

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**

**RELATÓRIO DE PESQUISA**

**“A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul:  
entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da  
cooperação internacional”**

Apoio: Plano Diretor do Observatório de Técnicos em Saúde – OPAS/MS (Produto 2) e  
TC 41

**Equipe responsável pelo relatório**

**Marcela Pronko (coordenadora)**

**Anakeila Stauffer**

**Anamaria D’Andrea Corbo**

**Claudio Andrés Barría Mancilla**

**Muza Velasques**

**Renata Reis Cornelio Batistella**

Rio de Janeiro  
2013

## **LISTA DE SIGLAS**

ACAPS - Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
ALCA - Área de Livre Comércio das Américas  
AMS – Auxiliares de Medicina Simplificada  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ARCUSUR - Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias para el MERCOSUR  
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento  
CEB – Câmara de Educação Básica (Brasil)  
CCM – Comisión de Comercio del MERCOSUR  
CEFOR – Centros de formação (Brasil)  
CF – Constituição Federal  
CFE – Conselho Federal de Educação (Brasil)  
CMC – Consejo Mercado Común  
CNC – Confederação Nacional do Comércio (Brasil)  
CNCT – Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível  
CNE – Conselho Nacional de Educação (Brasil)  
CNS – Conferência Nacional de Saúde (Brasil)  
CNSa – Confederação Nacional de Saúde (Brasil)  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
COFESA – Consejo Federal de Salud  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem (Brasil)  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
COPROSAL – Comisión de Productos para la Salud  
COSERATS – Comisión de Servicios de Atención a la Salud  
COVISAL – Comisión de Vigilancia en Salud  
CRC – Comisión Regional Coordinadora  
EB – Educación Básica  
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
ES – Educación Superior  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
ET – Educación Tecnológica  
ETSUS – Escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (Brasil)  
EUTM - Escuela Universitaria de Tecnología Médica/UDELAR  
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador (Brasil)  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FIOTEC - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde  
GM – Gabinete do Ministro  
GMC – Grupo Mercado Común  
INET – Instituto Nacional de Educación Tecnológica  
INS/MSP – Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública del Paraguay  
IPPUR-UFRJ - Instituto de Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro

LATEPS - Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde  
Mare – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Brasil)  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil)  
MCT- Ministério da Ciência e Tecnologia  
MEC – Ministério da Educação  
MERCOSUR – Mercado Común del Sur  
MEXA – Mecanismo Experimental de Acreditación  
MPPS – Ministerio del Poder Popular para la Salud  
MS – Ministério da Saúde  
MSAL – Ministerio de la Salud de la Nación Argentina  
OMS – Organización Mundial de Salud  
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde  
OPS – Organización Panamericana de la Salud  
PEI – Proyecto Educativo Institucional  
PIT-CNT - Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores  
PLANFOR – Plano nacional de qualificação do Trabalhador  
PLEDUR - Plan Estratégico de la Universidad de la República (Uruguay)  
PPP – Projeto Político Pedagógico  
PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde  
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem  
PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde  
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica  
REFEPS – Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud  
RET-SUS - Rede de Escolas Técnicas do SUS  
RETS – Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Unasul  
RM – Resolución Ministerial  
RMS – Reunión de Ministros de Salud  
RRHH – Recursos Humanos  
RSB – Reforma Sanitária brasileira (Brasil)  
SCARH – Sistema de Controle e Análise dos Recursos Humanos  
SCC – sistema de certificação de competências (Brasil)  
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Brasil)  
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Brasil)  
SENASS – Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (Brasil)  
SETEC – Secretaria de Educação Média e Tecnológica (Brasil)  
SGT 11 – Subgrupo de Trabalho nº 11  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SHARPS – Sistema de Habilitação e Registros de Profissionais da Saúde  
SICPESSS – Sistema Integrado de Controle de Profissionais, Estabelecimentos de Saúde, Proteção Radiológica e Superintendência em Saúde  
SIISA – Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina  
SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TC-41 Termo de Cooperação assinado entre o MS e OPS  
UDELAR – Universidad de la República  
UNASUR – Unión de Naciones Suramericanas

## Sumário

Apresentação	05
Capítulo I - Estratégias Metodológicas: A Cozinha da Execução do Projeto	15
I.1. Considerações iniciais	15
I.2. Plano inicial de trabalho	17
I.3. Etapa preparatória: organização e articulação com as equipes nacionais	17
I.4. Oficinas como estratégia coletiva de construção da pesquisa multicêntrica	22
I.5. A organização do Seminário Internacional	33
Capítulo II - A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil: síntese da pesquisa de base (2007-2009)	42
II.1. O contexto histórico legal de formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil	43
II.2. A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil na perspectiva quantitativa	58
II.3. A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil em perspectiva qualitativa	61
Capítulo III - La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la Argentina	71
III.1. Antecedentes	71
III.2. Justificación	77
III. 3. Síntesis Histórica	77
III.4. Organización del Sistema Educativo Argentino	79
III.5. Objetivos	82
III.6. Metodología	83
III.7. Resultados	86
III.8. Encuesta	102
III.8. Resultados preliminares de la fase cualitativa	112
III.9. Conclusiones	115
Capítulo IV - La formación de los trabajadores técnicos de salud en Uruguay	125
IV.1. Antecedentes, justificación y especificidad del problema de investigación.	125
IV.2. Características de la Investigación	126
IV.3. Marco referencial	127
IV.4. Resultados y análisis	138
IV.5. Algunos aspectos para seguir pensando a partir de lo investigado...	151
IV.6. Los aportes de la investigación a la EUTM	152
Capítulo V - A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: primeiras aproximações comparativas	155
V.1. Instituições responsáveis pela regulação da Formação e do exercício profissional	156
V.2. Matriz de Comparação das Áreas de Formação de Técnicos em Saúde	164
Balço geral do "Projeto Mercosul"	170
Referências Bibliográficas	180
ANEXOS	

## APRESENTAÇÃO

O presente relatório visa prestar contas das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos ao longo da execução do projeto de pesquisa “A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional”, contemplado com financiamento do Plano Diretor da Estação Observatório dos Técnicos em Saúde (EPSJV) – Produto 2 e do TC 41 – OPAS/MS. A execução orçamentária do projeto desenvolveu-se março de 2011 e abril de 2013, embora atividades preparatórias tenham antecedido a data de início e desdobramentos diversos ultrapassem a data oficial de execução e prestação de contas.

O projeto, coordenado pela EPSJV/FIOCRUZ e apelidado informalmente “Projeto MERCOSUL”, dá prosseguimento a um longo processo de pesquisa e reflexão sobre a situação dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do processo de integração regional, particularmente no que se refere aos processos formativos, iniciado em 2007.

Nesse sentido, o projeto se enquadra, desde suas origens, nos objetivos e funções da EPSJV. A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) é a Unidade Técnico-Científica da Fundação Oswaldo Cruz responsável pela coordenação e execução das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica na área de Educação Profissional em níveis de Formação Inicial, Continuada e Técnica em Saúde. No decorrer de seus mais de 25 anos de existência, a EPSJV tem buscado construir e legitimar a finalidade para a qual foi criada: apoiar a educação profissional em saúde implementada nos estados e municípios do país. Essa atuação é exercida, sobretudo, por meio da coordenação e implementação de programas de ensino em áreas estratégicas para a Saúde Pública e a Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde; elaboração de projetos de política, regulamentação, currículos, cursos, metodologias e tecnologias educacionais; produção e divulgação de conhecimento na área de trabalho, educação e saúde.

Sua atuação em nível nacional ocorreu especialmente por meio da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), da qual a EPSJV foi, durante 8 anos, a Secretaria Técnica. Esta rede foi criada pelo Ministério da Saúde para facilitar a articulação entre as Escolas Técnicas do SUS e fortalecer a educação profissional em saúde, sendo um espaço de troca de informações e experiências, compartilhamento de saberes e mobilização de recursos. Esta rede engloba trinta e quatro escolas estaduais, duas municipais e uma federal (a EPSJV), todas voltadas para a formação de trabalhadores de nível médio em saúde.

A partir de 2004, a atuação da EPSJV ampliou-se para o nível internacional, ao ser reconhecida como Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Educação Técnica em Saúde. O Termo de Referência desse Centro Colaborador estabelece os marcos para que esta Unidade converta sua capacidade de produção de conhecimentos em objetos de cooperação com outros países, especialmente da América Latina e da África.

Neste contexto, a EPSJV vem atuando com a Organização Panamericana de Saúde (OPS) na rearticulação da Rede de Técnicos em Saúde (RETS). Esta rede, que envolve representantes de países da América Latina e Caribe, foi organizada em 1998 com a finalidade de “contribuir para os processos de modernização dos sistemas de saúde e seus modelos de atenção, fortalecendo sua participação qualificada em condições que permitam a implementação de inovações tecnológicas e de gestão nos serviços” (Martinez e Malvarez, 2005). Seu objetivo é também propiciar o intercâmbio de informações resultantes de estudos para fortalecer as ações de promoção e desenvolvimento de recursos humanos nos serviços de saúde.

Essas ações de cooperação técnico-científica vêm se realizando em condições bem específicas no que se refere aos processos de integração supranacional em curso. As mudanças políticas na região sul-americana nos últimos anos, assim como a crescente pressão de diversas e variadas organizações sociais, têm colocado em pauta uma atenção prioritária sobre os “efeitos sociais da integração” no âmbito do Mercosul. Ao mesmo tempo, o caráter intergovernamental que tem assumido o processo de negociação, a partir do desenho institucional do Mercosul, coloca em posição secundária, e delega às instâncias consultivas de funcionamento, a participação direta e engajada das organizações sociais na definição dos rumos do processo de integração. Por isso, consideramos que a ênfase da integração deve deslocar-se progressivamente dos acordos econômicos e comerciais para uma verdadeira integração social, através de um desenho institucional mais aberto e abrangente que propicie a participação popular e a tomada de decisões no processo de negociação.

Para se efetivar uma integração com caráter eminentemente social, há que se envidar esforços para atingir um conhecimento mútuo profundo entre os países membros do bloco, sobretudo naqueles aspectos que resultam essenciais para a implementação da integração social almejada. Torna-se necessária, portanto, a ampliação e o aprimoramento de mecanismos necessários para a produção, a sistematização, a circulação e a apropriação crítica de conhecimentos de base nacional e regional que subsidiem uma melhoria das

condições de vida das populações desses países, baseada na garantia de direitos fundamentais como a saúde, a educação e o trabalho.

Uma das questões urgentes no campo do trabalho diz respeito à livre circulação de trabalhadores. Enquanto meta do processo de integração, esta livre circulação – seja de trabalhadores ou de pessoas – constitui um horizonte que deveria pautar-se nos princípios de universalização e construção de uma base regional comum de direitos e garantias para todos os habitantes de nossos países. Entretanto, para evitar os efeitos duplamente perversos das migrações – tanto para aqueles que procuram “melhores oportunidades de vida”, quanto para os países que perdem seus quadros qualificados –, as condições para sua concretização precisam ser construídas na perspectiva de alcançar uma cidadania regional plena que proteja os direitos fundamentais de todos os “mercosulinos” e caminhe para a materialização de um conjunto de direitos máximos comuns. Consideramos ser essa a perspectiva que deveria balizar a definição de políticas setoriais específicas no âmbito do processo de integração, dentre as quais, as relativas à formação de trabalhadores técnicos em saúde para a região.

A problemática da formação destes trabalhadores, considerada no âmbito dos processos de integração regional, condensa elementos-chaves no que diz respeito à regulação das relações de trabalho e às políticas de educação, relacionando-se, diretamente, com os princípios e as características das políticas nacionais e regionais de saúde. Nesse contexto, as políticas públicas dos países membros do Mercosul para a formação de trabalhadores da saúde começam a se confrontar com as demandas e os entraves do próprio processo de integração supranacional, dificultando a livre circulação de trabalhadores e pessoas.

Os diferentes ritmos de avanço e as distintas ênfases das negociações rumo à definição de diretrizes políticas comuns em cada uma dessas áreas colocam exigências e desafios novos para se pensar estratégias regionais sobre o tema. De um lado, constatamos que tanto os princípios que orientam a organização dos sistemas nacionais de saúde e de educação dos diversos países que participam do processo de integração como as políticas públicas que lhes dão sustento, são diversas e, por vezes, até divergentes. De outro lado, e de uma maneira geral, a desarticulação interna de cada país entre as áreas de educação, trabalho e saúde se reflete na organização e funcionamento, também desarticulado, dos órgãos setoriais do Mercosul.

Complexificando, ainda mais, a discussão e o conhecimento sobre os trabalhadores técnicos em saúde, não há uma definição unívoca na região do significado das expressões

“trabalhadores técnicos em saúde” e “profissionais técnicos em saúde”. Esta “indefinição” se relaciona não apenas com alguma especificidade que estas denominações apresentam, mas se deve, primordialmente, ao fato do caráter de “técnico” e de “profissional” estarem ligados tanto ao desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Mesmo representando a porção mais significativa do pessoal envolvido nos serviços de saúde, constata-se, entre os países membros do Mercosul, enorme diversidade no que diz respeito à formação, à certificação, à regulação e à regulamentação do exercício profissional desses trabalhadores. Da mesma forma, percebe-se um desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde estão esses trabalhadores, afirmando a invisibilidade da categoria. Tal desconhecimento reflete-se na presença tardia deste tema na pauta de discussões do Mercosul Saúde.

Neste contexto, a EPSJV/Fiocruz coordenou, entre março de 2007 e maio de 2009, a pesquisa *“A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde”*, financiada pelo edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-Nº 23/2006, pela EPSJV e pelo TC-41 (OPAS/OMS). Seu objetivo foi conhecer e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de educação profissional em saúde no Brasil e nos países do Mercosul, face aos desafios nacionais e internacionais de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, visando a subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde e de cooperação internacional entre os países do referido bloco sub-regional. A pesquisa dividiu-se em duas fases - nacional e internacional.

Na fase internacional daquela pesquisa, a coleta preliminar de informações básicas sobre as características dos sistemas de educação e saúde, e da formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países do MERCOSUL levou à constatação da inexistência de bases de dados nacionais completas sobre as instituições que desenvolvem, em cada um dos países, a formação dos trabalhadores técnicos em saúde. Definiu-se, então, uma estratégia metodológica de complementação do levantamento de fontes primárias e secundárias sobre tais políticas, através da realização de entrevistas in locu com informantes-chave que permitissem organizar e completar as informações obtidas, em termos da sua comparabilidade. Esses informantes-chave foram os dirigentes nacionais dos Ministérios de Educação e/ou Saúde, encarregados de definir e desenvolver as políticas nacionais para a

formação de trabalhadores técnicos em saúde de cada país estudado (Argentina, Bolívia, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela).

Observou-se que, em diferentes graus, a formação desses trabalhadores nos países do Mercosul encontra-se ainda determinada por imperativos de mercado – seja na oferta institucional de formação, ou na definição curricular dos cursos – que contribuem para aprofundar o quadro das desigualdades sociais internas em cada um dos países e no bloco regional como um todo. No que diz respeito à qualidade da formação oferecida a esses trabalhadores, constata-se um alto grau de instrumentalidade e fragmentação, chegando, em alguns casos, à hiper-especialização. Essas características comprometem uma apropriação integral das técnicas necessárias ao trabalho em saúde – na medida em que estas se apresentam fragmentadas de fundamentos científicos e sociais – e, principalmente, o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção nos sistemas públicos de saúde, e sobre os determinantes sociais da sua atuação profissional – pré-condição para a própria construção dos sistemas públicos universais de saúde que nossos países almejam. De todo modo, a fase internacional daquela pesquisa levou à constatação da necessidade de um maior aprofundamento do conhecimento – qualitativo e quantitativo – das instituições que desenvolvem, em cada um dos países, a formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

As informações colhidas e as análises realizadas permitiram a organização do Seminário Internacional “Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no MERCOSUL” (24 a 26/11/2008) na EPSJV, constituindo-se como um espaço específico de reflexão sobre a educação técnica em saúde no Mercosul, e tendo como eixo de articulação as políticas nacionais e regionais dos setores trabalho, educação e saúde. Participaram dirigentes nacionais responsáveis pelas políticas relativas à educação técnica em saúde; representantes dos países membros do Mercosul no Sub-Grupo de Trabalho 11–Saúde e outras instâncias de negociação relacionadas; profissionais, pesquisadores e estudantes dos países do Mercosul interessados em temas coadunados à educação técnica em saúde no âmbito dos países membros e do processo de integração regional.

No evento, foi elaborado e aprovado o “Documento de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul”, constituindo-se como um relevante registro das principais questões abordadas. O referido Documento se propôs a contribuir para o balizamento da formação dos trabalhadores técnicos em saúde e seu primeiro

encaminhamento apontou a necessidade de “Fomentar e desenvolver estudos de abrangência regional, de caráter comparado e, preferencialmente, inter-institucional, que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características quantitativas e qualitativas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, sua certificação, sua regulação e a regulamentação do seu exercício profissional, sua inserção no processo de trabalho e no mercado de trabalho, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional. Isso supõe desenvolver e aprimorar bases de dados abrangentes e confiáveis que possam subsidiar a elaboração dos estudos propostos”.

Em dezembro de 2009, a EPSJV organizou a 2ª Reunião da RETS, realizando-a conjuntamente com a 1ª Reunião da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Unasul. Discutiuse o seu plano de trabalho, delineando-se como um dos objetivos “o desenvolvimento de pesquisas entre as instituições membros na interface das áreas de Saúde, Educação e Trabalho, que permita ampliar e fortalecer suas atividades de ensino e cooperação técnica”.

Nesse sentido, e inspirado nos encaminhamentos do “Documento de Manguinhos” e das reuniões da RETS/UNASUL, a EPSJV passou a desenvolver a atual pesquisa intitulada “A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional”, junto a instituições estratégicas de pesquisa na Argentina (Instituto de Investigación en Salud Pública – Universidad de Buenos Aires), Paraguai (Instituto Nacional de Salud – Ministerio de Salud y Bienestar Social) e Uruguai (Escuela Universitaria de Tecnología Médica – Universidad de la República), buscando, ao mesmo tempo, o fortalecimento dessas instituições na produção de conhecimento relevante sobre o tema.

A pesquisa se iniciou em 2010, com recursos do TC 41 vinculados às ações de Cooperação Internacional da EPSJV e, em 2011, foi incorporada como produto específico, no Plano Diretor da Estação Observatório dos Técnicos em Saúde da instituição. A equipe de pesquisa inicial foi composta por Marcela Pronko (coordenadora geral), Julio Cesar França Lima, Renata Reis, Anamaria D’Andrea Corbo, Anakeila Stauffer e Ana Lúcia Pontes, todos pesquisadores da EPSJV.

Tendo por base e referência metodológica a fase nacional (Brasil) da pesquisa anteriormente citada – “A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde” -, a investigação foi então desenvolvida com o objetivo geral de

identificar e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de formação de trabalhadores técnicos em saúde na Argentina, Paraguai e Uruguai, de forma convergente com os dados e as análises já produzidas para o Brasil, a fim de subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde, de educação e de cooperação internacional entre os países do referido bloco sub-regional, garantindo a comparabilidade dos estudos nacionais, respeitando as especificidades de cada país.

Assim, de modo específico, a pesquisa objetivou,

- 1) Identificar o número de cursos, habilitações profissionais e instituições ofertantes da educação profissional em saúde nos países do Mercosul.
- 2) Identificar as diretrizes teórico-metodológicas e as bases materiais da organização e desenvolvimento curricular da educação profissional em saúde nos países do Mercosul.
- 3) Correlacionar, mediante análise crítica, os resultados obtidos na perspectiva de construção de um diagnóstico regional da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, visando contribuir com ações de cooperação internacional entre os países do referido bloco.
- 4) Fortalecer a capacidade de pesquisa das instituições participantes na área de formação de trabalhadores técnicos em saúde.

O presente relatório está estruturado, seguindo à lógica de execução do projeto, em três partes de conteúdo, seguidas da lista de bibliografia de referência e anexos. A primeira parte do relatório, correspondente ao primeiro capítulo, constitui uma síntese das estratégias metodológicas adotadas para a execução do projeto, visando expor não só sua fundamentação mas, também, a “cozinha” de uma pesquisa que abrangeu várias frentes de trabalho concomitantes, em âmbito internacional.

A segunda parte do relatório inclui os resultados obtidos e sistematizados pelas equipes nacionais de pesquisa. Por isso, preserva os idiomas originais da sua produção (português e castelhano). Assim, o Capítulo II, intitulado “A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil: síntese da pesquisa de base (2007-2009)”, apresenta uma análise sintética dos principais resultados obtidos nas etapas quantitativa e qualitativa da pesquisa realizada em âmbito nacional em período anterior, visando caracterizar a oferta de formação de trabalhadores técnicos em saúde Brasil com vistas a garantir a comparabilidade do

conjunto de resultados obtidos pela pesquisa multicêntrica. O Capítulo III, intitulado “A formação de trabalhadores técnicos em saúde na Argentina”, apresenta os resultados da pesquisa desenvolvida pela equipe argentina, desenvolvendo uma caracterização quantitativa e qualitativa da formação desses trabalhadores no país. Por sua vez, o Capítulo IV, denominado “A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Uruguai” apresenta dados e análises da equipe uruguaia, no mesmo sentido.

A terceira parte do relatório corresponde aos primeiros avanços comparativos da pesquisa. Assim, o Capítulo V, denominado “A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: primeiras aproximações comparativas”, desenvolve alguns eixos possíveis de comparação entre os países participantes da pesquisa, de forma ainda preliminar, apontando tendências possíveis de aprofundamento da reflexão em âmbito regional. Incorpora, também uma sistematização comparativa das áreas de formação presentes nos países do bloco, tomando em consideração a denominação das formações, suas cargas horárias e perfil de egresso.

Essa parte inclui, também, um Balanço Final da execução do projeto de pesquisa face à sua formulação original e aos resultados efetivamente alcançados, apontando desdobramentos mediatos e imediatos e possibilidades de aprofundamento das questões em foco. O relatório se completa com a relação de bibliografia de referência utilizada ao longo de toda a pesquisa e dois anexos. O primeiro contém os originais, ainda em revisão, do livro organizado pelos membros da equipe coordenadora contendo os principais resultados do Seminário Internacional, incluindo o Segundo Documento de Manguinhos sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul. O segundo anexo, que inclui um conjunto de documentos, corresponde ao capítulo IV que apresenta os resultados da pesquisa da equipe uruguaia.

Por fim, gostaríamos de destacar o apoio recebido pela Direção da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, e de todos os trabalhadores da escola que, direta ou indiretamente, colaboraram com a pesquisa, assim como agradecer a todos aqueles que, desde diferentes espaços e funções, contribuíram para o desenvolvimento da mesma.

## **Capítulo I**

### **Estratégias Metodológicas: A Cozinha da Execução do Projeto**

#### **I. 1. Considerações iniciais**

Esta primeira parte do relatório constitui uma síntese das estratégias metodológicas adotadas para a execução do projeto de pesquisa, visando expor não só a fundamentação teórica e empírica dessas estratégias mas também a “cozinha” de uma pesquisa que abrangeu várias frentes de trabalho concomitantes em âmbito internacional.

De uma maneira geral, pode-se afirmar que o referencial metodológico utilizado é de cunho histórico-dialético, considerando-se a educação profissional em saúde como uma mediação específica da formação humana na totalidade das relações sociais. Nesse sentido, entende-se que as práticas instituídas não são neutras nem estáticas; ao contrário, têm um fundamento filosófico e ideológico afinado com uma determinada concepção de mundo e, assim, com um projeto de sociedade, construído a partir de um ponto de vista de classe. Dessa forma, seu conteúdo expressa uma direção e um sentido que se pretende dar às práticas sociais. A dimensão da historicidade traz o pressuposto de que, sob o ponto de vista da classe trabalhadora, a realidade dada pode ser modificada pela construção de nova hegemonia, orientada por uma concepção de mundo que reconhece os trabalhadores como sujeitos históricos, responsáveis pela produção da existência humana. As práticas sociais construídas e reconstruídas no processo de disputa por hegemonia são relações contraditórias que, ao mesmo tempo em que insistem em se manter, podem também potencializar o novo.

Por essa abordagem, pretende-se romper com o caráter neutro, evidente e reificado da educação profissional em saúde como fenômeno capaz de, por si, alterar as relações de trabalho fragmentárias, hierarquizadas e excludentes que caracterizam tanto os serviços de saúde quanto os processos de trabalho em geral. Almeja-se, dialeticamente, captar mediações que nos possibilitem compreender como e por que, as características quantitativas e qualitativas da oferta de educação profissional em saúde e seus fundamentos teórico-metodológicos buscam conservar e/ou transformar relações necessárias à conformação psicofísica do trabalhador às formas de produção hegemônicas.

Levando em conta esses pressupostos teórico-metodológicos gerais e para efeito de organização das atividades de execução, a pesquisa nos países do Mercosul assumiu uma

dupla perspectiva: quantitativa e qualitativa. Para a análise quantitativa, foi elaborada para cada país uma base de dados de sistematização das seguintes informações: áreas e subáreas de formação; tipos e modalidades de cursos e instituições ofertantes. Com essa base de dados buscou-se abranger o universo das instituições existentes e de cursos ofertados para formação de trabalhadores técnicos em saúde constantes das mesmas. Esta foi a base que permitiu a definição da estratégia para o posterior aprofundamento dos dados colhidos, por meio de questionários, entrevistas e grupos focais.

Assim, a fase qualitativa apoiou-se em trabalho de campo realizado em instituições previamente selecionadas, a partir dos dados colhidos na fase quantitativa em cada país, através da aplicação de questionário, da realização de entrevistas e de análise documental. Privilegiou-se a análise dos currículos dos cursos de formação de trabalhadores técnicos em saúde, com suas respectivas regulamentações e desenvolvimento, compreendendo-os como particularidades de uma totalidade social mais ampla. Através da indagação sobre os currículos dos cursos, mais especificamente sobre sua organização e seu desenvolvimento em cada instituição selecionada, procurou-se identificar as diretrizes teórico-metodológicas que embasam a formação de trabalhadores técnicos em saúde em cada país, e sua relação com as políticas públicas de educação e de saúde.

A educação profissional é tomada aqui como categoria geral de análise, além de se constituir como uma política econômico-social. A partir dessa referência, buscamos captar o significado dessa modalidade de educação, suas relações com as políticas de saúde, de educação e com as relações de trabalho.

O contexto das políticas públicas dos países membros do MERCOSUL para a formação de trabalhadores da saúde, bem como a problemática posta pelas demandas de circulação e dos processos de integração regional, anteriormente expostas, foram elementos definidores da necessidade estratégica não apenas da **perspectiva comparada** como do **caráter multicêntrico e interinstitucional da pesquisa**. Para o desenvolvimento desta se constituiu uma equipe de pesquisa em cada país do Mercosul (à época composto por Argentina, Paraguai e Uruguai como membros plenos) que, sob a coordenação da equipe da EPSJV/Brasil, desenvolveram o estudo com abrangência nacional, realizando a coleta de dados que possibilitou o trabalho comparativo entre os países.

Assim, para alcançar esse objetivo a pesquisa foi dividida em três etapas definidas como **preparatória, quantitativa e qualitativa**.

## **I.2 Plano inicial de trabalho**

Conforme descrito acima, o nosso plano de trabalho contemplou, para a etapa quantitativa, a elaboração de uma base unificada de dados nacionais com informações acerca das instituições de educação profissional em saúde existentes em cada país, sua localização geográfica, dependência administrativa (pública e privada) e cursos oferecidos. Para a etapa qualitativa, definiu-se uma amostra de instituições a serem visitadas em cada país para a realização de entrevistas e trabalho com grupos focais. Para tanto, elaborou-se um roteiro que permitisse a identificação de diretrizes teórico-metodológicas e as bases materiais da organização e desenvolvimento curricular que balizam a formação dos trabalhadores técnicos em saúde em cada instituição, na perspectiva de se constituir um diagnóstico nacional para cada país. A aplicação das entrevistas, realizada por cada equipe nacional, foi complementada com a coleta de documentação institucional pertinente.

Para a operacionalização da pesquisa foi prevista para etapa preparatória a realização de três (03) oficinas nacionais de articulação e formação das equipes e para o desenvolvimento, a realização de 3 (três) oficinas multicêntricas de trabalho, no Brasil. Estas contaram com a representação de dois membros da equipe de pesquisa de cada país mais a equipe brasileira. Seus objetivos específicos e propostas metodológicas, pautadas na construção coletiva, serão explicitados adiante.

Ao final do projeto foi organizado e realizado um Segundo Seminário Internacional com o objetivo de consolidar o diagnóstico regional sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul, bem como divulgar os resultados da pesquisa realizada em cada país, analisar e discutir as especificidades observadas entre os membros do Mercosul e as possíveis tendências comuns no âmbito desse sub-bloco regional no que diz respeito à formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

## **I.3 Etapa preparatória: organização e articulação com as equipes nacionais**

A etapa **Preparatória** foi a correspondente às articulações internacionais e à constituição das equipes nacionais, incluindo nisto a apresentação da metodologia proposta com base na etapa Brasil da pesquisa, já anteriormente realizada, e à construção coletiva do projeto, bem como a pactuação de responsabilidades e prazos.

Nesta etapa, a equipe coordenadora da pesquisa organizou e articulou a realização de oficinas nos países participantes como estratégia de construção coletiva do projeto e para o acompanhamento permanente, por parte da equipe coordenadora, das fases quantitativa e qualitativa. Foram estas realizadas em:

Buenos Aires – junho de 2010

Assunção – setembro de 2010

Montevideu – novembro de 2010

Neste processo também foram se compondo as equipes nacionais do projeto, que ficaram da seguinte maneira:

**Equipe Coordenadora pela EPSJV (Brasil):**

- Marcela Pronko (coord. geral)
- Anakeila Stauffer
- Anamaria Corbo
- Claudio Barría Mancilla
- Muza Velasques
- Renata Reis

*Participaram também:* Julio Lima, Ana Lúcia Pontes e Márcio Candeias.

**Argentina:**

Equipe de Pesquisa – primeira etapa

Instituto de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires

Arelada à pesquisa *“La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la argentina. Primera etapa: un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria”*.

