Partes, entre os quais devem estar obrigatoriamente representados o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Economia ou equivalente e o Banco Central. O consenso com a presença de todos os Estados Partes é obrigatório para a adoção de *Resoluções*. Ao GMC estão subordinados:

- Comissão de Comércio (CCM). Órgão assessor do GMC, com a tarefa de velar pela aplicação dos instrumentos de política comercial acordados pelos Estados Partes. Reúne-se mensalmente e manifesta-se por Diretrizes, que devem ser obrigatoriamente acatadas

pelos países integrantes do Pacto. À CCM estão subordinados os Comitês Técnicos: (CT-1) Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias; (CT-2) Assuntos Aduaneiros; (CT-3) Normas e Disciplinas Comerciais; (CT-4) Políticas Públicas que Distorcem a Competitividade; (CT-5) Defesa da Concorrência; (CDCS) Comitê de Defesa Comercial e Salvaguardas e (CT-7) Defesa do Consumidor;

- Secretaria do Mercosul (SM). Órgão com sede em Montevideu, que presta apoio técnico e administrativo aos trabalhos do Mercosul e é responsável pela tradução e guarda de documentos oficiais do Bloco;
- Foro Consultivo Econômico e Social (FCES). Órgão de caráter consultivo, representante dos setores econômicos e sociais dos quatro Estados Partes;
- Foro Consultivo de Municípios e Estados (FCME). Órgão de caráter consultivo, representante dos governos “locais” dos Estados Partes, proporcionando que os mesmos passem a atuar com maior efetividade nas decisões do Bloco;
- Reuniões Especializadas. Autoridades de Aplicação em Matéria de Drogas (RED); Ciência e Tecnologia (RECYT); Comunicação Social (RECS); Cooperativas (REC); Infra-estrutura da integração (REII); Mulher (REM); Promoção Comercial (REPC) e Turismo (RET);
- Comitês. Automotivo (CAM); Cooperação Técnica (CCT); Diretores de Aduanas (CDA) e Sanidade Animal e Vegetal (CSAV);
- Reunião Técnica sobre Incorporação da Normativa Mercosul;
- Subgrupos de Trabalho. (SGT-1) Comunicações; (SGT-2) Aspectos Institucionais; (SGT-3) Regulamentos Técnicos e Avaliação da Conformidade; (SGT-4) Assuntos Financeiros; (SGT-5) Transportes; (SGT-6) Meio Ambiente; (SGT-7) Indústria; (SGT-8) Agricultura; (SGT-9) Energia e mineração; (SGT-10) Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social; **(SGT-11) Saúde**; (SGT-12) Investimentos; (SGT-13) Comércio Eletrônico e (SGT-14) Acompanhamento da Conjuntura Econômica e Comercial;
- Grupo de Serviços (GS);

- Grupos Ad-Hoc. Comércio de Cigarros; Compras Governamentais (GAHCG); Concessões (GAHCON); Integração Fronteiriça (GAHIF); Relacionamento Externo (GAHRE); Setor Açucareiro (GAHSA); Grupo de Alto Nível para o Aperfeiçoamento do Sistema de Solução de Controvérsias (GANPSSC) e Grupo de Alto Nível para Examinar a Consistência e Dispersão da TEC (GANTEC); e
- Comissão Sócio-Laboral (CSLM).

2. Foro de Consulta e Concertação Política (FCCP). Órgão auxiliar do GMC, com o objetivo de ampliar e sistematizar a cooperação política entre os Estados Partes; e

3. Reuniões de Ministros de todos os setores governamentais dos países membros.

Parlamento do Mercosul. Órgão de representação do poder legislativo dos Estados Partes, foi criado legalmente em 9 de dezembro de 2005. Localizado em Montevideu (Uruguai), é integrado por 90 parlamentares, 18 de cada país. Em uma primeira etapa, seus membros foram escolhidos entre os integrantes dos parlamentos nacionais e a partir de 2010, os representantes serão eleitos por voto direto e simultâneo dos cidadãos, seguindo o critério de representatividade civil.

Em 1996, a União Aduaneira do Mercosul concluiu acordos de livre comércio com o Chile e a Bolívia e, posteriormente, com a Colômbia, Equador e Peru (denominados Estados Associados). Da mesma forma, os países do Mercosul têm conduzido, em conjunto, negociações visando acordos de comércio no Hemisfério e com a União Européia (iniciadas pelo Acordo de Madri, em 15 de dezembro de 1995).