Anos 2010-2011.

- Graciela Laplacette (coordenadora)
- María del Carmen Cadile
- Karina Faccia
- Joke Heymans
- María Alejandra Mazzitelli
- Hugo Saulo
- Natalia Suárez

#### Equipe de Pesquisa – segunda etapa

Instituto de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires

Atrelada à pesquisa “*La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la argentina. Primera etapa: un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria*”.

Anos 2012-2013.

- Graciela Laplacette (coordenadora)
- Victoria Barreda
- María del Carmen Cadile
- Karina Faccia
- Cecilia Astegiano

#### **Paraguai**

##### Equipe de Pesquisa – primeira etapa

- Raúl Gulino Canese - Direção Geral - INS
- Domingo S. Avalos - Direção de Investigação - INS
- Pedro Palacios – Direção de Educação em Saúde - INS
- Guadalupe Rolon - Observatório de RRHH – DGRRHH.MSPyBS
- Marta Gamarra - Direção de Registros Profissionais - MSPyBS
- Gloria Mabel Cabrera - Direção de Investigação - INS
- Soledad Florentín - Direção de Educação em Saúde - INS
- Ramón Cane - Direção de Educação em Saúde - INS
- Gilda Edith Villanueva Torreani - Direção Geral de RRHH

##### Equipe de Pesquisa – segunda etapa

- Angilberto Paredes Meza - Direção Geral – INS
- Pedro Palacios - Direção de Educação em Saúde - INS
- Soledad Florentín Arrúa - Secretaria Geral - INS
- Gloria Mabel Alarcón Bordón - Direção de Educação em Saúde - INS - DCRAA
- Natalia Araceli Maidana Núñez - Direção de Educação em Saúde - INS
- Patricia Ramona Orihuela Florentín - Direção de Educação em Saúde - INS – Educação Permanente
- Marta Gamarra de Godoy - Direção de Registros Profissionais - MSP y BS

- Liz María Martínez Alvarenga - Direção de Registros Profissionais - MSP y BS

## **Uruguai**

Equipe do projeto - primeira e segunda etapas

Escuela de Tecnologías Médicas

- Prof. Agdo. Lic. Carlos Planel
- Prof. Adjto. Lic. Gonzalo Fierro
- Prof. Lic. Juan Mila
- Prof. Adjta Lic. Patricia Manzoni

## **Instituições Coordenadoras da Pesquisa Multicêntrica**

As instituições coordenadoras da Pesquisa multicêntrica foram (em ordem alfabética, por país),

Argentina: Instituto de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires - Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación.

Brasil: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV/Fiocruz (coordenação geral).

Paraguai: Instituto Nacional de Salud – INS/MSP.

Uruguai: Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Universidad de la República – EUTM/UDELAR.

A constituição das equipes nacionais que compõem o conjunto de pesquisadores participantes do projeto foi o resultado de um longo processo de intercâmbio entre os responsáveis por instituições chave no âmbito da formação de trabalhadores técnicos em saúde de cada um dos países do MERCOSUL, iniciado durante o desenvolvimento da pesquisa “A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde” realizada pela EPSJV entre 2007 e 2009. Nesse sentido, privilegiou-se a constituição de equipes nacionais caracterizadas pela intervenção direta no processo de formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos respectivos países, seja na formulação (Argentina e Uruguai) e seguimento das políticas (Argentina e Paraguai) ou no desenvolvimento da formação propriamente dita (Uruguai). Isso permitiu a inclusão de docentes com pouca experiência de pesquisa, agregando ao desenvolvimento conjunto do projeto uma finalidade de formação em investigação, no sentido de capacitar as instituições

participantes, tal qual foi realizado com os docentes das escolas da RET-SUS que participaram como equipes descentralizadas no mencionado projeto.

A equipe brasileira da pesquisa constituiu uma redefinição da equipe que participou daquele processo, cuja produção científica nesse campo pode ser atestada através das numerosas publicações de boa parte de seus integrantes. Cabe destacar que, como já foi apontado, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, unidade técnico científica da Fundação Oswaldo Cruz, é responsável pela coordenação e execução de atividades de ensino, investigação, informação e comunicação, desenvolvimento tecnológico e cooperação técnica na área de Educação de Técnicos em Saúde. Pela excelência da sua atividade tornou-se Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde em 2004, foi instituída como Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) em 2005 e como coordenadora das Redes de Escolas Técnicas de Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e da União de Nações Sulamericanas (Unasul), em 2009. Conformaram a equipe brasileira de pesquisa, pesquisadores lotados na Coordenação de Cooperação Internacional da instituição e nos Laboratórios de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS) e de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT). A equipe assumiu um caráter interdisciplinar com a inclusão de profissionais de áreas de formação diferenciadas (tanto na formação de base, quanto na formação de pós-graduação), mas com trajetórias de produção científica na área da educação profissional em saúde.

A equipe argentina reúne pesquisadores destacados no âmbito dos estudos em saúde pública no país, docentes do Mestrado em Saúde Pública da Universidade de Buenos Aires, articulado ao *Instituto de Investigaciones en Salud Pública- IISAP*, pertencente à mesma universidade. O IISAP surgiu de um grupo interdisciplinar de professores pesquisadores das Faculdades da Universidade de Buenos Aires, interessados na pesquisa em saúde pública, com o propósito de criar espaços de pesquisa, reflexão e comparação de propostas para a produção de soluções diante dos problemas prioritários da saúde pública argentina. O Instituto articula produção de conhecimento, docência (através do Mestrado em Saúde Pública) e atividades de extensão, contando com uma linha de pesquisa sobre Recursos Humanos em Saúde. Compuseram também a equipe de pesquisa, pesquisadores vinculados Direção de Capital Humano do Ministério da Saúde da República Argentina, órgão responsável pela

definição de políticas de formação e de recursos humanos em saúde. A equipe tem também caráter interdisciplinar.

A equipe uruguaia, por sua vez, reuniu professores e dirigentes da principal instituição pública responsável pela formação de trabalhadores técnicos no país: a Escola Universitária de Tecnologias Médicas da *Universidad de la República*.

A equipe paraguaia foi composta, principalmente, por docentes do Instituto Nacional de Saúde, instituição estratégica do Ministério da Saúde do Paraguai, que combina funções de ensino em nível de pós-graduação e de regulação dos cursos técnicos em saúde no país. Estes docentes estão inseridos em atividades de pesquisa que são desenvolvidas em outras instituições.

#### **I.4 Oficinas como estratégia coletiva de construção da pesquisa multicêntrica**

Seguindo a metodologia implementada na pesquisa anterior de levantamento dos dados no Brasil (“A Educação Profissional em Saúde em Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores perante os desafios das políticas de saúde” – 2007-2009) foram realizadas três (03) oficinas multicêntricas de trabalho ao longo de todo o processo de pesquisa, com a equipe ampliada (equipe de coordenação + equipes nacionais) na perspectiva de garantir a construção coletiva de todas as fases do trabalho de campo nas suas etapas quantitativa e qualitativa em cada país e de qualificar seus participantes nas metodologias específicas.

Cada uma das Oficinas teve objetivos e atividades específicos, de acordo com as etapas do processo, tendo sido coordenadas pelos membros da equipe coordenadora (EPSJV-Brasil). No final de cada Oficina realizou-se uma avaliação da mesma e definiram-se os encaminhamentos necessários à continuidade do trabalho. As oficinas multicêntricas foram realizadas nas dependências da EPSJV-Fiocruz, no Rio de Janeiro, Brasil, em agosto de 2011 e maio e setembro de 2012, correspondendo, à fase quantitativa da pesquisa, à sua consolidação e à preparação da fase qualitativa, e ao desenvolvimento desta última fase, respectivamente.

Tanto na perspectiva do desenvolvimento das etapas quantitativa e qualitativa da pesquisa bem como da qualificação dos seus participantes, a estratégia de construção coletiva através de oficinas revelou-se altamente produtiva. Como esperado, as oficinas constituíram os momentos de tomada de decisões por excelência, sendo os períodos entre oficinas de operacionalização do trabalho definido nelas. A própria equipe coordenadora passou a adotar

internamente essa estratégia de realização de oficinas internas, em momentos chave do processo de pesquisa.

Para o acompanhamento dos trabalhos das equipes nacionais a equipe de coordenação da pesquisa (EPSJV), além das oficinas multicêntricas (presenciais), se reuniu periodicamente, redefinindo as tarefas de acompanhamento e elaboração, e manteve contato telefônico e eletrônico com cada uma das equipes participantes da pesquisa, incluindo também teleconferências. Esta articulação contínua junto às equipes nacionais em diferentes modos (oficinas presenciais, reuniões da equipe de coordenação, teleconferências com as equipes nacionais e troca contínua por meio eletrônico, incluindo plataformas colaborativas na web) permitiu, em momentos decisivos para a pesquisa, enfrentar situações inesperadas e tomar as decisões pertinentes ao redesenho metodológico quando necessário.

#### *Fase quantitativa*

A fase quantitativa do projeto, segundo os planejamentos conjuntos e a sua articulação com a propostas metodológicas decorrentes da fase Brasil, anteriormente desenvolvida, objetivou,

- A identificação e análise das bases de dados existentes em cada país.
- A definição de categorias de análise comparáveis.
- A elaboração de instrumentos de coleta de dados.
- E a definição de cruzamentos entre variáveis.

A **primeira oficina multicêntrica**, realizada em agosto de 2011, respondeu às demandas desta fase da pesquisa e seus objetivos foram:

- a) Constituir a equipe multicêntrica da pesquisa junto aos responsáveis pelas equipes dos quatro países;
- b) Analisar e discutir os resultados preliminares da etapa quantitativa desenvolvida em cada país, identificando as questões relevantes para a continuidade do trabalho;
- c) Realizar uma aproximação inicial ao debate teórico-metodológico da pesquisa que fundamenta a fase qualitativa;
- d) Avançar na elaboração de critérios preliminares para a seleção das instituições que participariam da fase qualitativa da pesquisa.

#### *Fase qualitativa*

A fase qualitativa da pesquisa apontou, de um modo geral, para

- A definição de categorias relevantes para todos os países;
- A elaboração de roteiros de entrevistas;
- A definição de critérios comuns e específicos para determinação de amostragem, com foco nas quatro (04) áreas prioritárias definidas pelo Subgrupo de Trabalho 11 do Mercosul no que se refere aos trabalhadores técnicos em saúde (enfermagem, análises clínicas, radiologia e hemoterapia);
- E a elaboração de uma matriz de análise comum.

Dentro desta metodologia a **segunda oficina multicêntrica**, realizada em maio de 2012, buscou consolidar os acordos em torno do processamento dos dados quantitativos, apresentando um levantamento do estado da arte desta fase da pesquisa em cada país para, assim, dar seguimento definindo os critérios e metodologias específicas da fase qualitativa.

De modo específico esta oficina objetivou à,

- Definição das subáreas de trabalho e dos cruzamentos das informações levantadas na etapa quantitativa;
- Definição dos critérios para seleção de casos (instituições) para a fase qualitativa, com base no processamento das informações obtidas no questionário;
- Debate sobre o instrumento para coleta de dados (entrevista);
- Debate e definição do referencial teórico de análise da etapa qualitativa;
- Apresentação da proposta de organização do 2º Seminário Internacional sobre formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul e definição das tarefas de cada país;
- Acordo dos prazos e dos processos necessários para a análise dos dados da etapa quantitativa e para realização das entrevistas da etapa qualitativa.

No que se refere ao estado da arte da pesquisa na sua fase quantitativa em cada país, as peculiaridades relativas à realidade institucional de cada caso implicaram na necessidade de ajustes metodológicos e do desenvolvimento de estratégias pontuais para o desenvolvimento da pesquisa nesta fase. No caso da Argentina, os principais esforços se concentraram em consolidar e construir uma base de dados secundários única entre os ministérios de educação e de saúde. Para poder atualizar a base de dados, por terem trabalhado com duas bases de dados como fontes, tiveram de fazer um trabalho artesanal de ver cada instituição e detectar quais eram as informações contidas e, dentre elas, quais eram mais atuais. No caso do Paraguai, uma profunda mudança político institucional na direção da instituição responsável pela

pesquisa implicou na renúncia do coordenador desta e de profissionais chaves, situação que desdobrou em uma séria dificuldade, relatada pelos membros da equipe presentes à oficina, em resgatar os dados produzidos até então. Além disto, o fato de novos cursos técnicos surgidos em universidades e institutos superiores não estarem sendo registrados no Instituto Nacional de Saúde, mas no Ministério de Educação, impôs uma nova dificuldade no levantamento de dados quantitativos. Assim, não foram apresentados dados desta fase na ocasião. No Uruguai, o projeto inaugura a pesquisa deste tipo na área dentro da EUTM/UDELAR, o que vem já gerando impactos diretos a maneira de insumos para a Universidade e para a comunidade. A equipe começa, assim, a consolidar o seu lugar como referência para dados sobre educação técnica em saúde no país, inclusive, perante a Coordenação Nacional do SGT11.

Um momento a ser destacado dentro da metodologia definida que teve lugar durante a segunda oficina foi a apresentação, pela equipe do Brasil, de uma proposta de definição comum das subáreas de formação de trabalhadores técnicos em saúde nos quatro países constituintes da pesquisa e do bloco regional, a partir de um primeira caracterização das subáreas de formação existentes em cada país. Essa proposta foi apresentada e debatida com a equipe multicêntrica sofrendo ajustes e reformulações, até chegar a uma consolidação regional que será detalhada no capítulo V. Este detalhado e extenso trabalho lançou como resultado uma planilha contendo um quadro comparativo dos cursos de formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul, com as suas definições, especificidades e carga horária, constituindo valioso subsídio para o desenvolvimento de políticas públicas para o setor, nos diferentes países envolvidos.

Outro momento importante da segunda oficina foi o destinado ao debate teórico-metodológico sobre as bases conceituais de análise para o trabalho da fase qualitativa do projeto. Ao longo deste debate foi acordado que cada equipe nacional disporia de espaço, nos roteiros de entrevista e questionários, para incluir questões e temas próprios das especificidades de cada país, para além do roteiro comum desenhado coletivamente.

Na ocasião foi também trabalhado de modo aprofundado o instrumento para a pesquisa na fase qualitativa. Foi apresentada pela equipe brasileira uma proposta de roteiro de entrevista analisando-se amplamente cada pergunta, indagando a razão de ser de cada uma delas e abrindo um debate sobre a sua aplicação na perspectiva local. O trabalho abriu um debate conceitual e metodológico sobre o que seria o projeto político Pedagógico - PPP ou

Projeto Educativo Institucional - PEI em cada país e sobre como indagar sobre ele. Foi assim trabalhado o roteiro de entrevistas frisando que a entrevista nesta pesquisa não pode se ver reduzida à aplicação do roteiro de perguntas, mas que deve necessariamente ser realizada por uma pessoa com profundo conhecimento dos objetivos da pesquisa.

Tras debater os conteúdos implícitos nas perguntas do roteiro se abordou uma discussão sobre as metodologias e a formação necessárias para a aplicação das entrevistas, sendo feita uma breve apresentação sobre considerações metodológicas para a aplicação da entrevista. Estas considerações se apresentaram como subsídios para as oficinas de capacitação dos entrevistadores.

Como parte da metodologia foi criado um quadro comparativo, contendo os dados da definição da amostra por país, como Universo de instituições, número de entrevistas previstas, quem seria entrevistado, quais os critérios de seleção da amostra, número de entrevistadores e critérios de substituição nos casos que for necessário.

**Quadro 1: Pesquisa multicêntrica – fase qualitativa**

	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Paraguay</i>	<i>Uruguay</i>
<b>Universo de instituciones</b>	370	1636	70	UDELAR [Fac. Med./ Fac. Enf./EUTM]; UCA Enf.
<b>Num. de entrevistas previstas</b>	50	50 (36 realizadas)	25	Total 9 = UDELAR (7); Universidades. Priv. (2)
<b>Quién será entrevistado</b>	Dir./coord. pedag. Docentes y alumnos en grupo focal (si es posible)	director/coordinador pedagógico	Propietario/Director; Coordinador pedagógico	Coord. De Carrera UDELAR (4); Decanos UDELAR (2); Directora EUTM (1); Universidades. Priv. (2) = Grupos focales [egresados, estudiantes y docentes]
<b>Criterios de selección de la muestra</b>	Región/localización [PEI/No PEI] sub-área (4 Mercosur); Depend. Admin.: [publ./Priv.: Subv. Priv]. Tipo de inst.: primario/terciario	Región, localización subáreas, dependencia administrativa	Departamental con centralización en el área metropolitana. Tipo de institución. Subáreas priorizadas. Dependencia administrativa	Subáreas priorizadas
<b>Num. de entrevistadores</b>	4 fijos + 4 colaboradores	12	4 ó 5	1
<b>Criterios de reemplazo</b>	Gestión [Public/Priv.] cubrir 4 sub-áreas	dependencia administrativa, porte, currículo		
<b>Plazos/adelanto</b>	Final de Octubre	-	Septiembre	Septiembre

Para finalizar os trabalhos, após acordarem-se os prazos da seguinte fase e a data da próxima oficina, foi apresentada e planejada a realização do **II Seminário Internacional de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul** como um espaço de reflexão sobre as políticas de formação de trabalhadores técnicos em saúde, que permita articular conhecimento científico e incidência em políticas públicas.

A **Terceira oficina multicêntrica**, realizada entre os dias 13 e 14 de setembro de 2012, esteve dedicada à

- Comparação dos roteiros de entrevista de cada equipe nacional;
- Discussão sobre as categorias de análise da fase qualitativa;
- Discussão e elaboração da matriz de análise das entrevistas;
- Organização das apresentações de cada equipe nacional durante o Seminário;
- Pactuação dos prazos e dos processos necessários para a análise dos dados da etapa quantitativa e qualitativa e para a elaboração do informe final do projeto.

Esta Oficina marcou o início das dificuldades da equipe do Paraguai que acabaria sendo desligado da pesquisa. No período entre a realização da segunda e da terceira oficinas multicêntricas, a crise institucional vivida pelo país acarretou a suspensão da República do Paraguai como membro pleno do Mercosul, sendo suspensa toda cooperação técnica com este país<sup>1</sup>. Segundo foi relatado pela equipe, uma mudança institucional anterior a este fato, já tinha afetado diretamente os quadros responsáveis pela pesquisa, criando dificuldades para sua continuidade. Isso implicou na reconfiguração completa da equipe da pesquisa e a perda de todo o processo anterior pelo afastamento dos seus responsáveis. Embora a nova equipe tenha assumido, à época, a responsabilidade de dar continuidade ao processo de pesquisa, as dificuldades encontradas eram imensas. Com a deflagração da crise institucional do país e a suspensão do mesmo do Mercosul, o afastamento da equipe paraguaia do projeto foi se tornando imperativa, o que acabou acontecendo às vésperas do II Seminário Internacional.

*Comparação dos Roteiros de Entrevista – Etapa qualitativa (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai)*

Continuando com a fase qualitativa, as equipes nacionais apresentaram os ajustes das categorias e o redesenho nos formatos dos roteiros de entrevistas segundo o contexto nacional

---

<sup>1</sup> Produto das tensões políticas internas, em 21 e 22 de junho de 2012 o parlamento paraguaio afastou o Presidente Fernando Lugo das suas funções, em um processo relâmpago de julgamento político (Impeachment). O ato foi considerado um golpe institucional e o entendimento dos demais países membros do Mercosul foi o de ruptura da Clausula Democrática do Mercosul decidindo a suspensão do país como membro pleno do bloco até as eleições de abril de 2013.

institucional. Um ponto amplamente debatido foi o relativo à especificidade do caso uruguaio, com relação às categorias qualitativas e quantitativas, considerando que existe apenas uma instituição com carreiras replicadas, e assim, um único PPP, que é o PLEDUR (Plan Estratégico de la Universidad de la República).

Na ocasião foi feita, a partir de um quadro, uma análise comparativa dos diversos roteiros trabalhados, visando definir pontos comuns para a análise qualitativa comparativa final.

Quadro 2: Roteiro comparado de entrevistas

Identificação da entrevista				
BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI Cargos Diretivos	URUGUAI Diretores de Carreras	ARGENTINA
6 itens	Idem (Brasil)	Idem (Brasil)	Idem (Brasil)	Acréscimos: Tipo de instituição, tipo de gestão (natureza administrativa – pública, privada, subvencionada; dependência – órgão de vinculação – MS, MEC, etc; <i>se está inscrita no registro federal de instituições de educação técnico profissional; se participa do "plan de mejoras" do INET</i> (estas 2 questões só serão perguntadas se não forem identificadas na base de dados); lugar onde se realiza a entrevista; participantes da entrevista; entrevistador.

Bloco 1 – Sobre a Instituição em geral				
BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI Cargos Diretivos	URUGUAI Diretores de Carreras	ARGENTINA
7 questões	Idem (Brasil)	1 – Idem (Brasil); 2 – pergunta sobre o surgimento da carreira; 3- demandas para criação dos cursos = a pergunta 6. 4 – PPP = perguntas 2, 3 e 4  5 – Perfil dos egressos – características = 7	1 – Idem (Brasil); 2 – pergunta sobre o surgimento da carreira ou sobre a sua especificamente; 3 – Idem (Brasil); 4 – Idem (Brasil); 5- Idem (Brasil);	1 e 2 – acresce informações sobre a natureza dos cursos se superior ou técnico e razões de suspensão de oferta. Como se deu a transição para a saúde – vantagens e desvantagens desta mudança. 3 - idem a 5 (Brasil) quando e pq da oferta de carreiras técnicas da saúde; 4 - idem a 6 (Brasil) - demandas específicas para criação dos cursos 5 - Acréscimo – critérios para definição da oferta de cursos; 6 - Acréscimo – motivo de abertura de novas habilitações; 7 - Acréscimo – duração da carreira, abandono e reinserção de estudantes; 8 - Perguntas sobre os egressos dos cursos (demandas de trabalho, bolsas, convênios para inserção no trabalho, dados sobre instituições onde estão os egressos) 9 - idem a 7 (Br) 10- Pergunta sobre obstáculos e fortalezas na formação <b>BLOCO I.2</b> Acréscimo: Características Profissionais do entrevistado: 1. Profissão (é da saúde ou não) 2. Formação docente e capacitação 3. Tempo de trabalho na instituição (observar que da pergunta 3 salta para a  4. cargo atual e tarefas que realiza <b>BLOCO I.3</b> Acréscimo: Equipe docente: 1. Titulações dos docentes; seleção de docentes;

				<p>dificuldades para contratar determinados perfis profissionais desejados;</p> <p>2. possuem diversidade de docentes para cobrir todas as áreas do conhecimento; carga horária para verificar se são "golondrinas (??)" ou se podem ampliar a carga horária</p> <p>3. os docentes tem formação pedagógica? É requisito para ingresso na instituição? Instituições formadoras. (observar que repete o nº da pergunta).</p> <p>3. Esta pergunta é igual a nº 34 do bloco sobre capacitação docente do questionário do Brasil – A instituição oferece capacitação docente. Identificar que tipos (convenio com universidades, etc, etc).</p> <p>4. se a instituição conta com assessoria pedagógica.</p>
--	--	--	--	--

Bloco 2 – Política de educação profissional em saúde				
BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI Cargos Diretivos	URUGUAI Diretores de Carreras	ARGENTINA
5 questões de 8 a 12	Idem (Brasil)	6 – questões 8 e 9  7 - Idem 10 (Brasil) 8 - Idem 11 (eles tem educação permanente?) 9 = 12	6 – Idem específico para a carreira 7 – Idem (Brasil) 8 – idem (Brasil) específico para a carreira  Não há pergunta sobre oferta de cursos	Não se aplica

Bloco 3 – Organização Curricular				
BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI Cargos Diretivos	URUGUAI Diretores de Carreras	ARGENTINA
8 questões de 13 a 20	Idem (Brasil)	Idem (Brasil)	Idem (Brasil)	BLOCO II é semelhante ao Bloco de Organização curricular do Brasil "Estratégias e atividades formativas de ensino-aprendizagem" 1 = 23 2. métodos e estratégias de melhores resultados 3. exemplo de estratégia formativa 4. como estas estratégias são trabalhadas com os docentes. 3. (repetiu o nº de novo) = a pergunta 24. vantagens e desvantagens, avaliação das pratica profissionalizantes, métodos de avaliação

Bloco 4 – Conceito de Competência				
BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI Cargos Diretivos	URUGUAI Diretores de Carreras	ARGENTINA
2 questões: 21 e 22 com 4 sub questões	Idem (Brasil)	Idem (Brasil)	Idem (Brasil)	Não se aplica

Bloco 5 – Desenvolvimento Curricular				
BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI Cargos Diretivos	URUGUAI Diretores de Carreras	ARGENTINA
10 questões de 23 a 32	Idem (Brasil)	Questão 20 – critérios gerais para ênfase dos conteúdos na estrutura curricular Questão 23 – linhas de investigação Questão 24 – linhas de extensão Questão 25 – como as linhas de investigação e extensão se articulam com o currículo Questão 26 – implementação da ordenação dos estudos de graduação – integralidade das funções (?)	Idem (Brasil) Questões sobre investigação docente e discente são sobre extensão e não investigação	10 questões de 23 a 32

Bloco 6 – Qualificação Docente				
BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI Cargos Diretivos	URUGUAI Diretores de Carreras	ARGENTINA
2 questões 33 e 34	Idem (Brasil)	Idem (Brasil)	Repete somente a pergunta 33	Incluído no Bloco 1

Bloco 7 – Prática Curricular e estágio				
BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI Cargos Diretivos	URUGUAI Diretores de Carreras	ARGENTINA
3 questões 35 a 37	Idem (Brasil)	Agrega um bloco sobre <b>formação continuada</b> com uma pergunta sobre se os graduados demandam formação continuada e em que áreas.	Agrega uma questão sobre prática sem usuários reais (31)	III – práticas profissionalizantes 1. semelhante a 1 2. Como se desenvolve no âmbito do hospital? 3. Quem supervisiona 4. = 36 acresce: relação aluno/docente (quanti) e especificamente para enfermagem relação aluno/leito e aluno população(?) 5. Quais as estratégias no caso de não haver espaços adequados para as práticas. Possibilidade de ampliar a oferta de praticas em caso de aumento de matricula. 6. exemplos de situações do currículo que propicie reflexões sobre o processo de trabalho em saúde. 7. mudanças ou inovações no ensino para melhorar a formação. 8. principais problemas ou dificuldades para ensino/aprendizagem.

Além das alterações e adendos à proposta de roteiro de entrevista (baseada no modelo utilizado pela equipe do Brasil), já apontados no quadro, a Argentina agregou um bloco sobre **população estudantil** com 8 perguntas sobre alunos.

A definição das categorias de análise e de uma matriz de indicadores para a análise das entrevistas realizadas pelas equipes nacionais, foi sintetizada pela equipe brasileira em um formulário *on line* para seu preenchimento. A mesma foi construída com auxílio de uma plataforma colaborativa na web (2.0) e pensada como insumo ao trabalho de sistematização e análise a ser desenvolvido por cada equipe nacional. O treinamento para seu uso ocorreu durante a oficina e inclui exercícios de preenchimento on-line, que permitiu aos pesquisadores identificar questões a alterar e incluso aprofundar discussões sobre os indicadores da pesquisa.

O formulário on-line pode ser acessado no seguinte link

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dEx2MW91TFNuMnF4SmVLTVEPRkREQmc6MQ>

Abaixo imagem do formulário e suas categorias (fig .1) e, na sequência, imagem facsimile de uma planilha da matriz de análise preenchida a partir desse formulário on-line.

Fig.1

### Matriz para análisis de entrevistas [Proyecto Mercosur]

**\*Obrigatório**

**x \***  
NO OLVIDE DE MARCAR SU PAIS

- ▾

**Codigo inst \***  
introduzca el código identificador de la Institución, según padrón de cada equipo nacional (recuerde de introducir siempre el mismo código, con la misma grafía, al retomar preguntas de una misma entrevista. Incluir en la carpeta del proyecto en Dropbox la lista con las siglas utilizadas)

\_\_\_\_\_

**Tipo de Institución \***  
Identifique el tipo de institución entrevistada según las categorías listadas

Universidad ▾

**Perfil del entrevistado \***

director / presidente  
 coordinación pedagógica  
 coordenador do curso  
 Outro: \_\_\_\_\_

**Trecho de la entrevista  
seleccionado \***  
el trecho se seleccionará según la pertinencia de cada respuesta con relación al tema en cuestión

\_\_\_\_\_

**localización en guión de la  
entrevista \***  
escoja el número correspondiente al bloque de preguntas de donde se extrajo la respuesta

pregunta 1 ▾

**Síntesis (objetivación) \***  
una breve descripción que sintetice la opinión vertida por el entrevistado

\_\_\_\_\_

**Indicadores \***  
Seleccione los indicadores correspondientes a las categorías conceptuales predefinidas.  
1.PPP/PEI [concepción; construcción; perfil del trabajador; implementação (oferta de cursos + demandas) 2.Relação da instituição com Política de E.P.S. [acompanhamento, participação] 3.Organização e Desenvolvimento curricular [concepção; def./org. e avaliação d propostas/cursos; selec. e avaliação de conteúdo; métodos, seleção de conteúdos (SUS),avaliação da aprendizagem, organização do estágio, atividades de pesquisa] 4. Competências [conceitualização; implementação] 5. Qualificação docente [educação continuada] ]

PPP/PEI/PE (preyecto Político Pedagógico / Educativo Institucional / Educativo)  
 Relación de la institución con las Política Públicas  
 Organización y Desarrollo curricular  
 Competencias  
 Calificación docente  
 Outro: \_\_\_\_\_

**Enviar**

Nunca envíe senhas em formulários do Google.

	A	B	C	D	F	G	H	I	M
1	Marca temporal	αααα	Indicadores	Código inst	Perfil del entrevistado	Síntesis (objetivación)	localización en guión de la entrevista	Trecho de la entrevista selccionado	Tipo de Institución
19	14/09/2012 10:20:35	Py	Relación de la institución con la Política de Educ. Prof. en Salud	18	director / presidente	El entrevistado especifica claramente cuando se refiere a mejorar la calidad del mando medio a los auxiliares en enfermería, quienes fueron los primeros en acceder a la capacitación en ese nivel. Primeramente se accedía al título de Técnico en Enfermería y a partir del año 2005 con la adecuación curricular y de la Política Nacional se implementa y desarrolla el nivel de Técnico Superior en Enfermería.	pregunta 1	SE HA CREADO EL TECNICO EN ENFERMERIA CON EL PROPOSITO DE MEJORAR EL NIVEL DE FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE MANDO MEDIO. EN EL AÑO 2005 SE ADECUO A LA POLITICA NACIONAL DE TERMINAR LA FORMACION DE AUXILIARES E IMPLEMENTAR EL TECNICO EN ENFERMERIA EN TODO EL PAIS.	Instituto técnico superior
20	14/09/2012 10:30:49	Uy	PPP/PEI (preyecto Político Pedagógico / Proyecto Educativo Institucional), Organización y Desarrollo curricular	DH	coordinador do curso	Proyección de cambio cualitativo en la formación	pregunta 8	Estamos reconsiderando varias cosas. Estamos bueno, estamos considerando en este momento el proyecto de creación de la Licenciatura, que va a ser un cambio cualitativo de graduación de esta carrera. Lleva ya varios años	Escuela/facultad
21	14/09/2012 10:32:09	Uy	PPP/PEI (preyecto Político Pedagógico / Proyecto Educativo Institucional), Organización y Desarrollo curricular	DH	coordinador do curso	Proyección de cambio cualitativo en la formación	pregunta 8	Estamos reconsiderando varias cosas. Estamos bueno, estamos considerando en este momento el proyecto de creación de la Licenciatura, que va a ser un cambio cualitativo de graduación de esta carrera. Lleva ya varios años	Escuela/facultad
22	14/09/2012 10:37:27	Uy	PPP/PEI (preyecto Político Pedagógico / Proyecto Educativo Institucional), Organización y Desarrollo curricular	DH	coordinador do curso	Respecto al proyecto de cambio de titulación existe participación de Docentes y egresados	pregunta 8	Bueno, participamos (XX) director, después se fueron incorporando los otros docentes, asistentes, participó, participaron delegados de la AUTHEM, de la asociación de técnicos de Hemoterapia y ahí ...	Escuela/facultad
23	14/09/2012 10:42:27	Py	PPP/PEI (preyecto Político Pedagógico / Proyecto Educativo Institucional)	18	director / presidente	El PE se ha concebido para dar respuesta a la nueva Política Nacional por parte del Instituto Nacional de Salud en convenio con el Ministerio de Educación y Cultura. Posteriormente el Instituto Técnico Superior elabora su Proyecto educativo institucional, en base a los requerimientos propuestos por el ente rector(INS).	pregunta 2	PARTE DE UN REGLAMENTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD AL CUAL NOS CEÑIMOS PARA LA PREPARACION DEL PE DE LA INSTITUCIÓN, QUE SE REALIZA ANUALMENTE PARA CADA COHORTE	Instituto técnico superior
								El egresado actualmente es un Técnico universitario que integra el equipo interdisciplinario de salud en el cual trabaja a nivel institucional público o privado y está inserto dentro de un servicio hoy día de(XX 8:50) va que participa o trabaja dentro de.(XX)	

A Matriz de análise das entrevistas, completa, consta de 279 entradas com dados da Argentina, Paraguai e Uruguai, e encontra-se à disposição das equipes nacionais para aprofundamento do trabalho.

## **I. 5 A organização do Seminário Internacional**

Ancorada nos objetivos antes assinalados e com base em toda a produção acumulada, bem como em uma análise de conjuntura da temática, no âmbito do Mercosul, foi pensada e planejada a realização do **II Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul**. Este teve lugar no auditório central da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, em Manguinhos, cidade do Rio de Janeiro, entre os dias 28 e 30 de novembro de 2012.

A partir de um planejamento inicial, proposto no decorrer da segunda oficina multicêntrica, onde foram definidas as orientações centrais e o foco do II seminário, deu-se início a um intenso processo de articulação internacional para garantir a presença dos convidados, que incluiu o acompanhamento das mudanças na conjuntura política do bloco regional. Cabe lembrar que, como apontado anteriormente, nos encontrávamos à época da suspensão do Paraguai, devido ao entendimento dos países membros do Mercosul do rompimento da chamada “clausula democrática”, e da subsequente inclusão da República Bolivariana da Venezuela no Bloco.

Responsável pela Organização do Seminário, a equipe coordenadora do projeto (EPSJV/Fiocruz) reuniu-se periodicamente para dar seguimento aos trabalhos, definindo tarefas, responsáveis e prazos para este fim. Para tal, a equipe se constituiu oficialmente em Comissão Organizadora, definido um quadro de ações, responsáveis e prazos finais para cada uma, organizadas em grupos de ações operacionais para sua realização.

Ao longo dos três dias de evento, foram previstos seis momentos de trabalho que implicaram em atividades preparatórias diferenciadas:

1. Atividades de abertura: conferência inaugural e apresentação geral da pesquisa.
2. Painel de apresentação e debate dos resultados da pesquisa multicêntrica ‘*A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional*’.
3. Painel de apresentação e debate sobre os desafios e as perspectivas da livre circulação dos trabalhadores técnicos em saúde na interface do Mercosul Laboral, Mercosul Educacional e Mercosul Saúde.

4. Painel de apresentação e debate sobre os avanços no processo de negociação relativo à formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do MERCOSUL.
5. Mesas temáticas organizadas a partir de comunicações livres.
6. Plenária de debate para a elaboração de um Documento Final do Evento.

As atividades de abertura incluíram uma mesa de autoridades conformada por **Miraci Mendes Astun** – em representação da SGTES, do Ministério da Saúde do Brasil. Coordenadora Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde da SGTES do Ministério da Saúde. Representante do Brasil na subcomissão de exercício profissional do SGT11 – Mercosul Saúde; **Marcos Mandelli** – em representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil - OPAS Brasil; **Nísia Trindade** – em representação da Presidência da Fiocruz. É vice-presidente de ensino, informação e comunicação da Fundação Oswaldo Cruz; **Mauro Gomes** – Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz; **Paulo Buss** – Diretor Geral do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz; e **Marcela Alejandra Pronko** – Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da EPSJV da Fiocruz e Coordenadora da Pesquisa multicêntrica ‘A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional’.

A Conferência de Abertura esteve a cargo do Prof. Doutor Helion Pova, destacado especialista nacional e internacional na área de migrações, com o tema “As políticas de migração no contexto da mobilidade de trabalhadores no Mercosul”. O prof. Pova é Doutor em Geografia Humana pela Universidade de São Paulo e Pós-Doutor pelo Centro Studi Emigrazione Roma e no Scalabrinian International Migration Institute em Roma, Itália, Professor do IPPUR-UFRJ, onde coordena o Núcleo Interdisciplinar de Estudos Migratórios (NIEM). É também Coordenador do GT "Migrações Internacionais" da ANPOCS (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais).

O Painel de apresentação e debate dos resultados da pesquisa multicêntrica ‘A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional’ foi conduzido pela sua coordenadora, **Marcela Pronko** e contou a presença de **Graciela Laplacette**, pesquisadora e docente do Instituto de Investigaciones en Salud Pública de

la Universidad de Buenos Aires, consultora especialista em saúde pública na Universidade Nacional de General Sarmiento e coordenadora da Pesquisa multicêntrica pela Argentina; **Renata Batistela**, pesquisadora do LATEPS da EPSJV/Fiocruz, que compõe a equipe da Pesquisa multicêntrica, apresentou os resultados correspondentes a fase brasileira; **Anamaria Corbo** – pesquisadora da Coordenação de Cooperação Internacional da EPSJV da Fiocruz e parte da equipe da pesquisa multicêntrica, apresentou, excepcionalmente dados da pesquisa do Paraguai, pelos motivos antes assinalados; e **Carlos Planel**, Professor da Escola Universitária de Tecnologia Médica da Faculdade de Medicina da UDELAR (Universidad de la República) do Uruguai e pesquisador da equipe uruguaia desta pesquisa.

O primeiro painel buscou apresentar os limites, desafios e possibilidades para a livre circulação dos trabalhadores como horizonte do processo de integração regional, levando em consideração os impactos e obstáculos nas áreas de Trabalho, Educação e Saúde a partir das discussões ocorridas nas respectivas instâncias do Mercosur, apontando também a influência das assimetrias entre os países membros neste processo. Para tal, a equipe articulou junto ao Secretariado Executivo do PIT-CNT (Uruguai) a participação **Beatriz Fajian**, quem é Coordenadora da Secretaria de Gênero e Equidade e Presidenta da Federação de Funcionários da Saúde Pública do Uruguai, além de compor o Conselho Diretivo da Confederação de Trabalhadores e Empregados do Estado; **Isabel Duré**, Diretora da Direção Nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional do Ministério de Saúde da Nação, da Argentina, participou como representante deste país na subcomissão de exercício profissional do SGT11 – Mercosul Saúde. Apesar de ter sido convidado o representante do Brasil no Mercosul educacional, o Ministério de Educação não indicou representante do mesmo para o debate.

O segundo Painel do Seminário abordou os limites, desafios e possibilidades da harmonização da formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde a partir das discussões realizadas, até o momento, no âmbito da subcomissão de desenvolvimento e exercício profissional do SGT 11, levando em consideração a realidade de organização do sistema de saúde de cada país. Para tal foram convidados o Diretor do Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais da Saúde do Ministério de Saúde Pública do Uruguai, **Aníbal Suarez**, a Diretora da Direção Nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional do Ministério de Saúde da

Nação da Argentina, **Isabel Duré**, a Coordenadora Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde do Brasil, **Miraci Mendes Astun**, e o Diretor Geral de Pesquisa e Educação do Ministério do Poder Popular para a Saúde da República Bolivariana da Venezuela, **Domingo Khan**, todos eles representantes dos seus respectivos países na Subcomissão de Exercício Profissional do SGT11 – Mercosul Saúde.

No caso da Argentina e do Uruguai o processo de articulação para a participação dos representantes na Subcomissão de Exercício Profissional do SGT11, viu-se facilitada pelo alto grau de cooperação alcançado no processo de pesquisa junto às equipes nacionais. A equipe coordenadora tinha se encontrado também com a representante do Brasil na subcomissão durante a XLII Reunião da Comissão Regional Coordenadora de Educação Superior do Setor Educativo do MERCOSUR. Dado que o escopo do projeto e do Seminário limitou-se aos membros plenos do MERCOSUL, a participação do representante da República Bolivariana da Venezuela se deu a partir do seu ingresso ao Bloco regional em agosto deste mesmo ano, significando um esforço adicional de articulação. Este se beneficiou em grande medida dos contatos realizados durante as visitas aos países membros do MERCOSUL, na fase internacional da pesquisa “*A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul:...*” realizada pela EPSJV (2007-2009), na qual esteve contemplada uma visita este país.

Iniciado o processo de organização do II seminário Internacional foi criada uma Comissão Científica, responsável da análise e aprovação dos trabalhos enviados para as mesas de Comunicações Livres. Dita Comissão de Seleção foi conformada por: Dra. Marcela Pronko – Coordenadora do Seminário e da Pesquisa e Vice-Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da EPSJV; Dra. Grácia Gondim – Coordenadora de Cooperação Internacional da EPSJV; Dra. Carla Martins – Coordenadora adjunta da Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV; Dra. Anakeila Stauffer – Pesquisadora EPSJV; Mg. Claudio Barria – Pesquisador EPSJV.

A organização de mesas temáticas para a apresentação de comunicações livres iniciou-se com uma chamada de trabalhos divulgada através da página *web* do evento e de listas institucionais e particulares de correio eletrônico, a partir da definição de três

eixos temáticos e das normas de apresentação de resumos e trabalhos. Os eixos temáticos foram definidos da seguinte maneira:

### **1. Formação e certificação dos trabalhadores técnicos**

Uma primeira aproximação aos sistemas nacionais de formação de técnicos em saúde permite constatar que não há uma definição unívoca na região sobre o significado da expressão “trabalhadores técnicos em saúde”, dado que o caráter de “técnico”, embora contenha certa especificidade, está ligado tanto ao desenvolvimento histórico do sistema educacional nacional quanto ao caráter particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Por isso, este eixo se propõe a explorar as especificidades dos sistemas de formação e certificação profissional desenvolvidas em nível nacional, cujo conhecimento resulta fundamental para qualquer ação de política destinada a subsidiar o processo de integração em curso.

### **2. Regulação profissional dos trabalhadores técnicos**

Em parte como decorrência dessa variação nacional na constituição de sistemas de formação e em parte como resultado da própria configuração nacional das profissões técnicas na área de saúde, o espaço da regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde também apresenta especificidades nacionais e divergências significativas entre os países do MERCOSUL. De outro lado, o avanço do próprio processo de integração econômica coloca o problema da circulação da força de trabalho como componente dos processos de produção. A proposta de harmonização de perfis profissionais, nos âmbitos específicos do MERCOSUL orientados à negociação de temas relativos à saúde e ao trabalho, atualiza a necessidade de conhecimento e reflexão aprofundados sobre esses temas, proposta do presente eixo.

### **3. Modelos formativos**

Nas últimas décadas, os conceitos de qualificação, no trabalho, e de conhecimento, na educação, têm sido deslocados pela noção de competências, anunciando novas referências produtivas e educativas. Também adquiriu força o conceito de Educação Continuada e de Educação Permanente, orientando inclusive as políticas de formação dos trabalhadores em saúde. Entretanto, embora essas novas referências tenham se disseminado amplamente, a discussão sobre os modelos formativos continua em aberto, espelhando as propostas de diversos setores relacionados a essa formação. Este eixo se propõe a discutir tanto os modelos

formativos vigentes quanto as propostas alternativas surgidas nos diversos contextos nacionais e regionais.

O segundo eixo “Regulação profissional dos trabalhadores técnicos” foi declarado vago pela Comissão Científica ao não aprovar trabalhos que cumprissem os requisitos técnicos necessários para sua aprovação. Desta maneira, com a exclusão deste eixo, foram montadas duas mesas para comunicações livres, a saber, “Formação e certificação dos trabalhadores técnicos” e “Modelos formativos”.

Até 21 de setembro de 2012 foram recebidos 20 propostas de comunicação que foram submetidas a processo de seleção segundo os seguintes critérios, estabelecidos pela Comissão de seleção:

1. Pertinência em relação à temática do evento e do eixo temático escolhido pelos proponentes.
2. Abrangência do objeto da comunicação, levando em conta o escopo internacional do evento.
3. Clareza e organização do resumo submetido a avaliação de acordo com o solicitado nas normas correspondentes.
4. Relevância da contribuição do trabalho para os objetivos do Seminário.
5. Representatividade nacional/regional em cada um dos eixos previstos.
6. Número de comunicações previstas para apresentação no evento (10 comunicações apresentadas em dois painéis consecutivos).

De acordo com esses critérios, a Comissão decidiu aceitar os seguintes trabalhos para serem apresentados durante o evento:

#### **Eixo 1 - Formação e certificação dos trabalhadores técnicos.**

- Carlos G. Einisman - Associação Argentina dos Técnicos em Medicina Nuclear - *“Cambios en la visibilidad de los Técnicos de la Salud en la Argentina 2008-2012”*.
- Bianca Veloso (ou Flávio Paixão) – EPSJV/ Fiocruz - *“A formação profissional dos trabalhadores técnicos em análises clínicas no Brasil”*.
- Luís Carlos Ferreira.- Conselho Estadual de Educação do Rio de Janeiro - *“A educação profissional no estado do Rio de Janeiro: estudos iniciais sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde nas instituições de ensino autorizadas pelo CEE-RJ”*.
- Simone Maia Evaristo – Associação Nacional de Citotecnologia - ANACITO - *“A Educação Profissional em Citotecnologia no Brasil: dos anos 60 aos dias atuais”*.

- Fernanda Carlise Mattioni - Grupo Hospitalar Conceição / Rio Grande do Sul - “*A qualificação profissional do ACS no estado do RS: possibilidades e desafios*”.

## **Eixo 2 - Modelos Formativos**

Ondina Canuto - Escola de Saúde Pública do Ceará - “*A abordagem por competências em currículos de formação técnica na Saúde*”.

Kellin Danielski - Escola Técnica do SUS de Blumenau - “*Metodologia Problematicadora como estratégia de ensino e de aprendizagem na formação de nível técnico*”.

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

Andiara Cossetin – Grupo Hospitalar Conceição / Rio Grande do Sul - “*A construção do processo pedagógico no curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde na Escola GHC: estratégias de avaliação dos modos formativos*”.

Por fim, ainda como parte das tarefas de organização do Seminário e com a finalidade de sistematizar as contribuições da pesquisa, bem como de registrar as principais questões abordadas durante o Segundo Seminário Internacional, se propôs a elaboração de um documento final a ser debatido e finalizado através de sessão plenária no último período do evento. Após quatro anos da redação do primeiro Documento de Manguinhos, durante o I Seminário Internacional, o chamado Segundo documento de Manguinhos procurou oferecer um balanço desse período no que se refere a uma problemática de incipiente tratamento no âmbito do processo de integração regional em curso. Uma primeira versão do mesmo foi elaborada pela equipe da pesquisa e previamente enviada para revisão e envio de propostas, aos diversos convidados. Cópias impressas foram distribuídas durante o Seminário, estimulando o levantamento de pontos para seu debate na sessão final. Durante a plenária final o documento foi discutido, completado e aprimorado, chegando-se a uma versão final em ambas as línguas, disponibilizada na página da instituição sob o nome “Segundo Documento de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL”.

O evento contou com ampla divulgação através da criação de uma página web específica, disponível em espanhol e português, com informações básicas de objetivos e programação, além da inscrição *on line* de propostas de comunicações livres e de participantes. A página do evento, acessível em

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/mercosuleps/index.php>> foi desenhada e atualizada permanentemente pela equipe de Comunicação e Eventos da EPSJV, com a colaboração do setor de Informática da instituição e constituiu ferramenta indispensável para o sucesso da iniciativa. O Evento foi amplamente divulgado em diversas mídias do setor, dentre as quais destacamos os sítios institucionais da Abrasco ([http://www.abrasco.org.br/eventos/index.php?novo\\_mes=2012-11-%%](http://www.abrasco.org.br/eventos/index.php?novo_mes=2012-11-%%)), da Rede de Escolas de Saúde Pública/Unasul (<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/resp/?q=es/node/189>), centro Colaborador OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em saúde/IMS (<http://ccoms-imsuerj.org.br/?p=546>), da ISAGS – Instituto Sul-americano de Governo em Saúde da UNASUL ([http://www.isags-unasul.org/eventos\\_interna.asp?idArea=5&lang=1&idPai=3905](http://www.isags-unasul.org/eventos_interna.asp?idArea=5&lang=1&idPai=3905)) e do SUS/BVS do Ministério da Saúde do Governo Federal, entre muitos outros. A Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) fez uma ampla cobertura do II Seminário Internacional, cujo resultado foi publicado como matéria de Capa da edição Ano VII - nº 58 - janeiro/fevereiro de 2013, pág. 14 a 19. O mesmo encontra-se disponível no seguinte link: <http://www.retsus.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista58.pdf>.

Fora os membros da equipe de pesquisa, das comissões técnicas, convidados nacionais e internacionais, o II Seminário, cujas línguas oficiais foram o Português e o Espanhol, contou com a participação de 210 inscritos via web, além dos inscritos no local. Além disso, o evento foi integralmente transmitido, em direto, via streaming, na página web da EPSJV multiplicando o acesso aos debates.

Os documentos apresentados no Seminário, textos e apresentações em PowerPoint, as versões em Português e espanhol do 2º Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul, bem como os registros audiovisuais do II Seminário Internacional, encontram-se disponíveis no hot-site do evento, no seguinte link:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=PaginaAvulsa&Num=346>

Como desdobramento direto da realização do II Seminário Internacional, foi organizada uma publicação contendo todas as contribuições apresentadas durante o mesmo. O livro, intitulado “**Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde**”, se encontra em fase de revisão final e organiza as contribuições colhidas ao longo dos três dias de Seminário, se estruturando em três

partes. A primeira parte apresenta a conferência inaugural, proferida pelo professor Pós-Doutor Helion Povoá sobre o tema “As políticas de migração no contexto da mobilidade de trabalhadores no Mercosul”. A segunda parte, intitulada 'Os desafios e as perspectivas da livre circulação dos trabalhadores técnicos em saúde na interface do Mercosul Laboral, Mercosul Educacional e Mercosul Saúde' apresenta as exposições realizadas no painel homônimo que contou com a participação de representantes da Argentina e do Uruguai. A terceira parte da publicação é resultante do painel “Avanços no processo de negociação relativo à formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do MERCOSUL’, onde apresentamos as exposições realizadas pelos representantes nacionais dos países membros plenos do bloco – Argentina, Brasil, Uruguai e Venezuela. A publicação inclui também um CD-Rom contendo as comunicações livres apresentadas a partir dos eixos temáticos anteriormente indicados.

## Capítulo II

### **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil: síntese da pesquisa de base (2007-2009)<sup>2</sup>**

Este capítulo reflete, de forma sintética, os principais resultados da pesquisa “A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde” no que diz respeito às características da formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil, na perspectiva quantitativa e qualitativa. A pesquisa foi realizada entre abril de 2007 e maio de 2009, com financiamento do edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-Nº 23/2006, da EPSJV e do TC-41 (OPAS/OMS).

A inclusão desse capítulo obedece a duas razões principais. De um lado, pautado na metodologia dessa pesquisa, foi desenhado o percurso teórico-metodológico da investigação desenvolvida pelas equipes de Argentina e Uruguai (conforme descrito no capítulo I) no intuito de garantir a comparabilidade dos dados obtidos nos três casos. De outro lado, as aproximações comparativas entre os três países, que serão apresentadas no capítulo V, partem das análises e interpretações realizadas naquela oportunidade, o que nos obriga a realizar uma breve síntese das mesmas com o fim de melhorar a compreensão do conjunto do processo.

Assim, o presente capítulo se estrutura em três partes. Na primeira parte apresenta-se o contexto histórico legal de formação dos trabalhadores técnicos em saúde no país, a organização do sistema educativo atual com ênfase na educação de técnicos e as instituições responsáveis pela regulação da formação e do exercício profissional. Posteriormente, apresentaremos os resultados do estudo propriamente dito, destinando uma parte para apresentação dos resultados da fase quantitativa, apontando as principais tendências encontradas. Por fim, na última parte, sintetizaremos os resultados da fase qualitativa, organizado em cinco blocos de categorias relevantes para o universo da pesquisa, a saber: a) em relação às instituições de formação: processo de elaboração e implementação do PPP, criação dos cursos da saúde e perfil de trabalhador que a instituição quer formar; b) em relação à política de formação de técnicos em saúde: acompanhamento e participação da instituição no desenvolvimento das políticas

---

<sup>2</sup> Este capítulo teve como base o livro PRONKO, Marcela e outros. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

relacionadas à formação de técnicos em saúde, e os determinantes para a oferta dos cursos; c) em relação ao currículo: definição do que é o currículo e de quem o elabora; estrutura do currículo (como se organiza); competências - conceito, utilização, processo de definição das competências presentes no currículo; processo de avaliação do currículo e como se identificam as necessidades de reformulação curricular; definição dos conteúdos de ensino, existência de conteúdos relacionados ao sistema público de saúde e ao processo de trabalho em saúde; organização da pesquisa na instituição e como ela se articula com as atividades de ensino; d) em relação à qualificação docente: existência de demandas de qualificação/formação docente e oferta de processos de formação continuada; e) em relação aos estágios: desenvolvimento, integração escola serviço, dificuldades encontradas.

## **II.1 O contexto histórico legal de formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil**

A discussão em torno da formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil eclodiu nos anos 1980 como questão política, sendo incluída na agenda da Reforma Sanitária brasileira (RSB) durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, e como questão social, em razão do grande contingente de trabalhadores técnicos com precária qualificação e sem reconhecimento profissional, inseridos nos serviços de saúde.

Em uma origem mais remota, o termo "educação profissional"<sup>3</sup> já constava como proposta das reformas educacionais defendidas pelo escolanovismo<sup>4</sup> nos anos de

---

<sup>3</sup> De acordo com o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova (apud Ghiraldelli, 1991, pp. 67-68), "o divorcio entre as entidades que mantêm o ensino primário e profissional e as que mantêm o ensino secundário e superior, vai concorrendo intensivamente, como já observou um dos signatários deste manifesto, "para que se estabeleçam no Brasil, dois sistemas escolares paralelos, fechados em compartimentos estanques e incommunicáveis, diferentes nos seus objetivos culturais e sociais, e, por isto mesmo, instrumentos de estratificação social. (...) Ao espírito novo que já se apoderou do ensino primário não se poderia, porém, subtrair a escola secundária, em que se apresentam, collocadas no mesmo nível, a educação chamada "profissional" (de preferencia manual ou mecanica) e a educação humanistica ou scientifica (de preponderancia intellectual), sobre uma base comum de tres anos. A escola secundaria deixará de ser assim a velha escola de "um grupo social", destinada a adaptar todas as intelligencias a uma forma rijida de educação, para ser um aparelho flexivel e vivo, organizado para ministrar a cultura geral e satisfazer ás necessidades práticas de adaptação á variedade de grupos sociaes".

<sup>4</sup> O movimento da Escola Nova, ou escolanovismo, preconizava a instituição de "métodos ativos" de ensino-aprendizagem, valorizava os estudos da psicologia experimental, colocando a criança, e não mais o professor, como centro do processo educacional. Tal movimento acompanhava a história de sua época, pois, com o processo de modernização, a urbanização e a industrialização do país nos anos de 1920, vários estados brasileiros promoveram reformas educacionais baseadas nos princípios da Pedagogia Nova (Ghiraldelli, 1991),

1920 e 1930. A escola era vislumbrada como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas e conteúdos de saúde visando a formação de futuros trabalhadores.

Durante o Estado Novo (1937-1945), o ensino técnico era organizado com bases nas leis orgânicas de Ensino, promulgadas pelo Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema. Há a preocupação com a formação de quadros profissionais para a indústria, o comércio, a agricultura, a formação de professores e a saúde. Nesta época foi aprovada a legislação para a área de enfermagem através do Decreto-Lei nº 8.778/1946 que regulou a formação técnica dos práticos de enfermagem e a Lei nº 775/1949 que regulou a formação dos auxiliares de enfermagem, para o então incipiente e pouco desenvolvido mercado de trabalho hospitalar.

A partir da segunda metade da década de 1960, a política educacional brasileira e especialmente aquela ligada à educação profissional em saúde tomou novos rumos. A Lei nº 4.024/61 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB) legalmente permitiu no Brasil a educação técnica em saúde. As reformulações na educação técnica foram acompanhadas pelo processo de reconhecimento, na área da saúde, da formação de técnicos pelo Ministério da Saúde em 1966. A Lei nº 5.692/1971 reformulou o ensino de primeiro e segundo graus no país – hoje ensino fundamental e ensino médio, respectivamente – implantando a profissionalização compulsória, a terminalidade profissional, atrelada a esse último grau de ensino. A área da saúde também sofreu essa institucionalização.

O conceito de ‘educação tecnológica’ na educação brasileira foi parcialmente apropriado pelas formulações liberais e tecnicistas de políticas educacionais mais recentes, especialmente a partir da década de 1970, cujo momento importante foi a criação dos primeiros centros federais de educação tecnológica, em 1978. É importante ressaltar que à época, a saúde não era objeto destas instituições. Especificamente na área da saúde, os cursos de enfermagem foram organizados a partir de 1972.

Em 1976, Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), constituído por 16 projetos, 11 de treinamento e desenvolvimento de Recursos Humanos, sob a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde, já carregava a ideia (implícita) de introdução de processos formativos nos serviços de saúde.

Historicamente, as iniciativas do Estado brasileiro voltadas para a profissionalização dos trabalhadores na saúde sempre foram coadjuvantes do trabalho

desenvolvido pelas instituições privadas de ensino que iam em busca das demandas de mão-de-obra na área da saúde oferecendo cursos mais aligeirados.

Até os anos de 1980, não era incomum a abertura de escolas de formação técnica anexas a hospitais públicos e privados que tinham por finalidade formar trabalhadores técnicos (sobretudo os de enfermagem) que respondessem às necessidades da assistência médico-hospitalar. Muitas dessas escolas desenvolveram cursos profissionalizantes com exigência de escolaridade equivalente ao atual ensino fundamental, mas predominavam os cursos rápidos de treinamento.

Configurou-se, então, no exercício profissional, um grande número de práticos de saúde<sup>5</sup> legalmente reconhecidos e, de outro lado, uma miríade de trabalhadores que atuavam nos serviços de saúde sem reconhecimento profissional – como os denominados atendentes de enfermagem e/ou outros práticos.

Na segunda metade da década de 1980, esse “mercado educativo” fica proibido na área de enfermagem, devido à pressão realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Criado em 1973, o Cofen proibiu a contratação de atendentes após a aprovação da Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986), estabelecendo o ano de 1996 como prazo para que só exercessem a profissão de enfermagem as seguintes categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem<sup>6</sup>.

A partir de então, a tendência é a da extinção dos práticos de saúde como categoria profissional e da eliminação da incorporação de leigos nos serviços de saúde. Contudo, ao nos debruçarmos sobre as estatísticas na saúde, observamos que no início dos anos 1980, do total de trabalhadores em atividade nos estabelecimentos hospitalares no Brasil, aproximadamente 35% eram de nível superior e 65%, de nível médio e elementar.<sup>7</sup> Nesse último grupo, os trabalhadores de nível elementar – aqueles que haviam cursado somente as quatro primeiras séries do atual ensino fundamental – representavam quase 70% e, deles, a maioria era de atendentes de enfermagem. Os

---

<sup>5</sup> Denomina-se "práticos de saúde" aquele conjunto de profissionais que aprenderam sua profissão no "exercício do fazer". Ou seja, eram pessoas que trabalhavam na área e que, através da observação e da prática, iam aprendendo o ofício sem passarem por um processo formal de ensino.