Em dezembro de 2005, durante a XXIX Conferência do Mercosul em Montevideu, a Venezuela solicitou sua adesão ao Bloco, sendo reconhecido seu status de *Estado membro em processo de adesão*, que na prática significa que tinha voz mas não voto (Dec. CMC nº 29/2005). Em 4 de julho de 2006, uma vez que a Venezuela adotou o marco legal, político e comercial do Mercosul, firmou-se o protocolo para converter-se em Estado membro.

Anexo 1. Mercosul - Fronteiras físicas



Mercosul



Estados Membros



Estados Associados

O Mercosul é composto por cinco Estados Partes e cinco Estados Associados. Algumas características merecem destaque. Primeiro, a extensão territorial dos Estados Partes são bastante díspares, ou seja, enquanto o Brasil tem mais de 8 milhões de Km² e a Argentina mais de 2 milhões de Km², os demais Estados Partes são bem menores, como por exemplo, o Uruguai que possui menos de 200 mil Km². Já os Estados Associados apresentam um equilíbrio territorial, ou seja, excetuando o Equador, com menos de 300 mil Km², os demais possuem extensão em torno de um milhão de Km².

Em relação à população, enquanto o Brasil tem 192 milhões de habitantes, a Argentina 39 milhões e a Venezuela 27 milhões, Paraguai e Uruguai somam pouco mais de 10 milhões de habitantes. Quanto aos Estados Associados, a Colômbia se destaca com 47 milhões de habitantes, seguida do Peru, com pouco mais de 28 milhões, sendo que os demais oscilam entre 10 e 16 milhões de habitantes.

Somando os dados acima mencionados, registra-se que o Bloco Mercosul, com seus Estados Partes e Associados, soma uma extensão territorial de 17.346.247 Km², com uma população de 385.792.000 habitantes.

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.

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

O crescimento demográfico 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).

Quanto à expectativa de vida, ela se apresenta de forma também de mais homogenia, excetuando a Bolívia, onde a expectativa de vida é de 65,5 anos, bem abaixo das médias dos Estados Partes e Associados. Chile e Uruguai têm as maiores taxas, ou seja, 78,5 e 76,1 respectivamente.

As taxas de alfabetização são boas, sendo que nenhum país apresenta taxa menor que 88% da população. No entanto, no que se refere a taxas de mortalidade infantil, a mesma se mostra bastante assimétrica. Enquanto a Bolívia tem taxa de mortalidade infantil de 45, 6 por 1.000 crianças nascidas vivas, Paraguai possui taxa de 34,0 e o Peru de 28,7; o Chile tem taxa de 7,2 por 1.000 e o Uruguai de 12,0.

O Brasil apresenta 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 (Quadro 2).

Como é comum e esperado em qualquer relacionamento que envolva trocas comerciais expressivas e diversificadas, a agenda de negociações do Mercosul é marcada, periodicamente, por fricções entre os Estados Partes. O compromisso político do Brasil, da Argentina, do Paraguai, do Uruguai e agora da Venezuela, de suas lideranças e também de suas sociedades em relação ao Mercosul foi e continuará sendo a garantia mais importante de que a integração sub-regional é uma realidade irreversível, com efeitos positivos para a estabilidade política, o desenvolvimento econômico e o progresso social dos países que integram o Mercosul.

Um dos grandes desafios deste processo reside na superação, em primeiro lugar, das assimetrias econômicas existentes entre estes países para alcançar a efetiva integração sócio-cultural de sua população, elegendos princípios e ações comuns que contemplem essa diversidade e dêem continuidade ao movimento de integração.

Novas áreas de entendimento vão sendo incorporadas ao processo de integração sub-regional, como a coordenação de políticas externas, a cooperação em matéria de segurança internacional, a cooperação em matéria de segurança interna e de assuntos judiciais ou, ainda, da educação. Esse “enriquecimento” da agenda, além da letra do Tratado de Assunção, demonstra a vitalidade e o dinamismo do processo de integração.

A expressão “Mercosul político” sintetiza essa nova vertente. Os exemplos nesse sentido não faltam.