<sup>6</sup> A primeira Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955), revogada em 1986, estabelecia seis categorias profissionais na área: enfermeiro, obstetritz, auxiliar de enfermagem, enfermeiro prático ou prático de enfermagem, parteira e parteira prático.

<sup>7</sup> O assim chamado nível elementar designava, na época, os trabalhadores que detinham o ensino primário (que significava a conclusão de quatro anos de escolaridade), que atualmente equivale ao primeiro segmento do ensino fundamental (atualmente constituído por cinco anos de escolaridade).

trabalhadores de nível elementar constituíam um contingente expressivo de trabalhadores incorporado aos serviços de saúde públicos e privados com precária ou nenhuma qualificação específica; ao mesmo tempo, no plano social, esses trabalhadores não possuíam identidade profissional. Ambos os problemas eram consequência de um modelo de assistência à saúde que privilegiava, e ainda privilegia, a mercantilização da saúde e a industrialização da doença (Lima, 2010).

Entre as décadas de 1970-1990, existiu uma fraca regulamentação das profissões técnicas de nível médio (GIRARDI e CARVALHO, 2005). Em grande parte dessas profissões, apenas os requisitos educacionais são regulados, o que conferiu às mais diversas instituições o direito de conceder certificados e diplomas, e aos trabalhadores a autorização de praticar determinados atos e de exercer certas atividades. No levantamento efetuado sobre a legislação relativa aos trabalhadores de nível médio, 43 profissões de saúde, 33 (77%) obtiveram a regulamentação educacional na década de 1970 e 10 (23%) no final da década de 1980 ou no início dos anos 1990. Tais regulamentações, em sua maior parte, foram emitidas na forma de pareceres do antigo Conselho Federal de Educação (CFE), que, dentre outras funções, definia o currículo mínimo profissional e autorizava a abertura de cursos, estabelecendo cargas horárias mínimas, níveis de escolaridade e conteúdos do ensino. O certificado e/ou diploma era emitido para os alunos que cumprissem as exigências profissionalizantes, baseadas, na época, na Lei nº 5.692/1971. Por sua vez, dentre as 43 profissões relacionadas, apenas 8 (18%) possuíam alguma regulamentação profissional específica, mas sujeita às restrições estabelecidas pelas profissões de nível superior correlacionadas. São elas: auxiliar e técnico de enfermagem, técnico em radiologia médica, visitador sanitário, técnico em ótica, massagista, técnico em segurança do trabalho e técnico em prótese dentária. Essas profissões técnicas são regulamentadas por conselhos profissionais que, na sua maioria, se institucionalizaram a partir das profissões de nível superior correlatas, as quais detêm importante papel tanto na definição de suas atribuições quanto na fiscalização do exercício profissional, configurando um acirrado campo de disputa.

Entretanto, isso não significou o desaparecimento dos trabalhadores sem formação adequada nos serviços de saúde, o que vai justificar, a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), do Ministério da Saúde (MS), no final dos anos 1990, e a abertura de escola privada para a (re)qualificação dos práticos de radiologia em técnicos de radiologia nos anos 2000, por

exemplo. Em ambos os casos, o aprendizado se desenvolvia através do acompanhamento do trabalho médico e de outros práticos e/ou o treinamento em serviço (organizado, por sua vez, por médicos e enfermeiros). Não podemos desconsiderar, no entanto, que a criação de conselhos profissionais responsáveis pela fiscalização do exercício profissional foi um dos motivos para a progressiva extinção dos práticos de saúde e, ao mesmo tempo, para a subordinação legal dos trabalhadores técnicos aos profissionais de nível superior.

Com a Lei nº 7.044/1982, a profissionalização obrigatória foi extinta. Porém, devido à necessidade de ainda se efetivar a qualificação profissional de inúmeros trabalhadores inseridos nos serviços de saúde com pouca ou precária formação, cria-se o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar<sup>8</sup>. Tal projeto tinha como objetivo mais amplo *"qualificar e habilitar, por via supletiva, com avaliação no processo, trabalhadores de nível médio e elementar engajados na força de trabalho ou em processo de admissão para o trabalho em saúde"* (Pereira, 2002, p. 42). Com metodologia do ensino supletivo o Projeto Larga Escala buscava validar as diferentes etapas de uma educação continuada para os trabalhadores.

É importante ressaltar que o Projeto em questão traçou uma estratégia que gerou bons frutos para as décadas seguintes na educação em saúde, a saber: a imprescindibilidade da implementação de um centro formador, reconhecido pelo sistema de ensino, em cada estado brasileiro (Pereira, 2002). Assim nasce, na década de 1980, os Centro Formadores de Recursos Humanos de Nível Técnico para a Saúde (Cefor), como espaço estável e permanente de validação dos processos de capacitação e se institucionaliza também a formação profissional em saúde no âmbito das secretarias estaduais de Saúde. Este Projeto, portanto, é a gênese da constituição de uma rede de escolas técnicas de saúde, atualmente denominada Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), vinculadas, em sua maioria, às secretarias municipais e estaduais de Saúde dos diversos estados brasileiros e voltadas para a profissionalização dos trabalhadores técnicos já inseridos nos serviços de saúde.

Os anos 1980 representam, assim, uma inflexão nessa trajetória de mercantilização e empresariamento que até então prevalecia tanto na política de saúde quanto na política de educação – e mais especificamente na formação dos trabalhadores

---

<sup>8</sup> Este Projeto ficou mais conhecido como Projeto Larga Escala e foi instituído no início dos anos 1980, a partir da realização de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

técnicos em saúde – em razão do processo de redemocratização da sociedade brasileira. É um período de luta e de organização de diversos movimentos sociais envolvendo operários, camponeses, mulheres, jovens, camadas médias, intelectuais e setores da burguesia e que tem como resultado a transformação da crescente pressão social nas mobilizações em torno das Diretas-já, no ano de 1984, e do processo constituinte, que culmina com a aprovação da Constituição Federal (CF) em 1988.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, afirma o movimento da Reforma Sanitária, representando um divisor de águas (Paim, 2008) na forma de pensar a política de saúde no país e, principalmente, na diferenciação entre reforma setorial e reforma social, daí consubstanciando-se na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em que pese a forte resistência dos interesses privatistas e o embate de forças em torno da proposta de mudança das bases jurídico-legais dos contratos público-privados, o movimento da RSB consegue aprovar um capítulo inédito sobre saúde na história constitucional. Na Constituição Federal (1988) é aprovado o princípio de que “a saúde é direito de todos no Brasil e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, art. 196). Igualmente, aprova o artigo 200, inciso III, que reserva ao Sistema Único de Saúde a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, particularmente importante para a discussão sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

Outra grande disputa travada no contexto constituinte se dá em torno da inclusão da qualificação para o trabalho como objetivo da educação nacional. De um lado, estavam as entidades nacionais da área de educação, reunidas no Fórum da Educação na Constituinte em Defesa do Ensino Público e Gratuito, e as centrais sindicais, que tentavam assegurar ao trabalhador o direito à sua qualificação dentro do sistema educacional regular ou, mais especificamente, articular a formação geral com a formação técnica no antigo segundo grau de ensino (atual ensino médio), sob a responsabilidade direta do poder público; de outro, estavam o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) – o chamado Sistema S –, interessados em manter a atribuição exclusiva das empresas industriais e comerciais pela formação profissional.

Essas disputas no campo educacional se exacerbaram a partir da apresentação à Câmara, ainda em dezembro de 1988, do primeiro projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o qual paulatinamente perde apoio parlamentar e é substituído, configurando a então Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

No campo da Saúde, o movimento de reformulação conceitual e operacional mais abrangente de seu conceito como parte de uma "totalidade de mudanças" (AROUCA, 1988) que visava a construção do SUS com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e nas diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade, exige a necessidade de mudanças na formação profissional dos trabalhadores de saúde, de maneira geral, e particularmente dos trabalhadores técnicos.

Esta nova concepção de educação e saúde demonstrava a necessidade de se romper com a concepção marcadamente tecnicista caracterizada pela operacionalização de objetivos e a mecanização do processo de ensino-aprendizagem (RAMOS, 2008) que orientava a formação dos trabalhadores técnicos em saúde a partir dos anos 1970. Essa pedagogia tecnicista, materializada a partir da aprovação da Lei nº 5.692/1971, foi profundamente influenciada pela teoria do capital humano, que traz como ideia central que um acréscimo de treinamento, educação e saúde corresponde, também, um acréscimo na capacidade de produção do trabalhador. O capital humano é, assim, uma "quantidade" de conhecimentos, habilidades e atitudes que, ao serem adquiridas pelo trabalhador, potencializam a sua capacidade de trabalho de forma imediata<sup>9</sup>.

Os anos 1980, portanto, marcam um momento de mudança nas políticas de saúde e educação, com a construção de novos caminhos e alternativas, na tentativa de alcançar, de um lado, um sistema público de saúde baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e, de outro, uma educação escolar pública, universal, laica, unitária e politécnica ou tecnológica. Em relação à formação dos trabalhadores técnicos em saúde, a perspectiva emanada da lei nº 8.080/1990, era de que ela se integrasse e se organizasse no interior de "*um sistema de formação de recursos*

---

<sup>9</sup> O discurso veiculado por tal concepção é de que, do ponto de vista econômico, o trabalhador se torna um duplo proprietário: da força de trabalho, adquirida pelo capitalista, e de um capital humano – quantidade de educação, treinamento, saúde –, adquirido por ele. De outra parte, o enfoque não só da educação, mas também da saúde pelo prisma do fator econômico leva à redução da concepção de educação, tanto na escola quanto fora dela, a fator da produção, como potencializadora do fator trabalho. Assim, a educação é reduzida à mera função técnica de formação de recursos humanos definida por critérios de mercado e das tecnologias educacionais, desenvolvendo-se a partir daí a perspectiva tecnicista da educação (FRIGOTTO, 1986).

*humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (Lei nº 8.080/1990, artigo 27, inciso I).*

Se os anos 1980 foram marcados pela virada democrática no país – um período em que a emergente sociedade civil promoveu um processo de abertura a partir de baixo que culminou com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988 e a conquista de importantes direitos sociais (COUTINHO, 2006) – os anos 1990, entretanto, foram pautados pelas profundas mudanças no Estado brasileiro, incentivadas na crescente hegemonia da doutrina neoliberal e de suas principais metas, conforme o Consenso de Washington: abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais e demissões em massa.

No plano das políticas sociais, assiste-se, no país, à privatização do financiamento e da produção de serviços, à precarização das políticas sociais públicas, com o corte dos gastos sociais, à focalização dos gastos nos grupos mais carentes e à descentralização em nível local. Essas medidas têm início com os governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e de Itamar Franco (1993-1994), aprofundam-se nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-1998 e 1999-2002) e têm continuidade nos governos Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010).

Firmava-se a ideia de que o Estado só atuaria naquelas atividades consideradas exclusivas, isto é, naqueles setores que prestassem serviços que só o Estado poderia executar e que só ele tem poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar – tais como a segurança pública, a cobrança e a fiscalização dos impostos, a previdência social básica, o subsídio à educação básica, a compra de serviços de saúde, entre outros. As atividades dos setores compreendidos como núcleo estratégico ou aquelas consideradas exclusivas, por serem eminentemente públicas, seriam administradas num misto de gestão burocrática e gerencial. O setor de produção de bens e serviços para o mercado correspondia às empresas estatais que se encontram no interior do aparelho de Estado, e seriam configuradas como atividades econômicas tipicamente voltadas para o lucro e logo privatizadas, guiando-se fundamentalmente pela administração gerencial.

Nesse processo de privatização do Estado e, conseqüentemente, da conversão dos direitos em serviços, a educação também é afetada. Após a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996, iniciou-se a reforma

estrutural e conceitual do ensino médio e da educação profissional. A partir do decreto nº 2.208/1997, a formação profissional passou a ser tratada como um sistema de ensino independente e complementar à educação básica. Mais especificamente, ao ser aprovada, essa legislação reiterou o dualismo no ensino médio, ao determinar que a formação profissional de nível técnico teria uma organização própria e independente da organização desse grau de ensino, abolindo-se, com isso, a possibilidade de integração entre ambas e permitindo-se a oferta da primeira apenas sob a forma concomitante e/ou sequencial<sup>10</sup> ao ensino médio. O referido decreto organiza, ainda, a formação profissional em três níveis: básico, técnico e tecnológico. Com a abertura para a criação de cursos básicos, que não estavam sujeitos à regulamentação curricular, a legislação permitiu a rápida expansão do mercado educativo de cursos rápidos, para atender necessidades pontuais do mercado de trabalho<sup>11</sup>.

Após a reforma estrutural, operou-se a reforma conceitual, baseada no modelo de competências, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio – parecer CNE/CEB nº 15/1998 e resolução CNE/CEB nº 3/1998 (Brasil, Ministério da Educação, 1998a e 1998b) – e, posteriormente, das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional – parecer CNE/CEB nº 16/1999 e resolução CNE/CEB nº 4/1999 (Brasil, Ministério da Educação, 1999a e 1999b). A noção de competência se difundiu no Brasil nos anos 1990, associada à apologia da “sociedade do conhecimento” ou da “sociedade pós-industrial”, extensamente veiculada pelos organismos internacionais, principalmente o Banco Mundial.

Em relação à formação dos trabalhadores técnicos de saúde, esse contexto

---

<sup>10</sup> Ambas as formas continuaram em vigor após a aprovação, no governo Lula da Silva, do decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004, que volta a permitir a integração do ensino médio à educação profissional. Portanto, existem atualmente três formas de organização da educação profissional: integrada, concomitante e subsequente. A forma integrada é dirigida aos concluintes do ensino fundamental que realizam, numa mesma instituição escolar, tanto o ensino médio quanto a educação profissional, e prevê, portanto, uma única matrícula. A forma concomitante destina-se aos concluintes do ensino fundamental ou àqueles que estejam cursando o ensino médio, e a articulação com a educação profissional pode ocorrer na mesma instituição ou em instituição distinta, pressupondo a existência de matrículas distintas para cada curso. A forma subsequente é oferecida somente àqueles que já tenham concluído o ensino médio.

<sup>11</sup> O nível básico refere-se aos cursos de curta duração, destinados a qualificar, requalificar e reprofissionalizar trabalhadores em geral, jovens e adultos, independentemente de sua escolarização anterior. O nível técnico abrange cursos de qualificação profissional ou de habilitação profissional. No primeiro caso, exige-se, na matrícula, a conclusão do ensino fundamental, sendo conferido ao final do curso um certificado de qualificação profissional. No segundo caso, exige-se que o aluno esteja cursando ou já tenha concluído o ensino médio, sendo conferido a ele diploma de técnico. O nível tecnológico compreende os cursos técnicos de nível superior que se destinam aos egressos do ensino médio e técnico. Com o decreto nº 5.154/2004, abole-se o nível básico, mantendo os níveis técnico e tecnológico.

neoliberal também foi adverso. A rede de escolas técnicas ligadas ao SUS, como estava submetida financeiramente aos estados e municípios, não teve orçamento suficiente para se consolidar como um espaço de formação profissional. Esta realidade implicava em não poderem se constituir como unidades orçamentárias e de lotação de pessoal, acarretando numa falta de autonomia administrativa e financeira. Esta falta de autonomia impossibilita a configuração de um projeto para cada uma destas unidades ligadas à RET-SUS, dificultando, assim, a articulação entre as demandas de ações para a formação dos trabalhadores técnicos de saúde dos serviços e as novas demandas decorrentes da implantação de ações e programas de saúde.

A perspectiva de que a formação dos trabalhadores técnicos em saúde fosse integrada e organizada no interior de “*um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino*”, conforme a lei 8.080/1990<sup>12</sup>, não se realizou. O mandato constitucional que define a atribuição do SUS para “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” também não foi regulamentado. Isso ocorre à revelia das propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) realizadas nesse período que, sem negar as iniciativas voltadas para a profissionalização e/ou requalificação dos trabalhadores de saúde já inseridos nos serviços, apontam para uma perspectiva mais ampla de construção de um sistema de formação em saúde comprometido com as mudanças no modo de produzir saúde (Pronko et al, 2011, p. 89).

Na segunda metade dos anos 1990, houve a explosão dos cursos básicos em todas as áreas e, especialmente, na área de saúde, sob a égide do extinto decreto nº 2.208/1997, detectada por ocasião do I Censo da Educação Profissional, realizado no país em 1999. Com a função de qualificar, requalificar e reprofissionalizar os trabalhadores em geral, jovens e adultos, independentemente de escolarização anterior, em face das mudanças na organização do trabalho e da incorporação de novas tecnologias que então começa a ocorrer de forma mais sistêmica em todos os setores, esses cursos básicos serviram para alimentar a expansão do mercado educativo de cursos rápidos, estimulado por políticas públicas de criação de um mercado de formação, como o foi o Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador (Planfor) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e com recursos do Fundo do Amparo ao

---

<sup>12</sup> A lei n. 8.080, de 19/9/1990, assim como a lei n. 8.142, de 28/12/1990, se constituem como Leis Orgânicas da Saúde que, apesar de terem sido aprovadas durante o governo Collor (1990-1992), trazem uma natureza abrangente e progressista. Isto se deve ao fato de que o Congresso Nacional ainda era composto por parlamentares que participaram da Assembléia Nacional Constituinte em prol do movimento da RSB.

## Trabalhador (FAT).

Na X CNS, realizada em 1996, no primeiro mandato de FHC, entre os princípios aprovados para a construção de um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde (Ceccim, Armani e Rocha, 2002, p. 376), destacam-se: a) o fortalecimento dos vínculos com as universidades, visando à mudança na formação dos trabalhadores em saúde, em todos os níveis de ensino, na perspectiva da Atenção Integral à Saúde; b) o estímulo ao uso das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação, com supervisão pelas unidades de ensino e de serviço; c) a criação de novos cursos de níveis médio e superior na área de saúde, de acordo com as necessidades do SUS, identificadas com base em critérios epidemiológicos e na manifestação dos Conselhos de Saúde; e d) a qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para a área de saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não têm condições de funcionamento. Além disso, recomendou-se que os gestores do SUS, com o apoio das agências de fomento à pesquisa, participassem de projetos de avaliação das instituições formadoras em saúde e da implantação e da manutenção técnica e financeira de centros formadores de trabalhadores em saúde, autônomos, com atuação integrada aos conselhos estaduais e municipais de Saúde e às secretarias de Educação e universidades.

Na XI CNS, realizada em 2000, destaca-se a aprovação da proposição para garantir o fortalecimento dos princípios do SUS, seu caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização do atendimento. A XI CNS também aprovou a necessidade de recursos financeiros para a formação dos trabalhadores de saúde – definindo um perfil profissional apropriado às necessidades locais – e defendeu a proposta de assegurar um mínimo de 1% do orçamento da saúde para a capacitação de trabalhadores, em cada esfera de governo, aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde. Foi reiterada a necessidade de regulamentação do artigo 200 da CF e de revisão das estruturas curriculares dos cursos, enriquecendo-os com debates sobre a política de saúde, legislação em saúde, trabalho em saúde e saúde coletiva.

No ano de 2000, a Secretaria de Educação Média e Tecnológica (Setec/MEC) desenvolveu os Referenciais Curriculares Nacionais para a área de Saúde, onde são colocadas as matrizes de referência para doze subáreas: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico por imagem em saúde, reabilitação, saúde bucal, saúde visual, saúde e segurança no

trabalho e vigilância sanitária.

Em 2001, o censo da educação básica passou a incorporar os dados da educação profissional técnica e, a partir de então, é possível constatar o caráter eminentemente privado dos cursos técnicos, de maneira geral, e dos cursos técnicos de saúde, em particular. Nesse ano, o censo escolar contabilizou 2.334 estabelecimentos que atuavam na educação profissional em todas as áreas da economia (agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços). Desse universo, 785 estabelecimentos (ou 33,6%), com grande concentração na região Sudeste do país (ou 70,4%), ofereciam cursos de educação profissional de nível técnico em saúde. Esse censo mostrou também que, desses 785 estabelecimentos, 80,6% estavam vinculados ao setor privado, um dado que não teve alteração importante ao longo da primeira década deste século (LIMA et al., 2003).

É nesse contexto, pautado pelo neoliberalismo da terceira via, pela construção do Estado gerencial, pela financeirização da economia, pela exacerbação da competitividade entre os hospitais privados e por mudanças qualitativas que vinham se operando no trabalho em saúde, que, em 1999, começou a ser organizado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), para ser desenvolvido originalmente no período 2000-2003. O seu foco na área de enfermagem deveu-se ao grande contingente de atendentes de enfermagem ainda em atuação nos serviços de saúde, públicos e privados, e, como dito anteriormente, ao fato de ter expirado, em 1996, o prazo legal concedido pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem para não haver, a partir daquele ano, nenhum profissional ilegal exercendo a profissão.

Financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (185 milhões de dólares), do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, por meio do FAT, (185 milhões de dólares), com o valor total de 370 milhões de dólares, o Profae foi um projeto ambicioso de formação profissional em saúde no âmbito nacional. Prevendo a requalificação de 250 mil trabalhadores sem qualificação formal e a escolarização de 105 mil sem ensino fundamental completo, principalmente atendentes de enfermagem, ganhou repercussão internacional por sua concepção, seu formato de organização e pelos resultados alcançados (Lima, 2010).

Pensado inicialmente como um projeto de requalificação dos atendentes em auxiliares de enfermagem, o Profae assumiria também a tarefa de requalificar os

auxiliares de enfermagem em técnicos de enfermagem. Com isso, respondia às pressões e demandas de diversos setores da sociedade civil, como as da corporação de enfermagem – Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem e Sindicatos de Enfermagem –, bem como as dos hospitais públicos e privados, que demandavam força de trabalho mais qualificada, notadamente de técnicos de enfermagem.

Esse foi um desdobramento direto da experiência do Projeto Larga Escala, e utilizou as mesmas estratégias de integração ensino/serviço, descentralização dos cursos para os municípios brasileiros e articulação com o ensino supletivo, dentro do quadro referencial da modalidade de Educação de Jovens e Adultos. Com o Profae, o setor saúde assumiu a tarefa de ordenar a formação de auxiliares de enfermagem, acionando diversos dispositivos de regulação e normatização da formação profissional – ao lado da Câmara de Educação Básica (CEB) do Conselho Nacional de Educação (CNE) e do Ministério da Saúde –, bem como de apoio à RET-SUS.

A sua concepção foi baseada fundamentalmente na perspectiva de construir a capacidade de *governança* do Ministério da Saúde e, correlativamente, a das instâncias subnacionais – secretarias estaduais e municipais de Saúde – a fim de que elas exerçam as funções de regulação e coordenação das políticas de formação dos trabalhadores técnicos de saúde, de maneira geral, e dos auxiliares de enfermagem, em particular. Sua arquitetura de operacionalização envolveu uma complexa rede de instituições públicas e, na sua maioria, privadas, que foram organizadas como agências regionais, operadoras e executoras da formação profissional em todo o território nacional, por meio de processos licitatórios, critérios de elegibilidade das instituições e avaliação das propostas pedagógicas segundo pré-requisitos estabelecidos, entre outros aspectos (LIMA, 2010)<sup>13</sup>.

Nesse sentido, o Profae foi um exemplo bem-sucedido da organização da *competição administrada* no interior do Ministério da Saúde. Assim como a proposta de

---

<sup>13</sup> As agências regionais eram responsáveis pela supervisão e pelo monitoramento dos cursos do Profae. Também prestavam apoio técnico às escolas e às operadoras. As operadoras eram responsáveis pela administração contábil e financeira dos recursos. Poderiam também ser executoras, desde que fossem instituições de ensino credenciadas pelo sistema educacional ou se associassem a outros serviços educacionais para a prestação de serviços. As executoras eram responsáveis pelos cursos de qualificação profissional ou de escolarização (complementação do ensino fundamental). Entretanto, o subcomponente de escolarização, na maioria dos estados, foi viabilizado por meio de convênios com as secretarias estaduais de Educação. Para maiores detalhes sobre a organização, o funcionamento e os resultados do Profae, ver Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

reforma do Estado aprovada e encaminhada pelo extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), sob o comando de Bresser-Pereira (1995-1998), o Profae foi organizado de forma a se transformar de um sistema de financiamento baseado na oferta de serviços educacionais em outro, baseado na demanda de serviços. Isto é, a formação profissional dos auxiliares de enfermagem e dos técnicos de enfermagem não seria executada pelas escolas técnicas do SUS (ET-SUS), mas segundo o sistema de concorrência entre essas escolas e as escolas privadas.

O Profae, portanto, seguiu a tendência da política governamental de flexibilização do SUS seguindo as estratégias do MARE em que a modernização era sinônimo de terceirização, privatização e competitividade. Afastava-se, portanto, do caráter estatal, público e estratégico das ETSUS, definido pelo antigo Projeto Larga Escala, tornando-as um investimento do Estado e transformando-as em unidades orçamentárias e financeiras.

No campo educacional, também se estruturavam reformas e, foi assim que o Profae incorporou a concepção de educação baseada na noção de competência que passa a determinar os conteúdos do ensino médio e da formação profissional no Brasil, a partir da segunda metade dos anos 1990, contribuindo assim para a difusão dessa concepção, com a criação e a operacionalização de seu sistema de certificação de competências (SCC), voltado para o auxiliar de enfermagem. Segundo Ramos (2007a), toda a mobilização em torno dessa abordagem fez dela a principal difusora da pedagogia das competências em nosso meio e contribuiu para que a área da saúde incorporasse, mais do que outras áreas, essa diretriz.

Nos governos Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010), a criação do Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps) ampliou esse modelo de formação para outras áreas profissionais, mas não se configurou como política de ordenação que buscasse avançar na concepção e na forma de organização, no país, da formação profissional em saúde, processo que deveria ser concomitante e/ou consequência de iniciativas que visassem à mudança do modelo de atenção à saúde então vigente, de base flexneriana. Ao contrário, nesse período, não foi revertida a pedagogia baseada na noção de competências, a Estratégia Saúde da Família (ESF) não se transformou num elemento capaz de redefinir o modelo de saúde e o arcabouço conceitual do "público não estatal" também foi mantido.

Concomitantemente, o que se observa é uma intensa mobilização das instituições

privadas de saúde, por intermédio da Confederação Nacional de Saúde (CNSa)<sup>14</sup>, que se organizaram para viabilizar a constituição do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (Senass) e do Serviço Social da Saúde (SESS), com o apoio do Ministério da Saúde. Desde 2001, tramita no Senado Federal o projeto de lei do Senado (PLS) nº 131/2001, que cria o que vinha sendo denominado de “Sistema S da Saúde”. Caso aprovado, viabilizará o acesso e o controle do fundo público proveniente do imposto de 2,5% sobre a folha de pagamento de todos os estabelecimentos de saúde – atualmente controlado pela Confederação Nacional do Comércio (CNC), com estimativa prevista de arrecadação de recursos da ordem de 250 milhões de reais para 2010 (Confederação Nacional de Saúde, s.d.).

A tendência é a de que, entre os cursos organizados segundo o futuro “Sistema S da Saúde”, sejam privilegiados aqueles que potencializem a realização da cadeia de valor dos empreendimentos privados, particularmente, os de graduação tecnológica, seguindo-se a mesma trajetória que se vem verificando no Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Lima, 2010; e Neves e Pronko, 2008). Entretanto, essa tendência não parece significar o abandono das ações de treinamento e capacitação em serviço para todos os trabalhadores de saúde, inclusive os trabalhadores técnicos<sup>15</sup>.

A realidade da formação de técnicos em saúde no Brasil nos apresenta não somente entraves internos, como também explicita grandes desafios no que tange à livre circulação de trabalhadores no Mercosul, visto que, diferentemente da Argentina e do Uruguai, a formação técnica no Brasil é certificada como uma formação de nível médio, porém muitos trabalhadores brasileiros da saúde não completaram tal nível de ensino. Esta diferença entre os três países nos leva a refletir que para se concretizar a livre

---

<sup>14</sup> A Confederação Nacional de Saúde, criada em 1994, é a entidade sindical patronal de terceiro grau. Ela representa os interesses de todos os prestadores privados de saúde no país – hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia (lucrativos e filantrópicos) – e as operadoras de planos de saúde.

<sup>15</sup> Algumas normativas devem ser destacadas pois constituem a afirmação dos processos de regulação da formação profissional apresentados até agora. Em 2000, os Referenciais Curriculares Nacionais estabelecem os Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. O decreto nº 5.154/2004 (regulamenta os artigos 39-41 da LDB) regula a formação inicial e continuada dos trabalhadores, sem exigência prévia de escolaridade. A partir dele, a formação pode se dar segundo o itinerário formativo, incluindo a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização. Regula ainda a educação profissional técnica de nível e a educação profissional tecnológica (graduação e pós-graduação). O Parecer CNE/CBE 39/2004 garante a aplicação do Decreto nº 51/2004 na Educação Profissional Técnica de Nível Médio e no Ensino Médio. Em 2005, a Resolução 01/2005 que atualiza as Diretrizes Nacionais para a Educação Profissional à luz do Decreto nº 5154/2004. O Decreto nº 5.840/2006 institui o Programa Nacional de Integração da Educação de Técnicos com a Educação Básica, na modalidade de Educação de Jovens e Adultos. E em 2008, a Resolução nº 03/2008 que dispõe sobre a instituição e implantação do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio, apresentando 17 habilitações da saúde.

circulação de trabalhadores teremos que ensejar esforços muito grandes que vão além da validação de diplomas, exigindo-nos a compreensão sobre os processos formativos e de trabalho a que estão submetidos tais técnicos.

## **II.2 A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil na perspectiva quantitativa**

No Brasil, até o primeiro semestre de 2007, haviam sido registrados no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) 1.636 estabelecimentos de ensino que ofereciam cursos de educação profissional em saúde no país, podendo uma mesma instituição oferecer cursos técnicos de diferentes subáreas de formação. Na sua maioria, esses estabelecimentos estavam localizados na região Sudeste (56,48%); e, se considerarmos o eixo Sudeste-Sul, observamos que aí se concentravam 74,94% desses cursos. A região com menor número de estabelecimentos cadastrados foi a região Norte (5,44%), seguida das regiões Centro-Oeste (5,93%) e Nordeste (13,51%).

Esses dados confirmam o resultado dos levantamentos anteriores, realizados com base no Censo Escolar, em que se apresentava uma grande concentração dos estabelecimentos de ensino na região Sudeste (Lima et al., 2003 e 2004). Essa concentração pode ser melhor entendida quando relacionamos esses dados ao desenvolvimento do mercado de trabalho em saúde. Em 1999 e 2002, a região Sudeste detinha, respectivamente, 50,6% e 48,2% dos postos de trabalho do país (Vieira et al., 2003); os dados de 2005 revelam que ela detinha também 47,2% dos empregos em saúde. Essa realidade revela que continua existindo uma desigualdade tanto na distribuição dos estabelecimentos de ensino quanto dos postos de trabalho em saúde entre as regiões brasileiras. Contudo, os dados acima sugerem a ocorrência de uma tendência, a ser confirmada em uma série de tempo mais longa, de desconcentração dos postos de trabalho para outras regiões, o que se pode verificar também na formação técnica em saúde ao longo do tempo, pois parece haver uma relação entre a abertura de estabelecimentos de saúde e/ou o aumento de postos de trabalho e a abertura de escolas, com um aumento da oferta de cursos na área.

Nesse setor, os estabelecimentos privados empresariais eram maioria no país (65,34%), seguidos de um importante número de instituições do Sistema S (principalmente do Senac) presentes em todas as regiões brasileiras, mas principalmente na região Centro-Oeste (39,18%). Uma possível hipótese para esse expressivo número de instituições do Senac nessa região pode ser a expansão do agronegócio, que gera uma

demanda sobre o sistema de saúde e, conseqüentemente, a necessidade de formação técnica por esse sistema, que tende a funcionar mais organicamente com as necessidades do mercado de trabalho.

Em relação ao vínculo administrativo dos estabelecimentos públicos, em todas as regiões brasileiras predominavam os estabelecimentos estaduais. As únicas regiões com presença importante de instituições federais eram Nordeste e Sul. O número de estabelecimentos municipais era escasso em todas as regiões, exceto no Sudeste. Esse último dado é muito distinto do que ocorre com os estabelecimentos de saúde, uma vez que estão subordinados majoritariamente à esfera municipal, responsável, após o processo de descentralização verificado a partir dos anos 1990, pela execução das ações de saúde.

No setor educacional, a responsabilidade constitucional pela organização e oferta do ensino médio é do setor público estadual. Como a habilitação profissional exige a conclusão desse nível de ensino, isso explica a concentração da oferta nos estabelecimentos subordinados a essa esfera de governo. Isso não impede que, atendida a sua responsabilidade constitucional – educação infantil e fundamental –, os governos municipais também atuem nessa modalidade de ensino.

No cadastro do CNCT, foram registrados um total de 5.021 cursos de educação profissional técnica em saúde, distribuído em cursos de especialização (10,64%), habilitação técnica (59,57%) e qualificação profissional (29,79%)<sup>16</sup>.

Nos últimos anos tem havido intenso processo de abertura de cursos na área da saúde, com o aumento da oferta ocorrendo majoritariamente no setor privado. Parece que esse processo acompanhou as mudanças no mercado de trabalho: à medida que o emprego industrial diminuiu, existe uma tendência de aumento de postos de trabalho na área de serviços como um todo. Entretanto, deve-se considerar que determinadas profissões/ocupações – como as das áreas de enfermagem, saúde bucal, vigilância sanitária e os agentes comunitários de saúde<sup>17</sup> – conformam um grupo fortemente

---

<sup>16</sup> O curso de habilitação profissional, que confere o diploma de técnico, exige que o aluno esteja cursando ou já tenha concluído o ensino médio. O curso de qualificação exige que, na matrícula, o ensino fundamental tenha sido concluído; ao final do curso, é conferido certificado de qualificação profissional como auxiliar técnico. O curso de especialização técnica pode ser realizado após a conclusão da qualificação profissional e/ou da habilitação técnica.

<sup>17</sup> O decreto nº 3.189/99 fixou as diretrizes para o exercício profissional do agente comunitário de saúde; a lei nº 10.507/2002 tornou essa ocupação uma profissão legalmente constituída; e o parecer CNE/CEB nº 19/2004 regulamentou a habilitação técnica dessa profissão em três módulos: um primeiro módulo sem exigência mínima de escolaridade; um segundo módulo com exigência mínima de conclusão do ensino

correlacionado às políticas públicas de aumento de cobertura do setor saúde, particularmente pela implementação da Estratégia Saúde da Família, o que demanda a ampliação da oferta de formação técnica nessas áreas, principalmente enfermagem e saúde bucal. De todo modo, mesmo considerando que a oferta pública tenha aumentado, o investimento do setor público ainda é pequeno, particularmente na RET-SUS que, como dito anteriormente tem a sua maioria vinculada aos governos estaduais.

No setor público, a maior oferta de cursos era na esfera estadual (8,16%), exceto em relação ao curso de estética, oferecido apenas por uma escola federal. No interior do setor privado, o componente privado empresarial predominava na maioria das áreas, exceto nas áreas de estética, hemoterapia e reabilitação, visto que a prevalência desses cursos haviam sido registrados pelo Sistema S (Senac), e era pouco expressiva a participação dos outros componentes do setor privado (confessional, filantrópica e comunitária) em todas as subáreas.

O predomínio dos cursos do setor público estava vinculado aos governos estaduais, visto que, como destacado anteriormente, este ente federativo é responsável por este nível de ensino. Do total de cursos de habilitação técnica do setor privado (813 cursos), 47,36% eram do setor privado-empresarial, enquanto o Sistema S representava 29,49% da oferta, com importante participação nas áreas de estética, reabilitação, saúde visual e gestão em saúde.

Em todos os tipos de cursos (habilitação, qualificação e especialização), o maior número de cursos oferecidos era da área de enfermagem. Eles representavam 48,18% do total de cursos cadastrados no país e a maioria dos cursos de habilitação técnica (42,69%), qualificação profissional (50,40%) e especialização técnica (72,66%). Tanto no setor público (45,38%), em todos os níveis de governo, quanto no setor privado (42,33%), em todos os seus componentes (privado empresarial, confessional, filantrópico, comunitário e Sistema S), esse era o curso com o maior número de cadastros.

A oferta dos cursos de habilitação técnica em enfermagem é predominantemente privada e, em todas as cinco grandes regiões brasileiras, esse era o principal curso

---

fundamental; e um terceiro módulo que prevê a conclusão do ensino médio quando da conclusão do ensino técnico, possibilitando, assim, a obtenção do diploma de técnico pelos concluintes. Entretanto, a expansão da oferta de formação tem-se limitado apenas aos cursos de qualificação profissional ou aos dois primeiros módulos, não contemplando ainda a formação de técnicos agentes comunitários de saúde, o que se evidencia pelo pequeno número de estabelecimentos cadastrados no CNTC que oferecem cursos na área de saúde comunitária.

oferecido, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste.

Isso não significa que a oferta de cursos de enfermagem nessas regiões fosse suficiente. Ao contrário, essa concentração parece ser decorrente da baixa oferta de cursos de habilitação técnica em outras subáreas – por exemplo, nas de hemoterapia, reabilitação e saúde visual.

O grande número de cursos técnicos na área de enfermagem já era esperado, dado que, historicamente, essa categoria constitui o maior contingente de trabalhadores nos serviços de saúde, depois dos médicos. A tendência, inclusive, é de aumento da oferta de cursos de habilitação técnica nessa área, pois, conforme determina a Resolução nº 276/2003 do Cofen, os auxiliares de enfermagem serão inscritos no Conselho Federal de Enfermagem apenas em caráter provisório e por até cinco anos após a data de inscrição. Após esse prazo, todos devem apresentar a conclusão do curso técnico de enfermagem. Agrega-se a isso o fato de que o mercado de trabalho em saúde, principalmente do setor privado, privilegia a contratação de técnicos e não a de auxiliares de enfermagem.

### **II.3 A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil em perspectiva qualitativa**

Grande parte dos estabelecimentos públicos de ensino profissional no Brasil, segundo os dados da pesquisa realizada, revelou possuir autonomia pedagógica e administrativa. Verificou-se que as instituições federais detinham maior autonomia nesses itens. Entretanto, as escolas da RET-SUS, por exemplo, na sua maioria vinculadas aos governos estaduais, não têm orçamento próprio, pois não são consideradas unidades autônomas; ao contrário, estão subordinadas de forma geral aos setores de recursos humanos das secretarias de Saúde. Comparado com o setor público, o setor privado detem maior autonomia em todos os itens, exceto o Sistema S, que, do ponto de vista orçamentário e financeiro, tinha um nível de autonomia até menor do que o das instituições públicas federais, segundo os respondentes.

No que tange às estratégias para a definição da oferta de cursos, estas eram múltiplas e variadas, mas, apesar da variação percentual, aquelas desenvolvidas pelas instituições públicas, privadas e do Sistema S seguem a mesma ordem de prioridades: 1) estudos e levantamentos de necessidades; 2) projeto político pedagógico; 3)

atendimento de demandas dos gestores públicos e privados; 4) execução da política de saúde nos níveis federal/estadual/municipal; 5) disponibilidade de recursos humanos na sede da instituição; e outros.

Do ponto de vista do modelo curricular, no setor público predominava a organização dos cursos por módulos, principalmente nos estabelecimentos estaduais e municipais. Este tipo de organização curricular passou a ser privilegiada pelos estabelecimentos de ensino a partir da aprovação do Decreto nº 2.208/1997 como forma de aligeirar a formação profissional em todas as áreas, e que provocou maior fragmentação do conteúdo curricular. Nos estabelecimentos federais existia maior diversidade de organização: privilegiavam-se tanto os módulos quanto a forma disciplinar, o que indica uma tendência menos instrumental do conhecimento escolar, na medida em que a organização por disciplinas pressupõe o acesso dos estudantes aos conhecimentos sistematizados historicamente. Entretanto, esse também é um tipo de organização que pode estar baseado numa prática pedagógica que privilegie a mera transmissão de conteúdos, de maneira fragmentada e abstrata.

No setor privado, a tendência predominante também era a organização modular. Quando se analisam os seus componentes verifica-se que o setor filantrópico também organizava cursos sob a forma disciplinar seguido pelo componente privado empresarial, porém menos que as instituições federais, conforme indicado acima. Tanto no setor público quanto no privado é baixa a ocorrência de organização curricular por projetos, exceto no Sistema S que, além da forma modular, privilegia também esse formato.

Existe uma estreita relação entre a organização modular dos cursos/currículos e a orientação teórico-metodológica das competências. Como pontuado anteriormente, em 1999, as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional (Parecer CEB nº 16/99 e a Resolução nº 04/99) definem a reforma conceitual baseada no modelo de competências, seguindo a lógica das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio, regulamentadas anteriormente (Parecer CEB nº 15/98 e a Resolução nº 03/98). Posteriormente, o Decreto nº 2.208/1997 – que torna a educação profissional um subsistema de ensino independente e complementar à educação básica (abolido, em 2004, pelo Decreto nº 5.154) – reforça a noção de competências e a área da saúde absorve tal noção sem muito questionamento.

O Parecer e a Resolução citados acima também explicitam que a definição de

uma organização curricular própria constitui uma prerrogativa das instituições formadoras, desenvolvida no âmbito da sua autonomia. Para isso, cabe às escolas e às instituições de educação profissional a elaboração de um projeto pedagógico e dos respectivos planos de curso como instrumentos concretos para alcançar o perfil profissional desenhado e, ao mesmo tempo, obter o reconhecimento legal para o funcionamento da instituição. Segundo esse parecer – que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico –, os princípios que definem a identidade e a especificidade da educação profissional de nível técnico se referem:

[...] ao desenvolvimento de competências para a laborabilidade, à flexibilidade, à interdisciplinaridade e à contextualização na organização curricular, à identidade dos perfis profissionais de conclusão, à atualização permanente dos cursos e seus currículos, e à autonomia da escola em seu projeto pedagógico. (Brasil, Ministério da Educação, 1999a, p. 33)

Entretanto, em que pese essa autonomia institucional para a definição das suas concepções curriculares, a normativa traz orientações concretas no que se refere tanto à organização curricular mais geral quanto à abordagem metodológica específica a ser desenvolvida em sala de aula, como eixo estruturante do caráter dos cursos. A elaboração dos planos de curso deverá realizar-se *“mediante a transposição didática da matriz referencial de competência, adotando-se a organização curricular modular e uma abordagem metodológica baseada em projetos ou resoluções de problemas”* (Ramos, 2002, p. 148).

Assim sendo, o perfil profissional de conclusão nos cursos de habilitação técnica seria a composição entre as competências básicas adquiridas durante a educação básica (ensino fundamental e médio), as competências profissionais gerais, correspondentes às áreas definidas pelo Conselho Nacional de Educação<sup>18</sup>, e as competências profissionais específicas, características de determinada habilitação (Ramos, 2002, pp.149-150). Portanto, no âmbito da sua autonomia institucional, as instituições formadoras deveriam definir seus planos de curso de forma articulada aos documentos nacionais que orientam a organização curricular: as já citadas Diretrizes

---

<sup>18</sup> A Resolução CNE/CEB nº 4/1999 estabelece vinte áreas profissionais gerais, com suas respectivas cargas horárias mínimas para habilitação. São elas: agropecuária, artes, comércio, comunicação, construção civil, design, geomática, gestão, imagem pessoal, indústria, informática, lazer e desenvolvimento social, meio ambiente, mineração, química, recursos pesqueiros, saúde, telecomunicações, transportes, turismo e hospitalidade. Na área de saúde, a carga horária mínima estabelecida para as habilitações técnicas correspondentes foi fixada em 1.200 horas.

Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico e os Referenciais Curriculares Nacionais correspondentes à área profissional de atuação<sup>19</sup>.

Nesse contexto, a chamada “autonomia” das instituições que oferecem cursos técnicos de nível médio passa a ser um elemento-chave na política de educação profissional, tendo na organização curricular seu centro estratégico. Essas instituições, liberadas da regulação mais estreita que caracteriza o ensino médio regular, são orientadas a rever e atualizar os seus currículos, reestruturando-os, obedecendo as demandas do mundo do trabalho, “[possibilitando] o atendimento das necessidades dos trabalhadores na construção de seus itinerários individuais, que os conduzam a níveis mais elevados de competência para o trabalho” (Brasil, Ministério da Educação, 1999a, p. 29).

No caso de instituições que oferecem formação na área da saúde, os Referenciais Curriculares Nacionais para a Área de Saúde<sup>20</sup>, desenvolvidos em 2000 pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec), do Ministério da Educação, estabelecem que:

O desenvolvimento conceitual, organizativo e operativo da saúde no Brasil, tendo como referência doutrinária a Reforma Sanitária – movimento oriundo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que culminou com a reformulação do Sistema Nacional de Saúde vigente, a partir da institucionalização de um sistema unificado de saúde, o atual Sistema Único de Saúde (SUS), usado como estratégia para a reordenação setorial e institucional – e as tendências do mercado de trabalho em saúde, fornecem indicações gerais relevantes para a educação profissional especialmente voltada para o setor. (Brasil, Ministério da Educação, 2000b, p. 11)

A autonomia se concretiza na exigência legal de elaboração de um projeto político pedagógico (PPP) e dos respectivos planos de curso das habilitações oferecidas por parte das instituições formadoras. Entretanto, a forma concreta que ela adquire no cotidiano destas instituições, pelo menos na área de saúde, revela mediações importantes para avaliar sua real densidade.

---

<sup>19</sup> No caso das instituições que oferecem habilitações técnicas em saúde, esses Referenciais curriculares nacionais desenvolvem matrizes de referência para doze subáreas: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico por imagem em saúde, reabilitação, saúde bucal, saúde visual, saúde e segurança no trabalho e vigilância sanitária.

<sup>20</sup> É importante destacar que, na segunda metade dos anos 1990, o Senac teve participação importante na definição das Diretrizes Curriculares da Educação Profissional em Saúde, tendo participado ativamente, junto com o setor público, na oferta de cursos de enfermagem financiados pelo Profae – o que caracteriza a privatização do espaço público através dos serviços do capital definindo e executando as ações de saúde e de educação. O acompanhamento da política pública e de formação em saúde, associado com as oportunidades de financiamento público, talvez explique essa participação estratégica.

No que tange mais especificamente ao PPP, este se constitui como uma bandeira de luta no campo educacional desde os anos de 1980, na luta por uma escola pública, laica, democrática. Contudo, será a partir da da LDB (Lei nº 9394/96), por meio de seus artigos 12, 13 e 14, que a gestão democrática nas escolas públicas é regulamentada e, com isso, a autonomia se concretiza na exigência legal de elaboração de um PPP – que se institui, a partir de então, como condição necessária para a geração das mudanças institucionais sob a responsabilidade técnica e política dos educadores, bem como um instrumento político de toda a comunidade escolar. Assim, ao trazer para a cena da pesquisa a discussão sobre o PPP, entende-se sua pertinência como instrumento que pode captar a dinâmica de cada escola, a forma como cada unidade escolar vai enfrentando seus desafios, vivenciando seus conflitos, repensando seu “*modo de fazer, de pensar, de sentir, de valorar, de assegurar interesses comuns*” (De Rossi, 2004, p. 85).

O PPP de uma instituição formadora é compreendido como o documento que deve explicitar os fundamentos políticos e filosóficos caros à comunidade escolar, que, portanto, almeja desenvolvê-los por meio de sua prática. Nele estão expostos os valores, os princípios, os pressupostos epistemológicos e didático-metodológicos, pensando-se o processo vivido pela escola em sua totalidade (Veiga, 1998).

Diante da sua dimensão “projetiva”<sup>21</sup>, o projeto político pedagógico pode assumir diversas perspectivas. Assim, numa visão que chamaríamos de mais “pragmática”, o PPP pode ser entendido como um instrumento de trabalho que delinea o que vai ser feito, quando, de que maneira, por quem, para chegar aos resultados esperados (Neves, 1995). Num viés mais “burocrático”, o PPP se converteu num mero documento que viabiliza o cumprimento de exigências legais que propiciam a aprovação de currículos e, conseqüentemente, a abertura de novos cursos. Numa reflexão mais política, se pensa sobre as finalidades da escola, a explicitação de seu papel social, os fundamentos filosóficos e políticos que lhe orientam, os valores que deseja instaurar na formação das distintas gerações.

De Rossi (2004), no entanto, ressalta que o PPP é um documento escrito que se constitui como um instrumento de articulação entre os fins e os meios; considerando o instituído (legislação, currículos, conteúdos, e métodos), é, ao mesmo tempo, instituinte

---

<sup>21</sup> No sentido etimológico do verbo “projetar”, isto é, “lançar-se para frente”: antever um futuro que seja distinto do presente.

da cultura escolar (De Rossi, 2004, p. 32-33). Pode-se concluir, portanto, como explicita Cavagnari (1998), que o PPP é o instrumento que orienta e permite operacionalizar a autonomia da escola. Assim considerado, o PPP necessita estar em permanente construção, definindo a intenção da escola, o tipo de trabalhador que pretende formar, suas características mais importantes e seu perfil profissional.

Na pesquisa realizada ficou claro a partir das análises das entrevistas, que o projeto político pedagógico é considerado como um documento essencial para o funcionamento da escola. Observando as respostas dos dirigentes institucionais em relação à construção dos PPPs, podemos distinguir três grandes grupos: os que foram construídos por um profissional ou consultor especificamente contratado para esse fim; os que foram construídos somente com a participação dos coordenadores de curso e autoridades institucionais; e aqueles que contaram com a participação de toda a comunidade escolar, incluindo docentes, discentes e trabalhadores técnico-administrativos. Nos casos em que foram contratados consultores ou profissionais da área de educação, os entrevistados justificaram essa escolha pelo caráter de exigência que o documento assume, conforme descrito no artigo 12 da LDB.

Nesses depoimentos, o PPP aparece como um documento instrumental e pragmático que, portanto, deve ser escrito por especialistas, principalmente pedagogos, visto que sua elaboração está além das capacidades da comunidade escolar, sobretudo de uma instituição de formação na área da saúde. Nesses casos, parece haver uma relação de exterioridade entre o documento e a instituição de formação, como se o PPP não retratasse o objeto, a forma e o conteúdo de trabalho da mesma.

De outro lado, nos estabelecimentos cujos PPPs foram construídos pelos coordenadores de cursos e autoridades institucionais, as diretrizes curriculares da educação profissional editadas pelo MEC são citadas como base para a elaboração do documento em quase todas as respostas.

Embora a maior parte das instituições pesquisadas afirme possuir um PPP que teria como objetivo a orientação política estratégica da instituição, fornecendo os subsídios para a construção do cotidiano escolar, para algumas instituições, o projeto é tido como mero instrumento de adequação à legislação vigente, visando à necessidade de renovação da autorização para o funcionamento dos cursos técnicos oferecidos. Ou seja, ele é percebido eminentemente como um documento formal, sendo necessário por causa das normas legais que o exigem para cadastro nos respectivos Conselhos de

Educação<sup>22</sup> e para a certificação dos estudantes provenientes dos cursos oferecidos, além da possibilidade de, eventualmente, poder garantir recursos financeiros de algum dos programas federais. Neste contexto, o sentido de construção política coletiva do PPP é subsumido. Dessa forma, podemos dizer que o PPP está inserido, fundamentalmente, na dinâmica pragmática e burocrática destacada anteriormente.

A dimensão política aparece de forma mais evidente nos estabelecimentos onde o PPP foi construído com a participação de toda a comunidade escolar. Nesses casos, mais do que nos outros dois grupos citados acima, observamos que existe uma preocupação das instituições com a sua autonomia, sua identidade e sua estrutura.

Quando indagadas sobre seus planos de curso, as instituições participantes da pesquisa mencionaram formas de elaboração semelhantes àquelas realizadas no processo de construção do PPP, afirmando que os planos de curso, em sua maioria, são elaborados pelas coordenações dos cursos ou por técnicos da área, sem a participação do corpo docente.

É importante esclarecer que os planos de curso fazem parte do PPP, devendo, portanto, ter coerência com este. Neles devem ser explicitados todos os meios de ensino – conteúdos, procedimentos e recursos – a serem utilizados no desenvolvimento dos cursos oferecidos, em razão dos objetivos pretendidos. Há ainda a exigência, de acordo com a Resolução CNE/CEB nº 4/1999 (artigo 10) de que os planos de curso sejam aprovados pelos órgãos competentes – Conselhos Estaduais de Educação e Conselho Nacional de Educação. Para tanto, o MEC fornece um modelo de documento para a elaboração de um plano de curso, que deve atender a determinados procedimentos e protocolos, enfatizando a necessidade de que os títulos especificados no plano sejam exatamente iguais aos títulos disponíveis no sistema do cadastro nacional. O documento deve conter, necessariamente, os seguintes itens: justificativa e objetivos; requisitos de acesso; perfil profissional de conclusão; organização curricular; critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores; critérios de avaliação; instalações e equipamentos; pessoal docente e técnico; e certificados e diplomas.

Essa estratégia de elaboração de planos de cursos – elaborados pelas coordenações dos cursos ou por técnicos da área, sem a participação do corpo docente –

---

<sup>22</sup> Os Conselhos de Educação apresentam múltiplas funções: consultivas, de assessoramento, mas, a mais relevante se refere à sua face normativa (Cury, 2006). No Brasil, os Conselhos Estaduais de Educação são responsáveis por aprovar os cursos de educação de nível médio, visto este nível de educação está sob a responsabilidade do estado. Neste sentido, os cursos de educação profissional - que no Brasil são de nível médio - devem ter aprovação dos respectivos Conselhos.

pode evidenciar um descompasso entre a coordenação e o corpo docente. Na análise de Connel (1995), a fragmentação entre os que formulam e os que executam o cotidiano pedagógico é fruto da desqualificação do trabalho docente que se reflete no âmbito mais amplo das políticas públicas. Reverberando para o interior das instituições educativas, esta concepção sobre o trabalho docente tem como fio condutor a instituição da tecnocracia, em que o profissionalismo docente está subsumido, cada vez mais, a sistemas de controle indireto.

Além disso, alguns relatos remetem à preocupação das escolas de estarem em consonância com as normas estabelecidas pelas mantenedoras e pelos órgãos reguladores da educação.

Pudemos observar ainda que em algumas instituições, onde a integração dos conteúdos curriculares é algo mais recente, parece haver uma divisão do trabalho segundo os campos de conhecimento característicos. De um lado, o saber pedagógico, representado pela coordenação pedagógica; de outro, o saber da saúde, definido pela especificidade profissional do curso. Ou seja, na hora de definir o currículo, uns ficam com a “parte” da educação e outros, com a “parte” da saúde. Nesses casos, o plano de curso surge por agregação de saberes específicos, tendendo a uma fragmentação (na compreensão do trabalho e do conhecimento) que, provavelmente, também se traduz no cotidiano da sala de aula.

O mercado de trabalho é outro componente levado em conta quando se pensa na elaboração do plano de curso: acompanhar suas tendências, observar suas demandas, considerar a incorporação de novas tecnologias. Assim, a presença do mercado de trabalho é uma recorrência determinante nos discursos dos dirigentes das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde.

A mesma tendência de tomar o mercado de trabalho como referência para a elaboração do plano de curso é constatada em relação à construção do **perfil do trabalhador que as instituições querem formar**. Como citado anteriormente, a Resolução CNE/CEB nº 4/1999<sup>23</sup> coloca os conceitos de laborabilidade e flexibilidade como princípios norteadores da educação profissional de nível técnico, assim como define os critérios para a organização e o planejamento de cursos: atendimento às demandas do mercado e conciliação entre as demandas identificadas com a vocação e a

---

<sup>23</sup> A mesma resolução definiu também um mínimo de 1.200 horas para qualquer habilitação técnica da área de saúde, bem como listou vinte competências gerais que conformam o perfil de formação dos trabalhadores técnicos de saúde (Brasil, Ministério da Educação, 1999b).

capacidade institucional da escola. Tais delineamentos influenciam diretamente na definição do perfil do trabalhador, pressupondo uma almejada polivalência profissional, que se reflete na fala dos dirigentes institucionais entrevistados.

O modelo de competências para a laboralidade como princípio norteador enfatiza a mobilização dos saberes técnicos para o enfrentamento e a resolução dos problemas nos locais de trabalho, visando à maior produtividade com qualidade. Essas competências implicam, assim, não só (e não principalmente) o conhecimento, mas também habilidades e valores que as ponham em ato. Como analisado anteriormente, esta noção é o ressurgimento dos elementos básicos da teoria do capital humano, em que dimensões cognitivas (conhecimento abstrato), valores, atitudes, comportamentos, ou seja, uma miríade de características psicossociais e de participação com maior subordinação são exigidas do trabalhador – destituído de sua dimensão coletiva e reificado como indivíduo competitivo (Frigotto, 1995). Essa concepção também transparece nas entrevistas, quando se pergunta sobre o perfil do egresso.

O conceito de laboralidade está intimamente ligado ao de empregabilidade, que pode ser definido como a capacidade do indivíduo de manter-se empregado, responsabilizando-o por sua inserção no mercado de trabalho e pela manutenção de seu posto de trabalho. Sendo assim, um dos objetivos da educação profissional passa a ser o de tornar o indivíduo “empregável”, ou seja, proporcionar a adaptação dos trabalhadores às instabilidades do mundo do trabalho. Este conceito aparece nos depoimentos como um aspecto a ser valorizado pelas escolas em seus currículos. Nesse sentido, alguns entrevistados enfatizam que seus cursos proporcionam uma inserção direta do estudante no mercado de trabalho.

Os depoimentos explicitam ainda que, conforme as orientações da política de educação profissional e tecnológica do MEC, as necessidades do mercado e as possibilidades de laboralidade são centrais para o processo educativo, fortemente embasado na aquisição do conhecimento prático, instrumental, de forma a adaptá-lo e, ao mesmo tempo, tornar o trabalhador adaptável às condições existentes.

Verificamos ainda que poucos dirigentes entrevistados relacionam o perfil do trabalhador com as necessidades do SUS. Por outra parte, quando indagadas sobre o mercado de trabalho da localidade e/ou região, a maioria das instituições se refere ao mercado privado da saúde, sobretudo para algumas habilitações nas quais a demanda por técnicos se concentra fortemente nesse setor.

Em alguns casos, os entrevistados fazem menção à política de saúde aliada ao discurso da formação cidadã, mas é a formação técnica de caráter instrumental que prevalece na escolha dos conteúdos que são enfatizados na formação do trabalhador.

Pelo exposto, ao analisarmos as diretrizes que determinam a concepção e a construção do projeto político pedagógico, dos planos de curso e do perfil dos trabalhadores técnicos em saúde, fica explícito que as escolas vêm seguindo as orientações preconizadas pela política nacional de educação profissional e tecnológica, sem ir muito além do caráter prescritivo e normativo instituído pela legislação. Assim, a formação oferecida a esses trabalhadores, caracterizada principalmente pela instrumentalidade e pela fragmentação, acaba por comprometer a apropriação integral não só das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, apresentadas muitas vezes de forma descolada de seus fundamentos científicos e sociais, como também, e principalmente, o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção no sistema público de saúde e os determinantes sociais da sua atuação profissional.

### Capítulo III

## LA EDUCACION PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES TECNICOS DE LA SALUD EN LA ARGENTINA<sup>24</sup>

### III.1. Antecedentes

#### III.1.1 La gestión de la investigación: articulación intersectorial y con el MERCOSUR

Los antecedentes del presente trabajo se remontan a noviembre de 2008 cuando Argentina participó en el Seminario Internacional sobre “Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en Brasil y en el MERCOSUR”, en el encuentro organizado por la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPJV) en Río de Janeiro. Allí se debatió sobre las características, obstáculos y posibilidades de la educación técnica en salud en los países miembros del bloque en el proceso de integración regional:

“La problemática de la formación de trabajadores técnicos de la salud, considerada en el ámbito de los procesos de integración regional, condensa elementos clave tanto en lo que respecta a la regulación de las relaciones de trabajo como en lo que se refiere a las políticas de educación y se relaciona, directamente, con los principios y características de las políticas nacionales y regionales de la salud. Así, constituye un aspecto central para la realización de la meta de libre circulación de trabajadores y personas. En este contexto, las políticas públicas de los países miembros del MERCOSUR para la formación de trabajadores de la salud, comienzan a confrontarse con las demandas y los problemas del propio proceso de integración supranacional”. (1)

En esta línea, la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio de la Fundación Oswaldo Cruz<sup>25</sup> había iniciado un relevamiento de las instituciones formadoras de ese país y promovió un estudio a nivel subregional con el objetivo de aportar evidencias al trabajo de la Sub Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del Sub Grupo de Trabajo 11 (SGT11), cuyo mandato se funda en trabajar sobre las asimetrías de los Estados Parte para alcanzar la meta de libre circulación en el año 2015. Dado que no existe una definición unívoca en la región de los “profesionales técnicos de la salud”, debido a que el carácter de técnico y de profesional se relacionan con el desarrollo histórico de los sistemas educativos nacionales y las condiciones del trabajo en cada

---

<sup>24</sup> Este capítulo fue elaborado por el equipo de investigación de Argentina, cuya composición consta en el capítulo I.