Em 25 de junho de 1996, foi firmada em San Luis (Argentina) a Declaração Presidencial sobre Diálogo Político, a qual criou o Mecanismo de Consulta e Concertação Política (MCCP), com o objetivo, entre outros, de buscar coordenar posições sobre questões internacionais de interesse comum. A Declaração Presidencial sobre Consulta e Concertação Política

**Quadro 2 - Quadro comparativo dos Países do Mercosul
Estados Partes e Estados Associados**

Dados – 2007*	Estados Partes						Estados Associados			
	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai	Venezuela	Bolívia	Chile	Colômbia	Equador	Peru
Área (Km ²)	2.766.889	8.514.215	406.752	176.215	916.445	1.098.581	756.626	1.141.748	283.560	1.285.216
População	39.356.000	192.647.000	6.517.000	3.500.000	27.484.000	9.828.000	16.604.000	47.500.000	13.605.000	28.751.000
População urbana (% total)	91,8	83,4	58,4	91,9	92,8	64,2	86,6	76,6	62,8	72,6
PIB (em milhões de dólares)	365.989	713.315	8.673	23.952	154.504	10.608	102.648	110.524	22.328	74.325
Taxa de crescimento demográfico	1,0	1,3	2,4	0,6	1,7	2,1	1,0	1,6	1,5	1,4
Expectativa de vida (anos)	75,2	72,4	71,9	76,1	73,8	65,5	78,5	73,2	75,0	71,2
Taxa de alfabetização**	97,2	88,9	94,4	98,0	94,0	88,3	96,5	92,9	93,0	91,6
Mortalidade infantil (por 1000)	13,4	23,6	34,0	12,0	15,8	45,6	7,2	22,0	21,1	28,7
Natalidade (taxa média anual/1000 hab.)	17,5	6,4	28,0	16,1	21,5	27,7	15,1	20,6	21,4	21,3

Fonte: www.aladi.org.uy <acessado em 20 de dezembro de 2007

* Estimativa preliminar

** Porcentagem da população com idade igual ou superior a 15 anos

dos Estados Partes do Mercosul (Assunção - 17 de junho de 1997) estabeleceu que “o MCCP buscará articular (...) as ações necessárias para ampliar e sistematizar a cooperação política entre as Partes, entendida como aquela cooperação relativa a todos os campos que não façam parte da agenda econômica e comercial da integração”. Estes entendimentos foram institucionalizados por meio da Decisão nº 18/98, que criou o Foro de Consulta e Concertação Política.

Em 24 de julho de 1998 foi firmada em Ushuaia (Argentina), a Declaração Política do Mercosul, Bolívia e Chile como Zona de Paz, que registra entendimento no sentido de “fortalecer os mecanismos de consulta e cooperação sobre temas de segurança e defesa existentes entre seus membros, e promover sua progressiva articulação (...)”. Isso resultou na assinatura de diferentes acordos de cooperação nas áreas judiciária e de segurança interna entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, além de Bolívia e Chile, e há foros institucionalizados que reúnem os Ministros da Justiça e do Interior desses países.

No âmbito do “Mercosul político” sobressai, em especial, a importância da chamada “cláusula democrática”, institucionalizada pelo Protocolo de Ushuaia sobre o Compromisso Democrático no Mercosul (1998), cujo artigo 1º diz o seguinte: “A plena vigência das instituições democráticas é condição essencial para o desenvolvimento dos processos de integração entre os Estados Partes do presente Protocolo”. O Mercosul tornou-se, em outras palavras, garantia relevante da consolidação dos regimes democráticos em nossa sub-região.

É interessante notar que apesar dos notáveis avanços no setor comercial, a regulação do trabalho, especialmente importante para o setor saúde, só tardiamente veio à tona no Mercosul, com a criação do SGT nº 11 (Resolução GMC nº 151/1996) e, dentro deste, de uma instância para tratar do tema do exercício profissional em saúde, enquanto uma Subcomissão. A estrutura institucional do SGT nº 11 “Saúde” está constituída, atualmente, da seguinte forma (Resolução GMC nº 11/2007):