<sup>25</sup> La Escuela Politécnica Joaquim Venâncio es centro colaborador de la OMS para la educación de técnicos de salud y secretaria ejecutiva de la RETS (Red de Técnicos en Salud).

sistema de salud, los Estados Parte se comprometieron a desarrollar la investigación en cada uno de ellos.

En Argentina, esta iniciativa fue promovida por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, punto focal del SGT11, en la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, que convocó a los referentes de diversas unidades organizativas del Ministerio de Educación para participar en una investigación colaborativa que produjera el mapa de la formación de técnicos en salud en el país.

En junio de 2010, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Salud Investiga acuerda apoyar el proyecto mediante un Estudio Colaborativo Multicéntrico para el año 2011/2013, que fue coordinado por la Lic. Graciela Laplacette del Instituto de Investigaciones en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, y contó con un equipo de investigación conformado por becarios/as de este instituto, de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, del Programa Nacional Mapa Educativo, Ministerio de Educación de la Nación; la Secretaría de Políticas Universitarias, Departamento de Información Universitaria, Ministerio de Educación de la Nación; y la Dirección Provincial de Coordinación de Proyectos, Ministerio de Salud provincia de Santa Fe.

Los responsables del Instituto de Investigaciones en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, la responsable de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación y del Instituto Nacional de Educación Tecnológica y del Mapa Educativo del Ministerio de Educación; se reunieron con el equipo de Brasil, coordinado por la Dra. Marcela Pronko y trabajaron sobre la estructura del proyecto de investigación, "La educación profesional de salud en Brasil y en los países del MERCOSUR: perspectivas y límites para la formación integral de trabajadores con vista a los desafíos de las políticas de salud". (2)

El análisis del protocolo diseñado por Brasil y los resultados preliminares permitieron analizar y discutir acerca de los aspectos metodológicos y operativos para la propuesta de adecuación local del estudio.

En agosto de 2011, integrantes del equipo de investigación de Argentina participaron de un Taller en la Escuela Politécnica de Salud, en donde se discutieron los avances del estudio regional y apoyaron a las delegaciones de Paraguay y Uruguay en el desarrollo de sus proyectos nacionales.

Para la investigación local se contó con la colaboración del Instituto Nacional de Educación Tecnológica. INET. Ministerio de Educación de la Nación. Instituto Nacional de Formación Docente. INFOD. Ministerio de Educación de la Nación. Dirección de Capacitación de Técnicos de la Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. Dirección General de Docencia e Investigación. Dirección de Capacitación en Salud. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **III.1.2 Antecedentes de la presente investigación**

La formación técnica en salud nace en este sector, desde el empirismo hasta alcanzar la formación técnico profesional a través de los años y de las normativas institucionales que ambos sectores, salud y educación, fueron dictando, impulsados por los vertiginosos avances de la tecnología y la presión del mercado de trabajo. Sobrevila (3), considera que “la educación técnica sistemática en la Argentina” se inicia en 1871 en el Departamento Agronómico anexo al Colegio Nacional de Salta y en el Departamento de Minería de los Colegios Nacionales de San Juan y Catamarca. La formación técnica en salud, hasta la entrada en vigencia de la Ley Federal de Educación, no constituye una preocupación para el sector educativo y fue configurando su historia en el campo de las instituciones de salud en paralelo a la educación técnica que se desarrolló fundamentalmente ligada a las artes y oficios.

Las principales transformaciones en la formación de los técnicos en salud se produjeron durante el siglo XX, en la década del noventa:

“A comienzos de la década de los noventa, se produce una primera gran decisión que afecta estructuralmente el funcionamiento del sistema: la descentralización de la administración de la totalidad de los servicios de formación técnico-profesional al nivel de los Estados provinciales.

El sistema argentino era mixto y en él convivían instituciones administradas de forma centralizada por el Estado nacional con instituciones provinciales (El sistema institucional era complejo y variado. El peso de los establecimientos nacionales en el total de las instituciones del sistema de ETP hacia fines de la década de los ochenta era prácticamente del 50%).

La hegemonía del sistema descansaba en la red nacional que operaba como modelo de referencia para la organización de los servicios provinciales y privados. Entre los años 1991-93 el Estado nacional transfiere a los veinticuatro estados provinciales la administración y sostenimiento de la totalidad de los servicios.

Este rápido proceso de descentralización financiera y administrativa -que involucró no sólo a la formación técnico-profesional sino a la totalidad de los servicios educativos de nivel primario, secundario y terciario no universitario- puso al descubierto la desigual distribución de las capacidades de gobierno del sistema por parte de los gobiernos provinciales. La debilidad de muchos de ellos en la gestión de políticas para el área de la formación

técnico-profesional y la sobrecarga de problemas por la complejidad de los sistemas educativos provinciales produjo un fuerte estado de incertidumbre que, en términos generales, condujo al desarrollo de políticas defensivas y a una centralización de las decisiones al nivel de las administraciones provinciales.

La transferencia de los servicios educativos produce, además, una fuerte tendencia a la complejidad de los procesos de elaboración e implantación de las políticas de formación técnico profesional. El modelo de toma de decisiones que reconocía como centro al Consejo Nacional de Educación Técnica (CONET), que generaba políticas que impactaban en la red de instituciones que administraba e indirectamente influían en el resto del sistema, se desarticula. Las políticas nacionales del área deben ser ahora elaboradas a través de complejos procesos de concertación entre el gobierno nacional y entre veinticuatro gobiernos provinciales. En 1995 el CONET es reemplazado por el INET (Instituto Nacional de Educación Tecnológica). Desde su creación, el INET tiene por función la elaboración e implantación de políticas de nivel federal para el área de la educación tecnológica y la ETP así como la organización de programas nacionales de mejoramiento e innovación en áreas definidas como priorizadas.

Los ámbitos provinciales comienzan a definirse como escenarios de conflicto y debate, tanto por parte de los actores del propio sistema institucional (docentes, directivos, padres y estudiantes), como por parte de otros actores sociales. La descentralización educativa expone que cada provincia formule una oferta educativa diferente, orientada a determinados perfiles de técnicos más relacionados a las fuerzas del mercado.

Comienzan también a definirse nuevos conflictos y debates en torno a la relación entre las políticas nacionales y las decisiones provinciales. Por otra parte la voluntad de abrir el proceso de elaboración e implantación de políticas para incorporar a los sectores empresariales, sindicales y a otros actores locales, introduce nuevas complejidades que resultan difíciles de gestionar, entre otras causas, debido a la debilidad de los espacios y mecanismos de comunicación y participación existentes, en los distintos niveles, entre el mundo de la producción y el sistema de formación técnico-profesional.

El último rasgo es el de la transformación de la estructura de ciclos y niveles del sistema educativo y la renovación curricular que se producen a partir de la sanción de la Ley Federal de Educación, en 1993. En relación con el área de la formación, la implantación de esta ley replantea las relaciones existentes entre la educación general y la formación técnico-profesional a partir de una hipótesis de convergencia y articulación entre ambas. En los años noventa, entonces, se transforma radicalmente el contexto en el que se formulan e implementan las políticas de formación: se alteran los ámbitos y niveles en que se distribuyen y elaboran las decisiones; se incorpora una mayor diversidad de actores que asumen nuevas funciones en escenarios poco definidos y consolidados; se procesan –con escasos recursos– nuevos temas de agenda. Es un período en el que se produce una rápida modificación de las reglas del juego que deja a los actores en un estado de fuerte desconcierto, con pocos recursos, y enfrentados a la necesidad de aprender a jugar con las nuevas reglas.

Entre 2005 y 2006 se sancionan las Leyes de Educación Técnico Profesional (26.058) y de Educación Nacional (26.206), lo cual constituye un avance en el reordenamiento de la educación técnica.

La ley 26.058 tiene por objeto regular y ordenar la Educación Técnico Profesional en el nivel medio y superior no universitario del Sistema

Educativo Nacional y la Formación Profesional (artículo 1º). La ley expresa como uno de sus fines y objetivos estructurar una política nacional y federal, integral, jerarquizada y armónica en la consolidación de la Educación Técnico Profesional (artículo 6º). La formación profesional es definida como el conjunto de acciones cuyo propósito es la formación socio-laboral para y en el trabajo, dirigida tanto a la adquisición y mejora de las cualificaciones como a la recualificación de los trabajadores, y que permite compatibilizar la promoción social, profesional y personal con la productividad de la economía nacional, regional y local. También incluye la especialización y profundización de conocimientos y capacidades en los niveles superiores de la educación formal (artículo 17). Los planes de estudio de la Educación Técnico Profesional de nivel medio, tendrán una duración mínima de seis (6) años. Estos se estructurarán según los criterios organizativos adoptados por cada jurisdicción y resguardando la calidad de tal Servicio Educativo Profesionalizante (artículo 24º)"<sup>26</sup>.

Desde esta reestructuración del sistema, la evolución del sector de formación técnico profesional puede verse como el resultado de la acumulación histórica de decisiones y estrategias adaptativas producidas en distintos sectores sin un marco que les otorgue consistencia, donde un conjunto muy heterogéneo de instituciones fueron, además, afectadas por el impacto de un sostenido proceso de desinversión en recursos físicos, humanos y de gestión.

Cabe destacar que en el sistema educativo, la formación técnica en salud corresponde al nivel "educación superior" y se lleva a cabo en instituciones terciarias y universitarias de educación técnico profesional de pregrado y grado. Esta fragmentación complejiza el abordaje de un campo atravesado por múltiples determinaciones: históricas, pedagógicas y normativas, entre otras.

Mientras que las instituciones universitarias gozan de autonomía en lo administrativo y en lo académico, los institutos terciarios son supervisados por los Ministerios de Educación de cada jurisdicción provincial, en ocasiones en conjunto con el de Salud. Además, ambos niveles formativos poseen instituciones que pertenecen al ámbito público y privado.

El nivel superior no universitario ha estado dominado por una tradición de organización institucional que implica más una lógica de continuación de los niveles previos de escolarización que la adopción de una modalidad de estudios de nivel superior (3). En relación con los procesos de Evaluación y Acreditación que establece la

---

<sup>3</sup>Documento del Plan de Mejora de la Calidad de Instituciones Formadoras de Técnicos en Salud. Disponible en:

[http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formacion/2-2-A-plan-mejoras.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/2-2-A-plan-mejoras.pdf)

Ley de Educación Superior, se registra una dispar situación en los dos niveles de educación superior.

### **III.1.3 Otros antecedentes considerados**

El Estudio Colaborativo Multicéntrico sobre la Situación de las Escuelas de Enfermería Terciarias No Universitarias. 2007 (5), tuvo como objetivo conocer las condiciones en que se realiza la formación de enfermeros en las Escuelas de Enfermería Terciarias no Universitarias de la República Argentina.

La investigación utilizó diferentes técnicas de investigación para caracterizar a las instituciones formadoras desde la perspectiva de directivos, docentes y alumnos y diversos aspectos de la estructura de las propuestas curriculares y sus prácticas.

Los problemas que reconoce se refieren a:

1. No se registran estudios sistemáticos integrales que permitan profundizar el conocimiento de la situación actual de las instituciones formativas.
2. "La dificultad en conocer efectivamente la cantidad del recurso humano de Enfermería en el país ya que se manejan cifras que son proyecciones del catastro nacional de recursos humanos en salud realizado en 1980 (CANARESA) (1)".
3. "No se conoce la situación actual de las Escuelas Terciarias no Universitarias de la República Argentina. Algunas, sobre todo en la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se encuentran adscriptas a Universidades Nacionales (Escuela de Enfermería de Hospital Británico, Alemán). Otras se han incorporado a Institutos Universitarios (Escuela de Enfermería Hospital Italiano, CEMIC) y en el interior la Escuela de Enfermería del Sanatorio Adventista del Plata, pertenece a la Universidad del mismo nombre".

Albergucci (6), en el contexto de finales de la década del 90, examina los lineamientos de la educación técnica en general del nivel medio y la articulación entre el sistema educativo y el mundo del trabajo, a partir de la Ley Federal de Educación N° 24.195/93. Analiza la propuesta pedagógica de los trayectos técnico-profesionales, la organización curricular y la organización institucional. Una nueva educación para el trabajo pone en consideración una formación profesionalizante, abierta, flexible, permanente e integral. La educación técnico-profesional deberá responder a una integración a nivel nacional y regional (MERCOSUR).

La problemática, dimensiones y tendencias de la educación superior técnica universitaria ha sido afrontada por diferentes autores en una publicación nacional de fines de la década del 90 (7), que presenta la relación entre la expansión creciente de la formación y los requerimientos laborales, en un análisis cuantitativo de la enseñanza, la orientación de la oferta curricular y el régimen legal del ejercicio profesional.

Se señala que la diversidad de programas de formación profesional de corta duración, responden de forma flexible a los cambios del mercado laboral en consonancia con las necesidades de diversificación y desarrollo económico y social.

Recientemente Einisman (8) ha presentado una sistematización conceptual y metodológica del mapa de situación de los técnicos en salud en Argentina. Ha señalado la falta de estudios estadísticos que describan la situación, y la necesidad de comenzar a proyectar la cantidad y distribución geográfica de las instituciones formadoras y los profesionales. Propone que los cambios en el sector y el impacto de los mismos deben abordar la problemática de "invisibilidad" de los técnicos en salud dentro de los servicios y el sistema sanitario.

### **III.2. Justificación**

En Argentina, la ausencia de un panorama sobre la formación de los técnicos en salud y la importancia de contar con un conocimiento cierto sobre las carreras, títulos, matrículas y otros aspectos vinculados con esta formación, fundamentó la realización de este estudio.

La investigación integra un estudio subregional promovido por Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio de la Fundación Oswaldo Cruz con el objetivo de aportar evidencias a la tarea de la Sub Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del Sub Grupo de Trabajo 11, que orienta sus esfuerzos para armonizar las asimetrías en la materia entre los Estados Parte del MERCOSUR, orientado a alcanzar la meta de libre circulación en el año 2015.

### **III. 3. Síntesis Histórica**

La formación de los técnicos en salud en Argentina tuvo sus inicios vinculada a las instituciones sanitarias. La profesión que, por excelencia, se reconoce como pionera de la formación técnica es Enfermería. En sus comienzos, era la enfermera quien realizaba las tareas de instrumentación quirúrgica, auxiliaba en el laboratorio y en la anestesia, así como en otras funciones para las cuales hoy existen formaciones

específicas. En la Resolución del Ministerio de Salud 6624/53, el Ministro Carrillo dispone la creación de una escuela de Enfermería en cada hospital dependiente de la cartera de salud, que estaría bajo las directivas de la Dirección General de Enseñanza Técnica e Investigación Científica de ese ministerio. A fines de los años 50, luego de la disolución de la Escuela de Enfermería Eva Perón, comienza la formalización de las restantes carreras técnicas, pero aún dependiendo del sistema de salud<sup>27</sup>.

Progresivamente, la formación técnica fue consolidándose en el nivel terciario. Si bien persistió la formación de auxiliares con escolaridad primaria, con cursos de duración de no más de un año, en el sistema de salud los "técnicos" comenzaron a estar ligados a la educación superior. Sin embargo, durante muchos años la responsabilidad por la regulación de estos trayectos formativos quedó bajo la órbita del sector salud, excepto por la formación universitaria de Enfermería que fue adquiriendo mayor afianzamiento en esas casas de estudio.

Con la Ley Federal de Educación (Ley 24.195/93) se consolidan las responsabilidades de la cartera educativa en la formación de técnicos en salud, al incluir a las instituciones formadoras de los mismos dentro de la estructura del Sistema Educativo Nacional. En la década del 90 también se produce una expansión de las instituciones de formación de técnicos de salud, impulsada por el sector privado en el marco del modelo de mercado vigente.

En 2005, con la Ley 26.058 de Educación Técnico Profesional se definen las características de los diferentes niveles de la formación y las carreras debieron ajustarse a sus prescripciones. Es así como en los últimos años se produjo un incremento de instituciones formadoras de técnicos en salud en todo el país que, producto de la descentralización, reviste características diferentes en cada jurisdicción. Producto de ello, la oferta educativa es heterogénea y se concentra, como el resto de la oferta, en los grandes centros urbanos.

De la misma manera, la implementación de la Ley de Educación Técnica adquiere características especiales en un sector en el que las instituciones formadoras se desarrollaron en el sector salud y que a partir de la reglamentación de dicha ley deben

---

<sup>27</sup> En un informe producido por el Director Nacional de Enseñanza Técnica del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Dr. Miguel A. Gambin, en 1957, se da cuenta que los cursos dictados ese año en el ámbito de las escuelas de los hospitales son: Enfermera, Enfermeras Instrumentadoras, Instructoras de Enfermería, Auxiliares de Hemoterapia, Auxiliares de Laboratorio Clínico, Auxiliares de Psiquiatría, Auxiliares de Radiología, Auxiliares de Audiología, Prótesis Dental para Sordomudos, Curso de Especialización para graduados en Gastroenterología.

pasar a ser reguladas por el sector educación y cumplimentar, en consecuencia, los requisitos establecidos en la misma para obtener la validez nacional de los títulos, lo que permitirá la circulación de los trabajadores de una provincia a otra. Dada la complejidad de los procesos de esta transición, algunas instituciones formadoras han tenido mayores dificultades para encuadrarse en esta normativa.

Por otra parte, atendiendo a que las particularidades del trabajo en el sector salud requieren de un control del ejercicio profesional que establezca habilitación y responsabilidades de los que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención, es incumbencia de la autoridad sanitaria evaluar los perfiles de los técnicos de salud respecto de su campo de trabajo y otorgarles la matrícula profesional correspondiente. La multiplicidad de formaciones y titulaciones plantea un desafío a los ministerios de salud provinciales cuando los egresados de carreras que se apartan de las formaciones profesionales tradicionales solicitan su matrícula o su inserción en determinados ámbitos laborales.

La ausencia de un panorama respecto de la formación de los técnicos en salud y la importancia de contar con un conocimiento cierto sobre las carreras, títulos, matrículas y otros aspectos vinculados con esta formación, fundamentó la realización de este estudio que tuvo como objetivo: “describir y analizar la situación y las características de la educación profesional de los trabajadores técnicos de salud del nivel superior terciario y universitario en la Argentina durante el período 2010-2011”.

#### **III.4. Organización del Sistema Educativo Argentino**

El Estado nacional junto con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, son los responsables de planificar, organizar, supervisar y financiar el sistema educativo nacional; debiendo garantizar el acceso a la educación en todos los niveles y modalidades, creando y administrando establecimientos educativos de gestión estatal. A su vez, el Estado nacional es responsable de crear y financiar a las Universidades Nacionales.

El sistema educativo argentino es el conjunto organizado de servicios y acciones educativas reguladas por el Estado, que posibilitan el ejercicio del derecho a la educación. Está integrado por servicios educativos de gestión estatal y privada, gestión cooperativa y gestión social.

La estructura del sistema educativo se encuentra en un proceso de **unificación** en todo el país asegurando su ordenamiento y cohesión, la organización y la articulación de los niveles y modalidades de la educación y la validez nacional de los títulos y certificados que se expidan

La educación es obligatoria desde la edad de cinco años y hasta la finalización de la escuela secundaria.

La estructura del Sistema Educativo comprende **cuatro niveles** (Educación Inicial, Educación Primaria, Educación Secundaria y Educación Superior) y **ocho modalidades** (Educación Técnico Profesional, Educación Artística, Educación Especial, Educación Permanente de Jóvenes y Adultos, Educación Rural, Educación Intercultural Bilingüe, Educación en Contextos de Privación de Libertad, Educación Domiciliaria y Hospitalaria).

El marco normativo que regula la formación está conformado por:

la Ley de Educación Nacional N° 26.206,

la Ley Nacional de Educación Superior N° 24.521 y

la Ley de Educación Técnico Profesional N° 26.058

La reciente Disposición 1/10 DNGU regula el pregrado universitario.

La **Educación Técnico Profesional** es la modalidad de la Educación Secundaria y la Educación Superior responsable de la formación de técnicos medios y técnicos superiores en áreas ocupacionales específicas y de la formación profesional.

El nivel de **Educación Superior** comprende a las Universidades e Institutos Universitarios (estatales o privados autorizados) y a los Institutos de Educación Superior de jurisdicción nacional, provincial o de la Ciudad de Buenos Aires de gestión estatal o privada.

La formación técnica en salud corresponde al nivel de Educación Superior y se lleva a cabo en instituciones terciarias y universitarias de educación técnico profesional de pregrado y grado. Esta fragmentación complejiza el abordaje de un campo atravesado por múltiples determinaciones: históricas, pedagógicas y normativas, entre otras.

Mientras que las instituciones universitarias gozan de autonomía en lo administrativo y en lo académico, los institutos terciarios son supervisados por los Ministerios de Educación de cada jurisdicción provincial, en ocasiones en conjunto con el de Salud.

### **Acerca del ejercicio profesional**

La situación de los técnicos en salud en la República Argentina presenta como un primer problema, la inexistencia de datos porque no existe un registro exhaustivo de los mismos. Se observa que para una misma formación de técnicos, existe una diferencia de titulación por las diferentes denominaciones que poseen los títulos. Asimismo, técnicos con el mismo nombre pero con formaciones diferentes (4).

En Argentina, la habilitación de ejercicio profesional de los técnicos está ligada a los procesos de educación formal: los que poseen título de educación superior, son matriculados como "técnicos", en tanto los que cuentan con formación técnica media o formación profesional de 900 horas, para las que hasta la Ley de Educación Nacional se exigía sólo escolaridad primaria, son matriculados como "auxiliares". Esta última categoría no es reconocida por el sistema de salud como "técnica", incluso en las carreras sanitarias se la considera ligada al escalafón de servicios generales.

Dada la conformación federal del sistema de salud, la regulación del ejercicio profesional se encuentra en la órbita provincial. Ello ha determinado que existan múltiples registros de las matrículas de técnicos. El Ministerio de Salud de la Nación avanza en el desarrollo de una Red Federal de Registros de Profesionales de Salud que es alimentada por cada provincia y que se soporta en un sistema de información web (SISA- Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino<sup>28</sup>).

Se registran en el país (habilitadas para el ejercicio)<sup>29</sup> 120 tecnicaturas que podrían agruparse en 22 profesiones de referencia o ramas de actividad. Las tecnicaturas que se dictan en las 24 provincias son Enfermería, Instrumentación Quirúrgica, Laboratorio y Radiología<sup>30</sup>. En muchas provincias, la matrícula responde a la denominación de la titulación, existiendo en ocasiones más de una matrícula provincial para un mismo perfil laboral.

En el caso de los técnicos, en la mayoría de las jurisdicciones, la matrícula la otorga la autoridad sanitaria. El problema que se enfrenta es la organización del campo de formación y la articulación con el campo laboral: la autorización para la creación de instituciones formadoras y de nuevas carreras del nivel superior no universitario es responsabilidad del Ministerio de Educación provincial, que luego tramita la validez nacional de los títulos. En tanto, la habilitación para el ejercicio profesional (matrícula)

---

<sup>28</sup><https://SISA.msal.gov.ar/SISA/>

<sup>29</sup>La habilitación para el ejercicio profesional se ejerce a partir de la obtención de la matrícula nacional o provincial otorgada por los Ministerios de Salud.

<sup>30</sup> Información proporcionada por la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios (Sistema de Información Sanitario Argentino, septiembre de 2011).

es competencia del Ministerio de Salud de cada jurisdicción, que puede o no delegarla en los Colegios de Ley. Por otra parte, en el nivel superior universitario, las carreras técnicas o de pregrado son creadas en el marco de la autonomía universitaria y pertenecen a la órbita del Ministerio de Educación de la Nación, las cuales no contaban con regulación específica hasta hace dos años.

En ocasiones, la falta de articulación de ambas carteras de gobierno entre los distintos niveles jurisdiccionales profundiza la dispersión de la formación y la aparición de perfiles que luego no encuentran una inserción laboral en el sector, con la consiguiente dispersión de recursos y frustración de los estudiantes.

### **III.5. Objetivos**

#### **Generales**

- Describir y analizar la situación y las características de la educación profesional de los trabajadores técnicos de salud del nivel superior terciario y universitario en la Argentina durante el período 2010-2011.
- Describir y analizar las características de la educación profesional de las instituciones del nivel superior terciario y universitario que forman a los trabajadores técnicos de salud de las carreras de Enfermería, Radiología, Hemoterapia y Laboratorio en la Argentina, y su relación con la inserción en los procesos de trabajo del sistema de salud, desde una perspectiva cualitativa, durante el período 2012-2013.

#### **Específicos**

1. Identificar el número y la distribución geográfica de las instituciones formadoras, carreras (tipos y modalidades), habilitaciones profesionales, matrícula y egresados de la formación de los técnicos en salud.
2. Describir las principales características de la estructura administrativa, la infraestructura (equipamiento) de las instituciones formadoras de técnicos en salud.
3. Describir algunas características de la estructura y organización curricular de las carreras que forman técnicos en salud.
4. Detectar las estrategias didáctico-pedagógicas utilizadas por las instituciones y su adecuación al perfil profesional y los marcos de referencia.

5. Identificar los criterios de las instituciones para la selección de las carreras que se dictan de acuerdo con las necesidades profesionales y laborales de los servicios y del sistema de salud.
6. Conocer la adecuación de los planes de estudios a los documentos base de las tecnicaturas de salud seleccionadas y la traducción de estos lineamientos en la formación teórico-práctica.
7. Describir el perfil formativo de los estudiantes de las carreras seleccionadas que forman técnicos de la salud.

### **III.6. Metodología**

El estudio se ha diseñado con una fase cuantitativa inicial y una cualitativa posterior. La primera fase se ha finalizado y la segunda se encuentra en la etapa de análisis de los datos.

En la primera fase se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, con una estrategia cuantitativa de recolección de datos y de análisis de la información.

El universo de esta investigación fueron las instituciones de nivel terciario y universitario de la Argentina, de gestión pública o privada, dependientes del Ministerio de Educación o del Ministerio de Salud del ámbito nacional o provincial<sup>31</sup> en las que se desarrollan carreras de formación para técnicos de la salud.

Las unidades de análisis son las carreras que forman técnicos en salud y las instituciones formadoras relevadas en las fuentes de datos secundarias, del nivel superior terciario (institutos terciarios) y universitario (institutos y universidades) formadoras de técnicos en salud, dependientes del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud del ámbito nacional y provincial, de gestión pública y privada. Se

---

<sup>31</sup> A partir de la Ley de Educación Técnica (2005) se registran un pequeño número de Instituciones que se encuentran en la estructura organizacional de Ministerios de Salud. Sin embargo, podrían denominarse "dependencias compartidas" dado que Salud es responsable de promover recursos edilicios y materiales, promover los cargos específicos y designar al personal de acuerdo con la estructura y necesidades, asesorar respecto de la creación de carreras en relación con las necesidades sanitarias y Educación es competente en aprobar, supervisar y evaluar los proyectos y actividades en sus aspectos académicos, ejercer coordinación pedagógica, otorgar títulos y certificados de estudio. Se pueden citar los casos de la Escuela Superior de Salud Pública de Chaco (MSP y M.E.C.C. y T. DECRETO N° 2298/98) la Escuela de Sanidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, como ejemplos de esta situación.

excluyeron las carreras que forman técnicos en salud del nivel medio y a los auxiliares (por ejemplo, auxiliares de Enfermería).

La población accesible se constituyó con todas las instituciones (institutos terciarios, institutos y universidades) de la Argentina donde se cursan carreras del nivel superior terciario y universitario formadoras de técnicos en salud, dependientes del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud del ámbito nacional y provincial, de gestión pública y privada que estuviesen relevadas en las fuentes de datos secundarias utilizadas:

- Base de datos elaborada por la Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE). Mapa Educativo Nacional, Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Relevamiento anual 2010. Educación Superior.
- Base de datos del Departamento de Información Universitaria (ex Coordinación de Investigaciones e Información Estadística). Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Relevamiento año 2010.
- Lista de instituciones dependientes de los ministerios de salud provinciales / nacionales. Los ministerios de salud aportaron los listados que poseen de instituciones formadoras de técnicos que fueron chequeados e incorporados a las bases existentes del Ministerio de Educación.
- Base de datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino del Ministerio de Salud de la Nación (SISA).

A partir del análisis de estas fuentes de datos secundarias (Relevamientos anuales 2010 realizados por PNME y DIU) se generó un producto unificado, es decir, una nueva base de datos con información proveniente de las instituciones de nivel superior no universitario y universitario, formadoras de técnicos en salud de la Argentina. Esta base de datos unificada 2010 se convirtió en una fuente de datos sobre la cual se estableció el análisis de resultados de esta investigación. Se tomó como base el relevamiento del año 2010 ya que, al momento del estudio, la información estaba relevada en forma completa para ese año.

La construcción de esta nueva base se hizo a partir del contacto directo de los becarios con las instituciones que permitió actualizar la información disponible. Por

otro lado, generó también un nuevo sistema de categorías para poder comparar la información proveniente de las bases originales. La información contenida en esta base de datos permitió realizar la selección de instituciones que se incluyen en esta investigación.

Por otro lado, la base de datos del SISA permitió enriquecer el análisis de las carreras establecido desde la base unificada 2010, al incorporar la dimensión de las matriculaciones a nivel jurisdiccional.

Además de las fuentes de datos secundarias se relevó una fuente de datos primaria a partir de la implementación de una encuesta a una selección de instituciones formadoras de técnicos en salud.

La recolección de datos se basó en la utilización de fuentes de datos secundarias, bases de datos y materiales elaborados, y en la utilización de fuentes primarias a partir de la aplicación de una encuesta web auto administrada. De las fuentes secundarias se obtuvo información sobre las instituciones y carreras en relación con su ubicación geográfica, tipo de carreras, tipo de gestión de las instituciones, tipo de instituciones formadoras, distribución de alumnos y egresados y matrículas profesionales.

A través de la encuesta se obtuvo información respecto de las características del personal directivo (profesión, formación pedagógica), si la institución cuenta con apoyo pedagógico, si posee PEI, los ejes en los que se organiza el currículo y los criterios en la definición de la oferta académica.

En una segunda etapa, se desarrolló un estudio descriptivo, de corte transversal y estrategia cualitativa una selección de instituciones del nivel superior terciario y universitario de gestión pública y privada de Argentina donde se dictan las siguientes carreras técnicas de salud prioritarias definidas por el MERCOSUR: Enfermería, Radiología, Hemoterapia y Laboratorio.

Se aplicó una triangulación metodológica a partir del relevamiento de fuentes primarias y secundarias. Las **fuentes primarias** consistieron en la implementación de la técnica cualitativa de la entrevista. Se realizaron **entrevistas semi-estructuradas** individuales o grupales a directivos, coordinadores, docentes y estudiantes de las instituciones y carreras seleccionadas.

Las fuentes secundarias están conformadas por **documentos institucionales**. Se relevaron y analizaron el **Proyecto Educativo Institucional (P. E. I.)** y **planes de estudio** de las carreras e instituciones seleccionadas.

### **III.7. Resultados**

Producto de la articulación interinstitucional dentro de diferentes áreas del Ministerio de Educación, precisamente entre el Programa Nacional Mapa Educativo y el Departamento de Información Universitaria, se logró consolidar una "base de datos unificada 2010" con información proveniente de las instituciones de nivel superior no universitario y las universidades formadoras de técnicos en salud de la Argentina.

Los resultados se organizan en función de la información obtenida de la base de datos unificada 2010 y de la encuesta. Dentro de la base de datos unificada 2010, los resultados se estructuran en función de dos ejes: instituciones y carreras.

#### **III.7.1 INSTITUCIONES**

##### **III.7.1.1. Las instituciones formadoras**

El sistema de formación de técnicos en Argentina es un sistema complejo dado que se imparte a nivel superior no universitario y a nivel universitario. Mientras que las instituciones de nivel superior no universitario son reguladas por los Ministerios de Educación jurisdiccionales, quienes aprueban la creación de instituciones y carreras en cada jurisdicción. Las segundas gozan de autonomía y están bajo la órbita de regulaciones nacionales.

Si bien la formación de los técnicos de salud se inicia en el ámbito de los efectores de salud (escuelas de Enfermería que se crean dentro de los hospitales públicos) de cada jurisdicción y en el marco de una política sanitaria, paulatinamente la oferta educativa se va diversificando, con nuevas instituciones formadoras tanto públicas como privadas, cuyo crecimiento se da en el marco de la normativa vigente para la educación técnica y bajo la responsabilidad de cada jurisdicción, sin que se evidencien procesos de articulación que liguen a la oferta de la formación de técnicos con las necesidades de los servicios de salud.

La información recabada a lo largo de esta investigación refiere que las instituciones con carreras para la formación de técnicos de la salud registradas en el año

2010 son 370<sup>32</sup>, de éstas el 66% son de gestión privada y el 34% restante son de gestión pública (Tabla N° 1).

Existen instituciones privadas que reciben subvención estatal. Estas instituciones son de nivel superior no universitario ya que las universidades privadas no reciben ningún tipo de subvención por parte del Estado. De las 223 instituciones superiores no universitarias de gestión privada, un 29% recibe algún tipo de subvención. Dentro de éstas, 45 instituciones (correspondientes al 70%) reciben subvención total.

En cuanto al equipamiento de las instituciones relevadas, todas cuentan con computadoras y conexión a internet. Aunque el nivel de conectividad de las instituciones es variable.

Respecto al tipo de institución, 321 son institutos superiores no universitarios (87,0%) y 49 son universidades (13,0%). Cabe señalar que dentro de la categoría universidades se incluyen 3 institutos universitarios. Si se observa la distribución público/privado en los institutos superiores no universitarios, predominan los de gestión privada (71,3%), en cambio entre las universidades, la oferta predomina en las de gestión pública (73,9%) (Tabla N° 1).

En las instituciones de gestión privada predominan los institutos superiores no universitarios (en un 71,3%), mientras que en las instituciones de gestión pública/estatal, predominan las universidades (en un 69,4%) (Grafico N°1).

Estos números muestran que la formación de técnicos de la salud en la Argentina se concentra en las instituciones de nivel superior no universitario, así como también en instituciones de gestión privada.

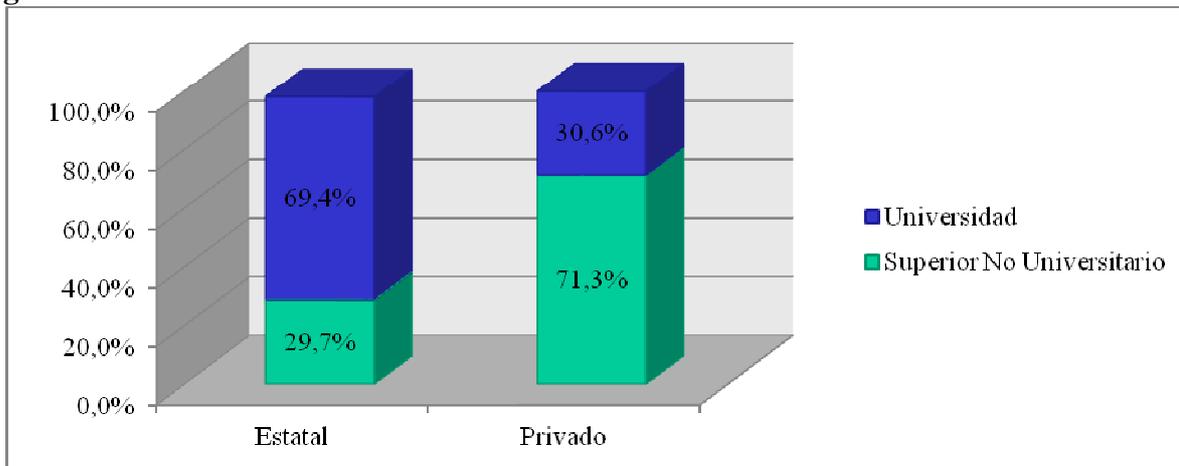
**Tabla N° 1: Distribución de las instituciones formadoras por tipo y gestión**

Tipo de institución	Gestión				
	Estatal		Privado		Total
Superior No Universitario	92	28,7%	229	71,3%	321 87,0%
Universidad	34	73,9%	15	26,1%	49 13,0%
<b>Total general</b>	<b>126</b>	<b>34,1%</b>	<b>244</b>	<b>65,9%</b>	<b>370 100,0%</b>

**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

<sup>32</sup> En este total quedan excluidas 3 universidades privadas (CEMIC, UCES y Adventista del Plata) que, si bien otorgan el título intermedio de enfermero profesional, sólo informan al Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación los datos referidos al título final. Por tanto, los datos sobre cantidad de carreras, matrícula y egresados que se presentan en este informe, no contemplan estas universidades dado que la información de las mismas no se encuentra disponible.

**Grafico N° 1: Cantidad de Instituciones según tipo de institución y según tipo de gestión**



**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

### III.7.1.2. Distribución territorial de las instituciones formadoras

La distribución territorial de las instituciones formadoras muestra una concentración en la Región Centro del 64%, seguida del Noroeste (NOA) con un 15% y el Noreste (NEA) con un 9% (Gráfico N° 2 y Tabla N° 2). Es interesante observar que al interior de las regiones también existe una distribución desigual en las provincias que la componen; provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires concentran el 67% del total de instituciones de la Región Centro; en el NOA, de las 56 instituciones, 20 están en Tucumán y 18 en Salta; en el NEA de las 34 instituciones, 15 están en Corrientes y 11 en Chaco; y en la Región Cuyo, de las 21 instituciones, 12 están en Mendoza (Tabla N° 2).

Del total de las 370 instituciones formadoras, las jurisdicciones que concentran el mayor número son provincia de Buenos Aires que tiene 105 (28,4% del total), Ciudad Autónoma de Buenos Aires con 54 (14,6%), Córdoba y Santa Fe con 31 instituciones cada una (8,4%, cada provincia). Dentro de estas jurisdicciones se observa una mayor prevalencia de instituciones de gestión privada. Sólo en el caso de la provincia de Buenos Aires la distribución entre las instituciones de gestión pública y privada es más equitativa (43% y 57% respectivamente). En el resto de las jurisdicciones, el predominio de las instituciones privadas supera la media nacional (Tabla N° 2).

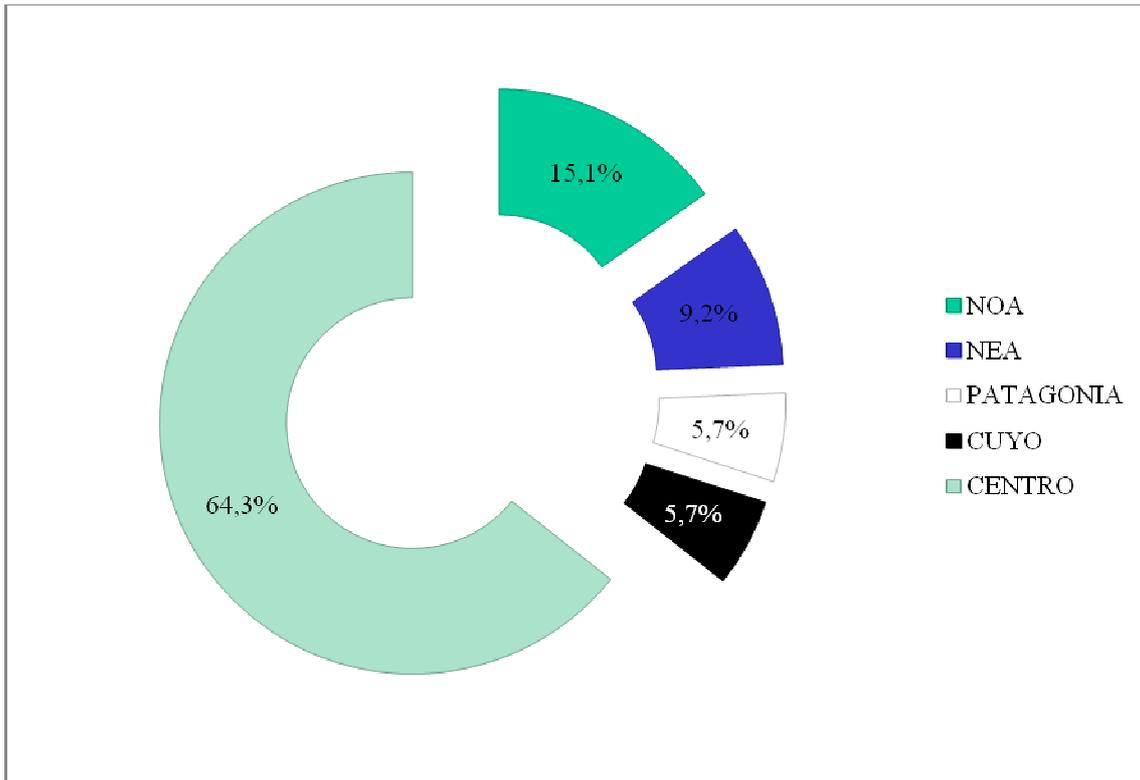
En cuanto al tipo de gestión se observa que, en todas las regiones predominan las instituciones de gestión privada (Gráfico N° 3).

**Tabla N° 2: Distribución de instituciones formadoras por región y jurisdicción**

Región	Estatal		Privado		Total Resultado	
	f	%	F	%	F	% Total
NOA						
Catamarca	6	75,0%	2	25,0%	8	14,3%
Jujuy	1	25,0%	3	75,0%	4	7,1%
Salta	5	27,8%	13	72,2%	18	32,1%
Santiago Del Estero	1	16,7%	5	83,3%	6	10,7%
Tucumán	3	15,0%	17	85,0%	20	35,7%
<b>Total Región NOA</b>	<b>16</b>	<b>28,6%</b>	<b>40</b>	<b>71,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
NEA						
Chaco	3	27,3%	8	72,7%	11	32,4%
Corrientes	5	33,3%	10	66,7%	15	44,1%
Formosa	1	33,3%	2	66,7%	3	8,8%
Misiones	1	20,0%	4	80,0%	5	14,7%
<b>Total Región NEA</b>	<b>10</b>	<b>29,4%</b>	<b>24</b>	<b>70,6%</b>	<b>34</b>	<b>100,0%</b>
PATAGONIA						
Chubut	3	42,9%	4	57,1%	7	33,3%
La Pampa	1	50,0%	1	50,0%	2	9,5%
Neuquén		0,0%	2	100,0%	2	9,5%
Río Negro	2	33,3%	4	66,7%	6	28,6%
Santa Cruz	1	100,0%		0,0%	1	4,8%
Tierra Del Fuego	3	100,0%		0,0%	3	14,3%
<b>Total Región PATAGONIA</b>	<b>10</b>	<b>47,6%</b>	<b>11</b>	<b>52,4%</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>
CUYO						
La Rioja	4	80,0%	1	20,0%	5	23,8%
Mendoza	4	33,3%	8	66,7%	12	57,1%
San Juan		0,0%	3	100,0%	3	14,3%
San Luis	1	100,0%		0,0%	1	4,8%
<b>Total Región CUYO</b>	<b>9</b>	<b>42,9%</b>	<b>12</b>	<b>57,1%</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>
CENTRO						
Buenos Aires	45	42,9%	60	57,1%	105	44,1%
Ciudad De Buenos Aires	7	13,0%	47	87,0%	54	22,7%
Córdoba	11	35,5%	20	64,5%	31	13,0%
Entre Ríos	9	52,9%	8	47,1%	17	7,1%
Santa Fe	9	29,0%	22	71,0%	31	13,0%
<b>Total Región CENTRO</b>	<b>81</b>	<b>34,0%</b>	<b>157</b>	<b>66,0%</b>	<b>238</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>		<b>244</b>		<b>370</b>	

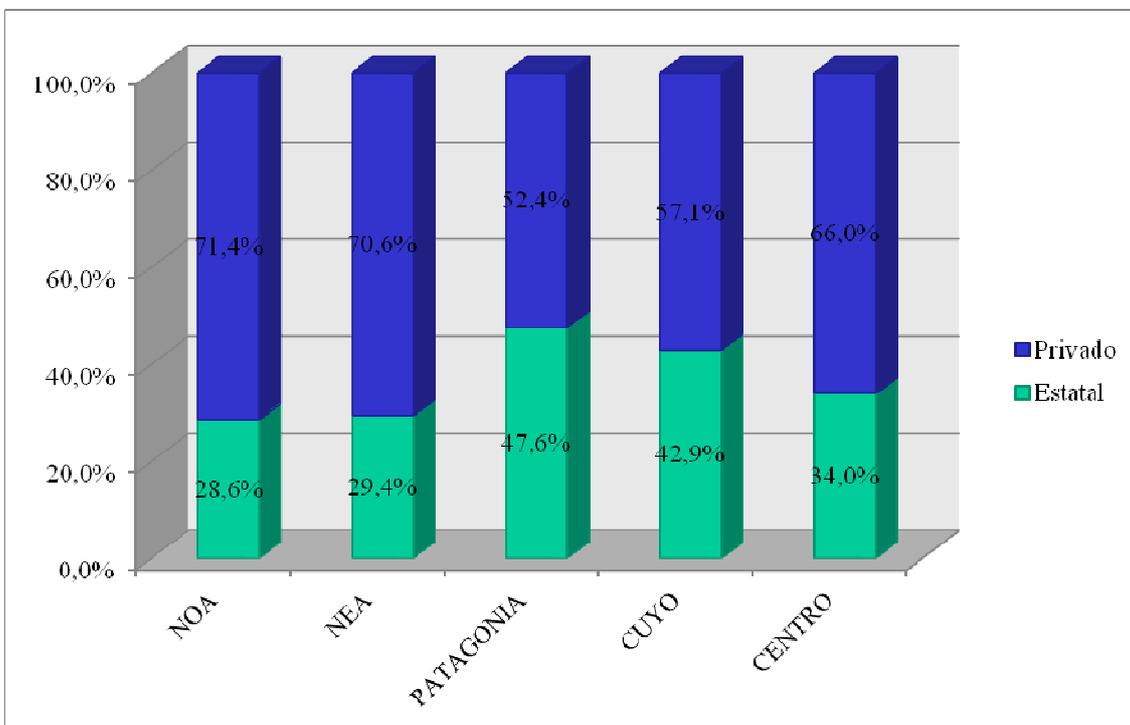
Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

**Gráfico N°2: Distribución de instituciones formadoras por región**



**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

**Gráfico N°3: Cantidad de instituciones formadoras por región y por tipo de gestión**



**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

### III.7.2 CARRERAS

En este ítem se considera a la categoría carrera en dos sentidos: por un lado, se refiere a todas y cada una de las titulaciones registradas como tecnicaturas en salud que suman un total de 852 carreras. Por otro lado, este conjunto de títulos se resume en 17 áreas, compuestas por: Anestesiología, Enfermería, Fonoaudiología, Hemoterapia e Inmunohematología, Higiene, Histología, Instrumentación Quirúrgica, Laboratorio, Nutrición, Obstetricia, Odontología, Psicomotricidad, Radiología y Afines, Sanidad, Terapia Ocupacional y Otras.

Para comparar los datos con los estudios realizados en otros países del MERCOSUR, es necesario desagregar de la categoría Sanidad las carreras correspondientes a Promotores de Salud, quedando así conformado en 18 áreas.

#### III.7.2.1. Distribución territorial de la oferta académica (carreras de técnicos en salud)

Se recopiló información sobre 852 carreras de formación de técnicos de salud. Las jurisdicciones de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza concentran el 66% de la oferta académica (Tabla N° 3).

Si se analiza la distribución de la oferta por región geográfica se observa que, al igual que para las instituciones, la Región Centro concentra la mayoría de las carreras que conforman la oferta académica (535 sobre un total de 852 carreras). Esta región tiene un peso del 62,8% del total, principalmente en provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Luego se ubica el NOA con 114 carreras con el 13,4% de los casos (Tabla N° 4 y Grafico N° 4).

**Tabla N° 3: Distribución de carreras de formación de técnicos de la salud por jurisdicción**

<b>Jurisdicción</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Buenos Aires	234	27,5%
Catamarca	13	1,5%
Chaco	21	2,5%
Chubut	21	2,5%
Ciudad de Buenos Aires	120	14,1%
Córdoba	61	7,2%
Corrientes	27	3,2%
Entre Ríos	35	4,1%
Formosa	8	0,9%
Jujuy	5	0,6%

La Pampa	2	0,2%
La Rioja	10	1,2%
Mendoza	61	7,2%
Misiones	9	1,1%
Neuquén	5	0,6%
Río Negro	18	2,1%
Salta	49	5,8%
San Juan	7	0,8%
San Luis	5	0,6%
Santa Cruz	4	0,5%
Santa Fe	85	10,0%
Santiago del Estero	12	1,4%
Tierra del Fuego	5	0,6%
Tucumán	35	4,1%
<b>Total general</b>	<b>852</b>	<b>100,0%</b>

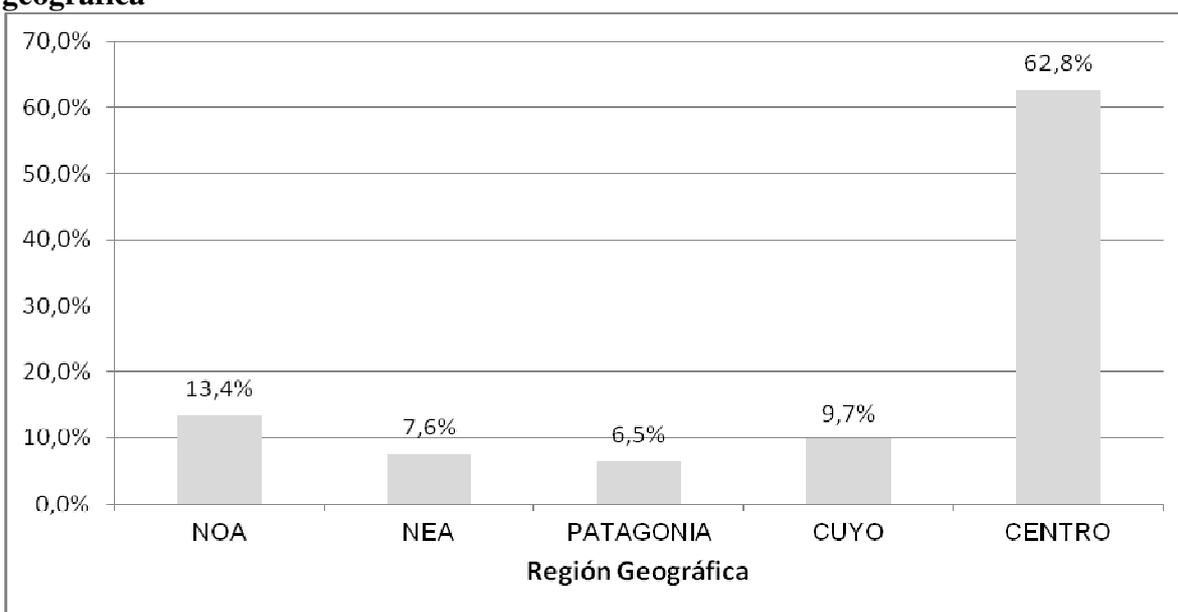
**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

**Tabla Nº 4: Distribución de carreras de formación de técnicos de la salud por región**

<b>Región Geográfica</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
NOA	114	13,4%
NEA	65	7,6%
PATAGONIA	55	6,5%
CUYO	83	9,7%
CENTRO	535	62,8%
<b>TOTAL</b>	<b>852</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

**Gráfico Nº 4: Cantidad de carreras de formación de técnicos de la salud por región geográfica**



**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

### **III.7.2.2. Características de la oferta de carreras de técnicos en salud**

En Argentina, sobre las 852 carreras registradas, la mayor proporción corresponde a enfermería (29,6% del total de carreras), en segundo lugar técnico de laboratorio (12,4 %) seguido por carreras de sanidad y radiología y afines (11,9% y 11,6% respectivamente) (Tabla N° 5).

El 80,3% (654) del total de carreras se cursan en instituciones de nivel superior no universitario y sólo el 19,7% (168) en universidades (Tabla N° 6).

En relación al tipo de gestión, el 69% de las carreras se desarrollan en el sector de gestión privada. Si se analiza el tipo de gestión por tipo de institución, se observa que en los institutos superiores no universitarios predomina la gestión privada sobre la pública en un 80% de los casos, mientras que en el nivel universitario esta relación se invierte (75,6% de gestión pública y 24,4% de gestión privada) (Tabla N° 6 y Gráfico N° 5).

La distribución geográfica de las carreras de técnicos en salud repite la distribución observada de las instituciones formadoras con una concentración en la región Centro donde se dictan 535 (62,7%) de las 852 carreras registradas.

En todas las regiones del país prevalece la oferta académica de gestión privada, el NOA y el Centro son las regiones donde se observa la mayor prevalencia 73,7% y 73,5% respectivamente. Luego se ubica el NEA con el 63,1% y la Patagonia con el 56,4% (Gráfico N° 6 ). La excepción es la Región de Cuyo en la que hay un leve predominio de las carreras de gestión pública.

### **Cuadro N° 5: Distribución de Carreras según tipo de institución. Total país.**

Carrera	Tipo de institución					
	Superior No Universitario		Universidad/Instituto Universitario		Total general	
	f	%	f	%	f	%
Anestesiología	3	0,4	1	0,6	4	0,5
Enfermería	212	31,0	40	23,8	252	29,6
Fonoaudiología	5	0,7	2	1,2	7	0,8
Hemoterapia e Inmunohematología	38	5,6	3	1,8	41	4,8
Higiene	17	2,5	0	0,0	17	2,0
Histología	3	0,4	0	0,0	3	0,4
Instrumentación Quirúrgica	74	10,8	12	7,1	86	10,1
Laboratorio	65	9,5	41	24,4	106	12,4
Nutrición	8	1,2	0	0,0	8	0,9
Obstetricia	3	0,4	3	1,8	6	0,7
Odontología	47	6,9	8	4,8	55	6,5
Otras	19	2,8	20	11,9	39	4,6
Psicomotricidad	13	1,9	0	0,0	13	1,5
Promotor de la Salud	7	1,0	4	2,4	11	1,3
Radiología y Afines	92	13,5	7	4,2	99	11,6
Sanidad	76	11,1	25	14,9	101	11,9
Técnico óptico	0	0,0	2	1,2	2	0,2
Terapia Ocupacional	2	0,3	0	0,0	2	0,2
<b>Total general</b>	<b>684</b>	<b>100,0</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>	<b>852</b>	<b>100,0</b>

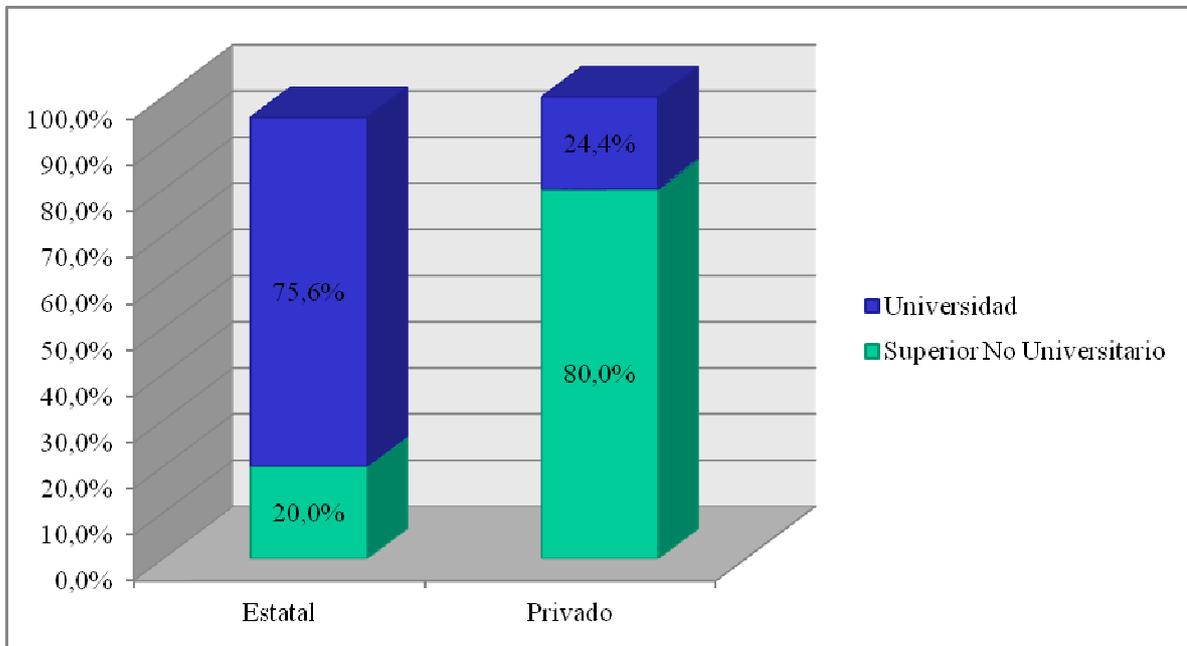
Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

**Tabla N° 6: Distribución de carreras de formación de técnicos de la salud según tipo de institución y tipo de gestión**

Tipo de Institución	Gestión					
	Total		Estatal		Privada	
	f	%	f	%	F	%
Superior No Universitario	684	80,3%	137	20,0%	547	80,0%
Universidad	168	19,7%	127	75,6%	41	24,4%
<b>Total general</b>	<b>852</b>	<b>100,0%</b>	<b>264</b>	<b>31,0%</b>	<b>588</b>	<b>69,0%</b>

Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

**Gráfico N° 5: Carreras técnicas según tipo de Institución y tipo de gestión**



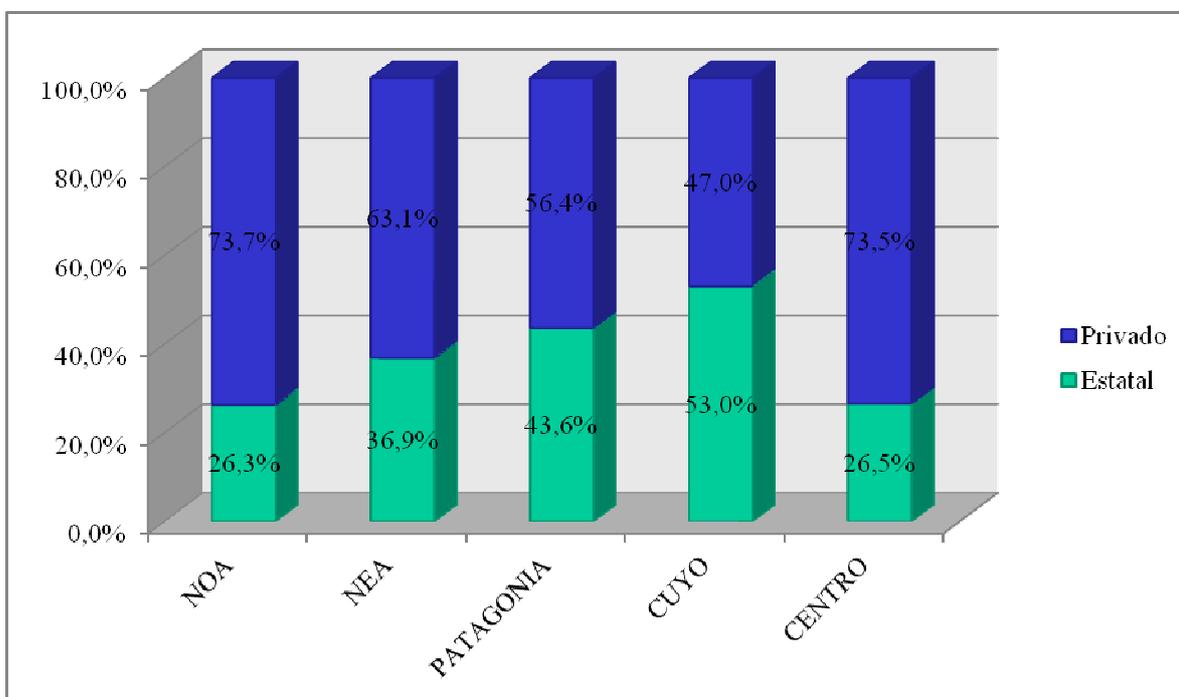
**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de educación de la Nación. DINIECE. SPU. 2010

**Tabla N° 6: Distribución de carreras de formación de técnicos de la salud según región y tipo de gestión**

Región Geográfica	Estatal		Privado		Total
	F	%	F	%	
NOA	30	26,3%	84	73,7%	114
NEA	24	36,9%	41	63,1%	65
PATAGONIA	24	43,6%	31	56,4%	55
CUYO	44	53,0%	39	47,0%	83
CENTRO	142	26,5%	393	73,5%	535
<b>TOTAL</b>	<b>264</b>	<b>31,0%</b>	<b>588</b>	<b>69,0%</b>	<b>852</b>

**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

**Gráfico N°6: Carreras según tipo de gestión y por región**



**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

### III.7.2.3. Principales sub-áreas de formación. Distribución de las carreras priorizadas por tipo de carrera y por tipo de institución

Para el total del país, las cuatro carreras comunes del MERCOSUR (Enfermería, Hemoterapia e Inmunohematología, Laboratorio y Radiología y Afines) suman 498 de las 852 carreras registradas, y representan un 58,4% del total de carreras. En la Región Centro, este porcentaje es del 60%, en Cuyo es del 63% y en el NOA es del 54%. Cabe señalar que en la región NEA el porcentaje de estas cuatro carreras priorizadas sólo alcanza el 44,6% (Tabla N° 7).