Coordenação Nacional
<p><i>Comissão de Produtos para a Saúde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Area Farmacêutica • Grupo Ad-Hoc de Cosméticos • Grupo Ad-Hoc de Saneantes Domissanitários • Grupo Ad-Hoc de Sangue e Hemoderivados • Grupo Ad-Hoc de Produtos Médicos • Grupo Ad-Hoc de Psicotrópicos e Entorpecentes
<p><i>Comissão de Vigilância em Saúde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Subcomissão Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira
<p><i>Comissão de Serviços de Atenção à Saúde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional • Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologias em Serviços de Saúde

A partir dessa composição e de sua pauta de trabalho, o SGT nº 11 busca fortalecer a dimensão social da integração, transcendendo os aspectos exclusivamente comerciais e econômicos. Importante ressaltar que “o exercício profissional na área da saúde é parte fundamental dessa dimensão social e está estreitamente ligado ao entendimento de que a saúde constitui-se um núcleo de proteção do Estado e o seu exercício está condicionado à formulação e implementação de políticas consensadas pelos Estados Partes, vinculadas à harmonização das legislações no tocante à formação profissional, à regulação do trabalho, ao controle do exercício profissional e à garantia de assistência qualificada à população” (Machado, Paula e Aguiar Filho, 2007, p. 295).

Entretanto, “a aspiração de promover a integração econômica e melhorias nos indicadores sociais no Mercosul será frustrada caso não se planeje também a integração das fronteiras e não se equacione as dificuldades no acesso aos serviços de saúde das populações ali residentes” (Machado, Paula e Aguiar Filho, 2007, p. 297).

O tamanho do Brasil, com extensão territorial de mais de 8 milhões de Km² e mais de 192 milhões de habitantes, leva o país a partilhar uma extensão considerável de fronteiras com o Mercosul, O Brasil faz fronteiras com sete países que compõem o Bloco, sendo que somente Chile e Equador que não fazem fronteira com o Brasil.

Dos Estados Partes, as Regiões Norte, Centro-Oeste e Sul são aquelas que compõem as áreas de fronteiras envolvendo seis estados brasileiros, sendo Amazonas e Roraima na Região Norte; Mato Grosso do Sul na Região Centro-Oeste; Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul na Região Sul somando 74 municípios fronteiriços, com uma população de 1.696.101 habitantes. Estes municípios somam 2.746 empregos médicos, 687 de enfermeiros, 647 de odontólogos e 335 de farmacêuticos. Os empregos de nível médio representam 36,7% e os de nível elementar, 23,2% dos empregos em saúde (Quadro 3).

A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional

A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional se ocupa das relações coletivas e individuais de trabalho, “do livre trânsito” de trabalhadores, da formação profissional, do processo da compatibilização dos currículos de formação, do registro profissional, da regulação do trabalho, dos pré-requisitos para o exercício profissional no Mercosul e de tudo mais que for relativo à seguridade social.

Outros grandes desafios, inerentes ao processo de integração precisam ser considerados tais como: a existência de várias culturas regionais (intra e extra países), a questão do idioma, o desequilíbrio do quantitativo de profissionais de saúde nos Estados Partes, as diferentes estruturas de organização dos profissionais, a desigual estrutura de fiscalização do exercício profissional nos Estados Partes, a definição de política no setor de saúde para as áreas de fronteiras (onde se acredita haver a existência da prática ilegal de profissionais de uns países em outros), a inadequação de programas de educação permanente voltada para os profissionais de saúde no âmbito do Mercosul, a criação de faculdades e escolas “*off-shore*” que tendem a absorver demanda extraordinária dos países onde a necessidade por estudos superiores é muito alta e que, com a admissão de outros países no bloco, acarretará o agravamento da situação.

Quadro 3. População e Empregos de Saúde dos Municípios fronteiriços com os Estados Partes do Mercosul - 2005

1. Região Norte										
Município	População	Amazonas						Total		
		Nível Superior						Total Nível Médio	Total Nível Elementar	Total Geral
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Outros Nível Superior				
Total	73.857	63	18	34	20	6	103	214	458	
Barcelos	32.168	9	5	4	1	1	34	123	177	
Santa Isabel do Rio Negro	7.620	4	3	2	0	0	5	46	60	
São Gabriel da Cachoeira	34.069	50	10	28	19	5	64	45	221	
Roraima										
Total	48.891	34	29	24	6	3	222	468	786	
Anajari	6.087	2	2	1	1	0	37	85	128	
Alto Alegre	22.102	14	19	12	1	2	109	122	279	
Iracema	6.060	4	0	1	0	0	19	14	38	
Pacaraima	8.214	12	8	9	2	1	49	143	224	
Uiramutã	6.428	2	0	1	2	0	8	104	117	

2. Região Sul

Município	População	Paraná										Total Geral
		Nível Superior		Nível Médio		Total Nível		Total Nível Elementar	Total Geral			
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Outros Nível Superior	Médio					
Total	522.915	884	222	178	96	191	1582	691	3.844			
Barracão	9.022	10	7	6	1	1	13	12	50			
Bom Jesus do Sul	3.870	2	2	7	0	1	8	12	32			
Capanema	17.536	26	8	11	5	1	49	49	149			
Entre Rios do Oeste	3.582	8	2	1	1	5	12	11	40			
Foz do Iguaçu	301.408	513	126	64	42	119	986	241	2.091			
Guairá	27.822	38	16	8	6	14	64	36	182			
Itaipulândia	8.498	16	4	6	3	8	29	12	78			
Marechal Cândido Rondon	44.704	100	12	15	12	13	142	34	328			
Mercedes	4.861	13	3	5	1	0	13	17	52			
Pato Bragado	4.370	7	2	2	0	4	9	9	33			
Pérola d'Oeste	6.578	11	5	5	1	2	15	21	60			
Planalto	13.514	18	5	10	3	4	23	35	98			
Pranchita	5.665	22	6	8	5	6	38	19	104			
Santa Helena	21.510	41	8	12	6	5	93	45	210			
Santo Antônio do Sudoeste	18.138	19	8	10	3	4	36	63	143			
São Miguel do Iguaçu	26.867	33	7	6	6	1	41	63	157			
Serranópolis do Iguaçu	4.970	7	1	2	1	3	11	12	37			

Santa Catarina										
Município	População	Nível Superior			Total Nível Médio			Total Nível Elementar	Total Geral	
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Outros				
Total	69.310	107	35	61	15	33	212	184	647	
Bandeirante	2.837	3	1	3	0	4	8	9	28	
Belmonte	2.177	2	1	1	0	2	5	6	17	
Dionísio Cerqueira	14.582	22	7	21	2	4	40	30	126	
Guaraciaba	10.248	20	5	9	2	8	31	27	102	
Itapiranga	13.306	26	6	9	5	4	56	38	144	
Paraíso	4.043	5	2	2	0	1	8	13	31	
Princesa	2.441	1	1	1	0	1	5	7	16	
Santa Helena	2.351	3	1	2	2	1	5	6	20	
São José do Cedro	12.987	20	8	11	3	5	35	36	118	
Tunápolis	4.338	5	3	2	1	3	19	12	45	

Município	População	Rio Grande do Sul										Total Geral
		Nível Superior					Outros	Total Nível		Total Nível Elementar		
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Médio						
Alecrim	7.465	4	6	12	1	3	26	21	73			
Bagé	121.299	196	56	29	26	56	235	129	727			
Barra do Quaraí	4.266	7	1	1	1	3	6	2	21			
Chuí	6.382	17	3	3	0	3	8	1	35			
Crissiumal	13.620	14	4	4	2	5	13	39	81			
Derrubadas	3.236	3	3	3	0	0	8	8	25			
Dom Pedrito	41.885	60	8	9	12	12	125	25	251			
Doutor Maurício Cardoso	5.782	6	3	4	1	0	19	19	52			
Esperança do Sul	3.319	4	4	4	0	0	6	10	28			
Garruchos	3.995	7	2	2	0	3	10	10	34			
Herval	7.515	11	4	3	2	6	17	16	59			
Itaqui	42.373	76	7	13	13	15	114	26	264			
Jaguarão	31.558	58	5	4	6	19	61	22	175			
Novo Machado	4.257	4	4	2	0	1	10	25	46			
Pirapó	3.056	6	3	3	1	3	12	11	39			
Porto Lucena	5.957	15	6	3	2	0	23	24	73			

Continua

		2.705	3	2	2	2	0	3	6	9	25
Porto Mauá											
Porto Vera Cruz		2.223	2	1	1	0	0	0	1	2	7
Porto Xavier		11.350	8	4	2	3	3	3	21	16	57
Quarai		25.204	34	5	4	6	4	4	46	64	163
Roque Gonzáles		7.167	12	2	6	2	2	0	15	31	68
Sant' Ana do Livramento		97.486	211	31	23	11	27	255	113	671	250
Santa Vitória do Palmar		34.598	88	18	15	9	19	58	43	250	437
São Borja		67.343	140	21	17	18	18	200	23	23	70
São Nicolau		6.117	12	8	5	1	2	17	25	25	47
Tiradentes do Sul		6.526	5	2	4	0	1	11	24	24	928
Uruguiana		134.928	242	57	62	18	65	374	110	110	928

Continuação

3. Região Centro-Oeste

Município	População	Mato Grosso do Sul										Total Geral
		Médicos	Enfermeiros	Nível Superior			Farmacêuticos	Outros	Total Nível Médio	Total Nível Elementar		
				Odontólogos	Farmacêuticos	Outros						
Total	279.516	413	113	110	63	141	819	524	2183			
Antônio João	7.890	13	4	3	1	0	24	30	75			
Aral Moreira	8.054	4	1	2	1	0	13	0	21			
Bela Vista	23.415	20	6	13	5	9	59	84	196			
Caracol	5.007	7	4	3	1	7	16	18	56			
Coronel Sapucaia	13.562	14	4	4	2	1	27	34	86			
Corumbá	100.268	224	44	43	24	61	317	142	855			
Japorá	7.157	5	3	3	1	1	11	30	54			
Mundo Novo	14.272	17	6	7	5	18	39	21	113			
Paranhos	10.677	15	6	5	1	2	36	32	97			
Ponta Porá	67.191	69	26	20	16	32	198	78	439			
Porto Murtinho	13.633	11	6	5	3	3	42	35	105			
Sete Quedas	8.390	14	3	2	3	7	37	20	86			
Brasil	1.696.101	2.746	687	647	335	645	4.635	2.929	12.624			

Fontes: IBGE/Assistência Médico-Sanitária 2005 e IBGE/Estimativas do Censo Demográfico, 2005

Das resoluções aprovadas pelo Grupo Mercado Comum (GMC) do Mercosul referentes à saúde, a partir de recomendações da Comissão de Saúde do SGT nº 3 até 1996 e do SGT nº 11 a partir daquela data, poucas são as que se referem diretamente à gestão do trabalho e educação na saúde. Vale a pena destacar cada uma delas:

- Resolução nº 29/1996, que diz respeito às boas técnicas em investigação clínica.
- Resolução nº 21/2000, que estabelece um glossário comum aos serviços de saúde no Mercosul.
- Resolução nº 73/2000, que reconhece as Especialidades Médicas Comuns no Mercosul e considera do interesse dos Estados Partes que a população seja atendida por profissionais médicos que tenham formação equivalente e conduta de atenção adequada. Estabelece ainda que os Estados Partes “deverão” apresentar em um prazo de seis meses as modalidades existentes para formação e reconhecimento do especialista, a fim de iniciar o processo de harmonização que deverá estar completo em um prazo não superior a dois anos; que o processo de harmonização deverá considerar critérios tais como: tempo de formação, conteúdo da especialidade, formas de avaliação e outros que se considerem e se fizerem necessários.
- Resolução nº 58/2001, que estabelece princípios éticos médicos comuns ao Mercosul.
- Resolução nº 27/2004, que aprova a Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do Mercosul. A Matriz Mínima, internalizada através da Portaria GM/MS nº 552, de 13 de abril de 2005, trata do registro de profissionais de saúde do Mercosul que exercem ou queiram exercer a sua profissão no exterior e/ou que trabalham em municípios ou jurisdições de fronteira. A incorporação da Matriz Mínima pelos Estados Partes a seus ordenamentos jurídicos nacionais já foi implementada e a adoção das disposições regulamentares e administrativas necessárias para o seu cumprimento, se encontra em processo de efetivação. A Matriz Mínima se apresenta sob forma de dados sobre o profissional de saúde e sua formação (graduação e pós-graduação, lato e stricto sensu) e sobre a conduta ética e disciplinar. Estes serão disponibilizados entre os

Ministérios da Saúde dos Estados Partes, as únicas instituições oficiais responsáveis pela base de dados do registro profissional.

- Resolução nº 66/2006, que inicia a exigibilidade do preenchimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul pelas profissões de grau universitário consideradas comuns na área de saúde nos Estados Partes.

Com relação à agenda de trabalho da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, acordou-se da necessidade da adoção de uma série de ações imediatas, em consonância com a pauta negociadora do SGT nº 11, levando em consideração as mudanças que estão afetando o mundo do trabalho e o processo de integração regional.

Dentre os principais itens da agenda de trabalho, citamos:

- Formulação de políticas de gestão e educação na saúde;
- Padronização da legislação do exercício profissional;
- Compatibilização dos critérios de formação profissional;
- Implementação da Matriz Mínima com vistas ao registro profissional único para o exercício no Mercosul;
- Promoção de programas conjuntos de capacitação em serviço e fortalecimento das entidades de saúde formadoras de recursos humanos;
- Constituição de uma base comum de dados.

O Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde no Brasil

Criado em 13 de abril de 2004 e institucionalizado através da Portaria/GM nº 929, de 2 de maio de 2006, o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde é um espaço de diálogo e cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde, sob a responsabilidade institucional do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/DEGERTS/MS, além de constituir-se numa instância colaboradora da atuação da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT nº 11 “Saúde”.

Seus principais objetivos são:

- Ajudar a construir uma posição comum do Brasil no que diz respeito aos itens da pauta negociadora da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, consensada através dos debates das instâncias integrantes do Fórum;
- Apresentar proposições que auxiliem a formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde, que levem a uma maior cobertura e qualidade da atenção à saúde da população, prioritariamente nas regiões fronteiriças do Mercosul; e
- Elaborar propostas que auxiliem na definição e aplicação dos itens que compõem a agenda de trabalho do Fórum.

Os trabalhos desenvolvidos pelo Fórum Permanente Mercosul contam com o apoio de uma equipe de trabalho formada por: Coordenador Geral (Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde); Secretaria Executiva; Grupo de Relatoria; Grupo de Assessoria Técnica Permanente Especializada e três Grupos de Trabalho: GT - Formação Profissional; GT - Regulação do Trabalho; e GT - Organização Política do Setor Saúde. Cada Grupo de Trabalho é composto por representantes das entidades que compõem o Fórum, por um coordenador e um relator. A função dos coordenadores consiste em acompanhar, organizar e divulgar os documentos produzidos e auxiliar nas tramitações dos processos junto ao Ministério da Saúde. Os temas debatidos nas reuniões dos Grupos de Trabalho referem-se aos itens da pauta da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, como também àqueles julgados importantes pelos grupos. As reuniões do Fórum são bimestrais e fixadas por sua Coordenação.

Participam do Fórum Permanente Mercosul os representantes das seguintes instâncias:

- Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde);
- Ministério da Educação;
- Ministério do Trabalho e Emprego;

- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- Integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde;
- Entidades científicas de âmbito nacional das Profissões de Saúde;
- Entidades sindicais de base nacional que integram a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
- Entidades de estudantes de base nacional da área da saúde.

Como produto dos Grupos de Trabalho do Fórum Permanente foram apresentadas e analisadas, pela Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional dos Estados Partes, durante a XXV Reunião do SGT nº 11 “Saúde” (Montevideu - 3 a 6 de outubro de 2005), três propostas de trabalho: 1) Projeto de Resolução sobre “Profissões de Saúde do Mercosul”; 2) Projeto de Resolução de “Princípios Éticos para o Trabalho em Saúde no Mercosul”; e 3) Cartilha instrutiva sobre a Matriz Mínima (guia de uso interno para difundir informações básicas que facilitem a sua implementação).

Também, fruto de trabalho do Fórum, foram coletados dados sobre os códigos de ética das profissões de saúde regulamentadas; das especialidades médicas comuns no Mercosul; do conteúdo programático das 29 especialidades médicas compatibilizadas; da modalidade de regulação do exercício e da formação profissional (graduação e pós-graduação); etc. e, atualmente, as especialidades na enfermagem.

Considerações finais

Ao finalizar essas considerações, far-se-á necessário enfatizar a importância quanto à atuação de trabalhadores e gestores da saúde reunidos em um fórum permanente para discutir as questões do exercício profissional no âmbito do Mercosul.

É importante destacar que os temas abordados no referido fórum compreendem uma extensão, no que tange ao trabalho desenvolvido pela

Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. A Subcomissão faz parte de um fórum de esfera técnica, onde seus temas são tratados dentro de um escopo, cujo objetivo consiste na harmonização, por meio de consenso, das questões do exercício profissional no setor saúde dentro da América Latina. Os temas concernentes à Subcomissão são primeiramente discutidos dentro dos Estados Partes do Bloco, sob a égide de condução do Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”, o qual tem como competência trabalhar as questões de fórum técnico no âmbito do Mercosul.

É de competência das Reuniões Ordinárias do Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”, sob a condução da Presidência Pro Tempore (PPT) em exercício, encaminhar os temas consensuados entre as Delegações dos Estados Partes para aprovação final no fórum de âmbito político-diplomático da Reunião de Ministros da Saúde no Mercosul (RMS). A RMS consiste no fórum responsável pela definição das políticas regionais para o Mercosul, por meio da elaboração de acordos, estratégias, planos, programas e diretrizes na área da saúde pública.

A Presidência Pro Tempore do Mercosul se constitui em um mecanismo de foro político-diplomático, com periodicidade semestral (a cada seis meses). Durante o decurso anual, caberá aos Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e futuramente a Venezuela) a condução da PPT no Mercosul.

Interessante trazer à baila, como reflexão, onde dar-se-á o início do processo de integração dentro de uma vertente política, com abrangência em um maior número de países na América do Sul. A Reunião de Ministros da Saúde no Mercosul é composta pelas Delegações representantes dos Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela) e seus Estados Associados (Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru).

Portanto, o cerne da discussão tem seu início em um fórum de participação democrática, de instância técnica com a participação de trabalhadores e gestores da saúde. Dado o reconhecimento quanto ao destaque dos temas apresentados nessa primeira instância, esses estarão sendo tratados no âmbito da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, porém em esfera técnico-regional, ou seja, intra-Mercosul. Posteriormente, os temas tratados nessa instância serão apresentados ao Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”. Após a obtenção de consenso por parte das Delegações dos Estados Partes, cabe ao SGT nº 11 elevar tais temas, os quais estavam sendo tratados em uma esfera técnica para um fórum de

abrangência política, ou seja, para a Reunião dos Ministros da Saúde no Mercosul.

A migração dos assuntos, ora tratados em instância técnica para uma instância de foro político-diplomática, representa o desenvolvimento e a extensão das políticas públicas em seu âmbito regional e internacional, fazendo com que o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde se constitua, dessa forma, em uma estratégia para avançarmos nas discussões sobre o tema, envolvendo todos os países da América Latina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE INTEGRACIÓN (ALADI). **Indicadores socioeconômicos**. Disponível no endereço eletrônico www.aladi.org.uy <consultado em 20 de dezembro de 2007>.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul. **Mercosul: legislação e textos básicos** /em colaboração com o Ministério das Relações Exteriores. 4 ed. Brasília, Gráfica do Senado Federal, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Seminário Internacional sobre Mercado de Trabalho: formação e regulação no âmbito do MERCOSUL – Relatório final** /realizado na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, no período de 12 a 14 de novembro de 2003/. Brasília, março 2004, mimeog.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde: Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005**. Rio de Janeiro, IBGE, 2006.

MACHADO, M.H., PAULA, A.E-K., AGUIAR Filho, W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:292-301, 2007.

MERCADO COMUM DO SUL (MERCOSUL). Disponível no endereço eletrônico www2.camara.gov.br/comissoes/cpcms/blocoseconomicos.html/mercosul.html

EDITORA

Europa Empresa Gráfica e Editora Ltda.

CNPJ - 42464644/0001-81

Rua Riachuelo, 176 - Cob. 02

Centro - Rio de Janeiro

CEP 20230-014

Tel.: 21 2232-4028

e-mail: altadena@altadena.com.br

Jorge Nogueira Sávio

Alexandre Nogueira Sávio

Sócios diretores

Formato

16x23cm

Papel do miolo

Polén Bold 90g/m²

Papel da capa

Cartão Supremo 250g/m²

Tipologias utilizadas

Gatineau

Arial

Impressão e Acabamento

Armazém das Letras Gráfica e Editora Ltda.

Rua Prefeito Olímpio de Melo, 1.599

Benfica - Rio de Janeiro

Tel.: 21 3860-1903