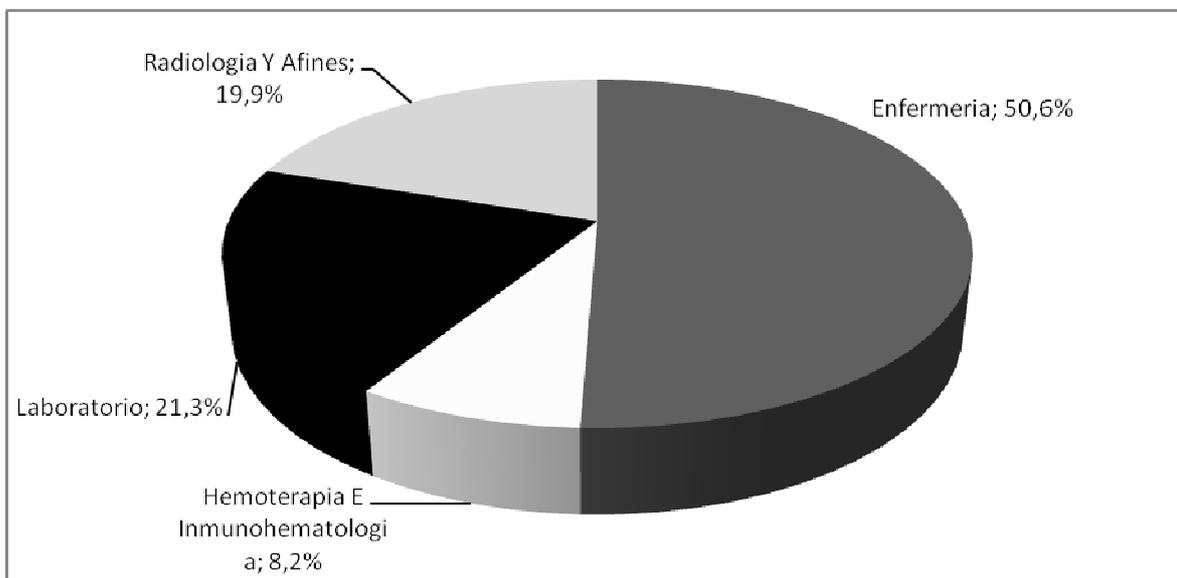
Si se analiza el peso relativo de cada una de estas 4 carreras, se observa que la mitad está conformada por tecnicaturas de Enfermería; el 21,3% de Laboratorio; 19,9% de Radiología y Afines y el 8,2% de Hemoterapia e Inmunohematología (Gráfico N° 7).

**Tabla N° 7: Distribución de la oferta académica por región**

	Cantidad de Carreras	Enfermería	Hemoterapia E Inmunohematología	Laboratorio	Radiología Y Afines	Total Priorizadas	% de Carreras Priorizadas	Total Otras	% de Otras carreras
Región NOA	114	28	5	16	13	62	54,4%	52	45,6%
Región NEA	65	13	3	8	5	29	44,6%	36	55,4%
Región PATAGONIA	55	18	2	8	5	33	60,0%	22	40,0%
Región CUYO	83	36	2	10	5	53	63,9%	30	36,1%
Región CENTRO	535	157	29	64	71	321	60,0%	214	40,0%
<b>TOTAL</b>	<b>852</b>	<b>252</b>	<b>41</b>	<b>106</b>	<b>99</b>	<b>498</b>	<b>58,5%</b>	<b>354</b>	<b>41,5%</b>
<b>% del Total</b>		<b>50,6%</b>	<b>8,2%</b>	<b>21,3%</b>	<b>19,9%</b>	<b>100,0%</b>			

**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

**Gráfico N° 7: Carreras priorizadas. Distribución por tecnicatura**

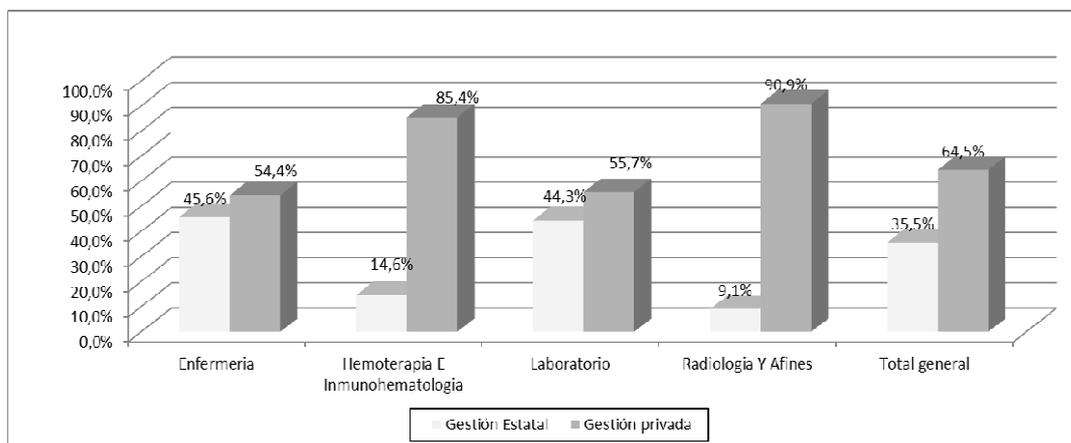


**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

Respecto de las 4 carreras priorizadas, el 64,5% de la oferta académica es de gestión privada. Si se analiza la distribución por tipo de gestión, se observa que la gestión privada prevalece en las 4 carreras, siendo en las carreras de Laboratorio y

Enfermería donde se observan las menores diferencias por tipo de gestión. Mientras que en Hemoterapia e Inmunohematología la presencia de carreras de gestión privada asciende hasta el 85,4% y en Radiología y Afines al 91,0% (Gráficos N° 8).

**Gráfico N° 8: Carreras priorizadas. Tipo de gestión según Carrera**



**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

Si se considera la oferta académica de estas cuatro carreras según el tipo institución en la que se cursan, se observa que, aunque con distintos porcentajes, son los institutos superiores los que concentran la mayor cantidad de la oferta. Sumando las carreras priorizadas, el 81,7% se cursa en institutos superiores no universitarios y el 18,3% en las universidades. Cabe destacar también que en los casos de Hemoterapia e Inmunohematología y de Radiología y Afines, los institutos superiores concentran casi la totalidad de la oferta académica: 92,7% y 92,9% respectivamente (Tabla N° 8).

**Tabla N° 8: Carreras priorizadas: distribución por tipo de carrera y por tipo de institución**

Carrera	Universidad		Superior No Universitario		Total
	f	%	f	%	
Enfermería	40	15,9%	212	84,1%	252
Hemoterapia e Inmunohematología	3	7,3%	38	92,7%	41
Laboratorio	41	37,7%	65	61,3%	106
Radiología y Afines	7	7,1%	92	92,9%	99
<b>Total general</b>	<b>91</b>	<b>18,3%</b>	<b>407</b>	<b>81,7%</b>	<b>498</b>

**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

### III.7.2.4. Carreras que se matriculan en las provincias

La normativa vigente<sup>33</sup> para la cartera educativa establece la validez nacional para los títulos y certificaciones de estudio, emitidos por las instituciones reconocidas por las respectivas autoridades educativas a nivel nacional y jurisdiccional. La validez nacional de títulos y certificaciones es un instrumento que unifica la estructura del Sistema Educativo Nacional y permite la movilidad, tanto horizontal como vertical, de los alumnos y egresados de todo el país.

Por otro lado, los Ministerios de Salud jurisdiccionales emiten la habilitación del ejercicio profesional que, según el tipo de formación, se agrupa en tres categorías<sup>34</sup>: Grado Universitario, Tecnicaturas y Auxiliarios.

La diversidad de titulaciones, criterios y modalidades de registro en cada provincia determina que se encuentren registradas 230 matrículas en los tres niveles con distintas denominaciones en todo el país, de las cuales 120 corresponden a matrículas de técnicos, de acuerdo con la información obtenida en el Sistema de Información Sanitaria Argentino. Algunas de estas denominaciones son compartidas por varias provincias, pero otras sólo se matriculan en una de ellas. Varias de estas matrículas están más relacionadas con carreras educativas que con las del área de salud. Existen en promedio 18 carreras matriculadas por provincia; las provincias con mayor cantidad de carreras habilitadas son San Juan con 30 carreras, Córdoba (29) y Buenos Aires (27); las que tienen una menor cantidad de carreras habilitadas son Misiones (5), Santa Fe y Santiago del Estero (9) (Tabla N° 9).

#### **Tabla N° 9: Cantidad de carreras matriculadas por jurisdicción**

<sup>33</sup> Decreto 144/2008, Resolución CFE N°91/09, CFE N°13/07.

<sup>34</sup> Los títulos de pregrado según la Disposición N° 01/10 de la Dirección Nacional de Gestión Universitaria (DNGU) asigna una carga horaria no menor a 1.600 horas y dos años y medio académicos. Existen títulos de pregrado finales e intermedios. Los títulos finales funcionan de manera independiente respecto a los títulos de grado. Los títulos intermedios son aquellos que tienen continuidad con el título de grado. Los títulos de grado, por Resolución Ministerial N° 6 del 13/01/1997, en su artículo 1° fija en 2.600 horas reloj o su equivalente en la modalidad presencial, la carga horaria mínima que deberán contemplar los planes de estudio para calificar a un título en nivel de grado. El artículo 2° establece que la carga horaria prevista en el artículo anterior deberá desarrollarse en un mínimo de cuatro años académicos.

<b>Provincia</b>	<b>Cantidad de carreras matriculadas</b>
Buenos Aires	27
Catamarca	20
Chaco	20
Chubut	13
Ciudad De Buenos Aires	15
Córdoba	29
Corrientes	12
Entre Ríos	17
Formosa	16
Jujuy	13
La Pampa	19
La Rioja	25
Mendoza	25
Misiones	5
Neuquén	10
Río Negro	19
Salta	21
San Juan	30
San Luis	22
Santa Cruz	26
Santa Fe	9
Santiago Del Estero	9
Tierra Del Fuego	14
Tucumán	11

Fuente de datos: Sistema Integrado de Atención en Salud – Ministerio de Salud de la Nación. NOTA: El total de las matrículas registradas en el país suman 120 habilitaciones profesionales.

### **III.7.2.5. Los alumnos: distribución y características**

La matrícula de las carreras de técnicos en salud para el año 2010 fue de 78.972 alumnos, entre los que predominan los alumnos de la carrera de Enfermería, que representan el 39,0% del total; seguido por los de Radiología y Afines (12%); los de Sanidad (11%) y los de Instrumentación Quirúrgica (10%). Se observa que en relación a los alumnos de las carreras priorizadas, en el año 2010, Laboratorio sólo tenía un 8% del total de los alumnos y Hemoterapia e Inmunoematología el 1% (Tabla N°10).

Del total de alumnos el 64,4% cursaban en instituciones de gestión privada (50.847) y el 35,6% en instituciones de gestión pública (28.125).

Cabe destacar, que para el caso de la formación de Enfermería en el nivel universitario se ha detectado un problema de registro que impide obtener un número preciso de aquellos alumnos que obtienen su título de pregrado o intermedio. El título que corresponde a este tramo es de Enfermero/a Universitario y los habilita para el ejercicio profesional. En muchas ocasiones, se ha detectado que este título no es informado a la base de datos que registra la Dirección de Información Universitaria (DIU – ME). Esta situación se explica porque las universidades registran e informan cuando el alumno obtiene el título final de grado, que corresponde al título de Licenciatura y que excede el universo de estudio de esta investigación. En consecuencia, esta situación no permite discriminar las distintas situaciones que se presentan respecto a la condición de los alumnos: aquellos que solicitan el título intermedio a mitad de la carrera; aquellos que no lo solicitan; aquellos que continúan sus estudios y se gradúan como licenciados y aquellos que abandonan o interrumpen sus estudios por cambios de carrera u otros motivos y que merecerían un estudio especial para su seguimiento y registro.

Por lo tanto, no es posible establecer con precisión el número total de la formación técnica para enfermería que estaría constituido por los egresados de pregrado del nivel universitario y los egresados del nivel superior no universitario. Este problema relevado indica la complejidad del campo de la formación técnica de enfermería y la necesidad de avanzar con estudios en profundidad para analizar las diversas situaciones que se generan en relación con el registro de la información y en consecuencia poder evaluar el desgranamiento y la duración real de estos estudios en el ámbito universitario.

**Tabla N° 10: Distribución de alumnos por carrera y por tipo de gestión**

Carrera	total de alumnos		Total de alumnos por Tipo de Gestión			
	F	%	Estatal		Privada	
			f	%	F	%
Anestesiología	255	0%	119	0,4%	136	0,3%
Enfermería	30804	39%	13666	48,6%	17138	33,7%
Fonoaudiología	801	1%	489	1,7%	312	0,6%
Hemoterapia e						
Inmunoematología	1556	2%	589	2,1%	967	1,9%
Higiene	738	1%	258	0,9%	480	0,9%
Histología	85	0%	43	0,2%	42	0,1%
Instrumentación Quirúrgica	7635	10%	1446	5,1%	6189	12,2%
Laboratorio	6674	8%	3383	12,0%	3291	6,5%
Nutrición	729	1%	47	0,2%	682	1,3%
Obstetricia	888	1%	96	0,3%	792	1,6%

Odontología	5176	7%	145	0,5%	5031	9,9%
Otras	3666	5%	3004	10,7%	662	1,3%
Psicomotricidad	1123	1%	842	3,0%	281	0,6%
Radiología y Afines	9689	12%	542	1,9%	9147	18,0%
Sanidad	9049	11%	3441	12,2%	5608	11,0%
Terapia Ocupacional	104	0%	15	0,1%	89	0,2%
<b>Total General</b>	<b>78972</b>	<b>100%</b>	<b>28125</b>	<b>100,0%</b>	<b>50847</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** elaboración propia con base en datos del Ministerio de Educación de la Nación. DINIECE. SPU. Año 2010.

Los resultados de la base de datos unificada 2010 sobre instituciones formadoras y carreras de técnicos en salud muestran un mapa de la oferta educativa con una concentración geográfica, un incremento de la oferta en instituciones de gestión privada, con predominio en los institutos superior no universitarios. El crecimiento y desarrollo de esta oferta responde a decisiones jurisdiccionales y no se evidencian procesos de articulación con las necesidades de los servicios de salud. En ese sentido, si se toman en cuenta las cuatro carreras consideradas priorizadas, se observa un desarrollo limitado de las carreras de técnicos en Laboratorio y Hemoterapia e Inmunohematología.

Una planificación conjunta entre los sectores de salud y educación supondría fijar metas consensuadas y estrategias para su logro, que en el caso de la formación de técnicos además se dificulta porque la oferta está fragmentada entre las instituciones superiores no universitarias y las universidades. Por otro lado, el crecimiento observado de las instituciones de gestión privada no necesariamente coincide con los requerimientos que se reclaman desde los servicios de salud del país.

### III.8 Encuesta

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la encuesta a instituciones formadoras. Dado que la participación en la misma era voluntaria para los referentes de las instituciones, las respuestas que aquí se presentan no configuran una muestra estadísticamente representativa.

La aplicación de la encuesta tuvo como objetivo poder indagar acerca de algunos aspectos de la vida institucional que no surgen de las bases de datos consultadas y que ayudan a comprender cuestiones vinculadas con los procesos de enseñanza - aprendizaje de la formación de técnicos.

Se lograron relevar un total de 132 encuestas, esto es el 34,0% de las instituciones de la base de datos unificada 2010. Las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires concentraron más de la mitad de las encuestas respondidas.

### **III.8.1. Características institucionales**

El 50% de las instituciones fueron creadas entre 1941 y 1990, el 45% entre 1991 y el 2010. Un 2% datan de las últimas décadas del siglo XIX.

En el 80% de los casos las carreras de formación de técnicos de la salud están coordinadas o dirigidas por profesionales de la salud. Entre las carreras pertenecientes a instituciones de gestión privada el 83,8% mencionó que la conducción está a cargo de un profesional de la salud, mientras que en las de gestión pública, este porcentaje es del 72% (Tabla N° 11).

Mayoritariamente quienes conducen las instituciones poseen títulos de grado, licenciados o técnicos. En el 15% de los casos el título obtenido es de nivel de posgrado (magister o doctor).

El 78% de los directores de las carreras tienen formación docente. Este porcentaje asciende al 86,3% en el caso de las instituciones de gestión privada y llega al 67,3% en las instituciones de gestión pública (Gráfico N° 9).

Se relevó información sobre las asesorías pedagógicas, entendiéndolas como un espacio de reflexión sobre el conjunto de los procesos que se llevan a cabo con el fin de diseñar, organizar, promover y evaluar las prácticas de enseñanza y de aprendizaje. En el 64% de las respuestas obtenidas las instituciones indicaron que cuentan con asesoría pedagógica (Gráfico 10). Este dato podría estar indicando cierto interés institucional por la implementación de mecanismos continuos de formación y enseñanza. Tanto en las instituciones de gestión pública como privada predominan aquellas que cuentan con asesoría pedagógica (68% y 61% respectivamente).

Para indagar sobre los destinatarios de las asesorías pedagógicas en las instituciones, se incorporó una pregunta que admitía respuestas múltiples. En este caso, las asesorías más frecuentes se dan en relación a docentes (33,7%), en segundo lugar a directivos (32,7%) y por último hacia los alumnos (29,6%).

### **III.8.2. Proyecto educativo (PEI) y otros proyectos institucionales**

El Proyecto Educativo Institucional (PEI) es un documento que orienta los aspectos sustantivos de la vida institucional a largo plazo. Es un instrumento de

planificación y gestión estratégica que permite en forma sistematizada hacer viable la misión de un establecimiento. Requiere de una programación de estrategias para mejorar la gestión de los recursos y la calidad de los procesos en función del mejoramiento de los aprendizajes.

La existencia del PEI habla de un proceso reflexivo por parte de las instituciones y la capacidad de los miembros de la misma el poder reflejarlo en un documento. En relación con éste, es interesante indagar quiénes participaron en su construcción y el grado de difusión que posee al interior de la comunidad educativa en su conjunto.

Del total de las respuestas obtenidas, el 78% de las instituciones manifiesta tener un PEI. Este dato no se condice con la información obtenida en la fase cualitativa de la investigación durante la cual se visitaron las instituciones y la proporción de las que efectivamente tenían un PEI es mucho menos.

De acuerdo a lo manifestado en la encuesta, si se discrimina según el tipo de gestión, sobre el total de las instituciones privadas el 88% indica poseerlo, mientras que sobre el total de las instituciones de gestión pública sólo lo reconoce el 65% (Gráfico N° 11).

En todas las regiones geográficas, con distintos porcentajes, prevalecen las instituciones que manifestaron tener PEI (Gráfico N° 12).

Según la opinión de los encuestados, entre los que participaron en la elaboración del PEI, se encontraron distintos miembros de la comunidad educativa. La pregunta admitía respuestas múltiples. Sobre el total de 283 respuestas, en el 34,6% se menciona a los directivos, seguido por los docentes en el 33,2% de las respuestas y sólo en el 19,1% de los casos se menciona a los alumnos como participantes en la construcción del PEI.

Para indagar respecto de las modalidades de cómo las instituciones difunden su PEI se incluyó una pregunta abierta. Entre las que contestaron, las respuestas se pueden agregar en tres categorías: dos que incluyen encuentros presenciales con participantes diferentes y una tercera que utiliza mecanismos no presenciales de difusión:

- Reuniones o talleres periódicos destinados a presentar el Proyecto Educativo Institucional, realizar modificaciones, discutir líneas de acción, realizar aportes y sugerencias. En estas reuniones participan personal directivo, docente, no docente, y centros de estudiantes. Las formas de difusión del documento con

esta modalidade son en formato papel y electrónica (email, campus virtual, blog, página web).

- Reuniones, encuentros o charlas informativas con los alumnos que ingresan a la institución y transversalmente en el desarrollo de las asignaturas del plan de estudios. En el curso de ingreso de los ingresantes a las carreras se difunde a partir de los módulos del curso.
- La difusión del P.E.I. se realiza a través de la página Web institucional, Facebook, periódicos, blogs, programas televisivos y radiales, exposiciones o ferias, visitas a municipalidades y escuelas secundarias, folletería, carteleras, propaganda publicitaria, boletines.

### **III.8.3. Currículo y/o Plan de estudios y carreras que se dictan en cada institución**

En el desarrollo de un plan de estudio se incluye, además de la formación, el entrenamiento de los futuros profesionales. Esto quiere decir que, junto a las técnicas particulares de cada disciplina, se busca que el alumno adquiera responsabilidad acerca de su futuro como profesional y la incidencia que tendrá a nivel social. En este caso se utiliza la denominación de currículo o plan de estudios de manera indistinta. La noción de plan de estudio trasciende a la de programa educativo. El programa supone un listado con los contenidos que deben ser enseñados mientras que el plan de estudios también se encarga de determinar cómo será la formación y explica por qué han sido seleccionados esos contenidos.

Los modelos teóricos que respaldan las distintas modalidades de organización del currículo pueden detectarse a través de los ejes que lo organizan (disciplinas, contenidos, competencias, módulos, proyectos). El predominio de alguno de estos ejes estaría indicando modelos de organización del currículo más o menos tradicionales, como por ejemplo en el caso de la organización por contenidos o disciplinas o más tecnicistas cuando se priorizan las competencias sin una contextualización socio-histórica.

Se consultó sobre los ejes que organizan el currículo (pregunta con opción de respuesta múltiple) y sobre el total de las respuestas, la que aparece con mayor frecuencia es el eje de contenidos (30,9%), en segundo lugar se mencionan las disciplinas (24,3%), las competencias (20,7%), módulos y proyectos con menor frecuencia con el 17,5% y 6,5% respectivamente (Gráfico N° 13).

Se indagó sobre la cantidad de carreras de formación en técnicos de la salud que se dictan en cada institución. En el 36,9% se dicta una sola carrera, en el 31,5% entre 2 y 3 carreras, en el 10,8% entre 4 y 5 carreras y en el 4,6% 5 y más carreras (Gráfico N° 14).

Otra de las características de las instituciones formadoras es la modalidad de dictado que puede presencial o a distancia. Esta última incluye también la opción semi-presencial. Según los datos relevados, en las tecnicaturas de salud, la modalidad es de tipo presencial (sólo en un caso se registró la modalidad a distancia).

#### **III.8.4. Oferta de carreras y criterios de incorporación de nuevas carreras**

En este ítem se buscó indagar sobre las razones que motivan la oferta de carreras de las instituciones. Esta pregunta admite más de una respuesta. Las respuestas más frecuentes fueron: la orientación de la oferta se realiza a partir de estudios sobre necesidades institucionales locales y regionales, y en función de las demandas del sistema de salud. Ambas con el 21% de las respuestas. Estas respuestas marcan la necesidad de profundizar la investigación, dado que la heterogeneidad y dispersión de la oferta académica registrada no da cuenta de estos procesos de planificación de la oferta en función de las demandas.

En segundo lugar, la ejecución de políticas de salud con el 19%, luego en virtud del proyecto o misión institucional con el 18,0% y por último se indicó que se llevaba a cabo por la disponibilidad de recursos humanos en la institución con el 15% (Tabla N°12).

En cuanto a la posibilidad de incorporar en un futuro próximo nuevas carreras destinadas a formar técnicos en salud en la institución, las respuestas afirmativas representan el 59,1% (Gráfico N° 15). Esto estaría indicando que existe una predisposición favorable a ampliar la oferta educativa en un porcentaje importante de las instituciones. Esta pregunta estuvo acompañada de una pregunta abierta en relación con los motivos para ampliar o no el número de carreras de las instituciones.

Respecto a los motivos de aquellas instituciones que están interesadas en ampliar la oferta, se obtuvieron respuestas que fueron re categorizadas alrededor de cuatro ejes:

- a. Demandas de la sociedad
- b. Responder a las necesidades del sistema de salud y a las políticas de salud
- c. Ampliar la oferta educativa
- d. Necesidades y posibilidades de la propia institución

Entre las respuestas referidas a las demandas de la sociedad se destaca: “responder a la demanda de la sociedad, la demanda del mercado laboral. Necesidades locales y regionales. Ejecución de políticas de salud a nivel local y provincial. Estudios sobre necesidades institucionales, locales y regionales”.

Entre las respuestas referidas a las demandas de las necesidades del sistema de salud se incluyeron: “brindar a la comunidad y al área de salud más profesionales técnicos en salud preparados para la atención. La necesidad de dotar a la sociedad de enfermeros profesionales y auxiliares. La demanda de los auxiliares de Enfermería de profesionalizarse. La demanda de formación de profesionales de la salud por la apertura de tres nuevos hospitales en la zona. Detección de la necesidad de nuevos perfiles en el sistema de salud. Mejorar el perfil de los recursos humanos ya formados. Intervenir en otras áreas de salud de alta demanda local. Demandas del sector público y del sector privado”.

En el caso de la ampliación de la oferta educativa, algunas de las respuestas fueron: “incorporar nuevas tecnologías y recursos. Avances científicos y técnicos. Ampliar la oferta educativa. Ofrecer carreras de salud que no posean otros establecimientos educativos terciarios y universitarios de la provincia. Carreras más cortas con salida laboral. Generar el dictado de un post-título docente o profesorado en la formación de Enfermería”.

Finalmente entre las respuestas sobre las necesidades de la institución se destacan, las “decisiones políticas del órgano de gobierno de la institución”.

Los principales motivos que fundamentan la no inclusión futura de nuevas carreras son las siguientes:

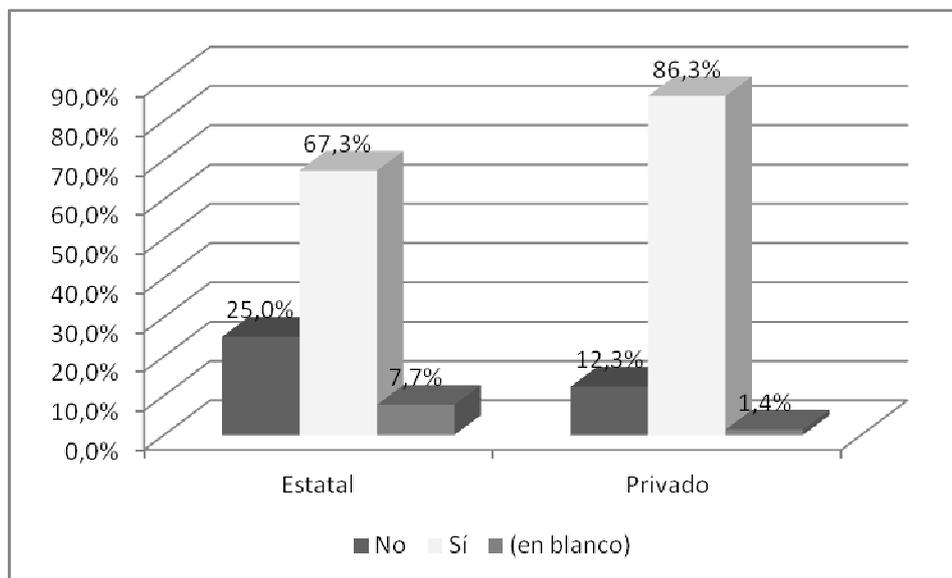
- Dificultades de la propia institución: “falta de espacio físico-infraestructura y recursos financieros”.
- Ausencia de demanda: “no se han detectado aún necesidades locales o regionales para incluir nuevas carreras. No poseer demanda. Incremento de la competencia estatal. Intento de abrir nuevas carreras pero no ha habido inscriptos”.
- Otras prioridades de la institución: “prioridad a las carreras de formación docente. Brindar oferta de cursos extracurriculares de salud. El perfil institucional tiende más a carreras económico-administrativas vinculadas con la demanda regional”.

**Tabla N° 11: Directores de carreras según sean o no profesionales de la salud por tipo de gestión**

El director es profesional de la salud	Gestión						Total general	
	Estatal		Privado		no responde		F	%
	F	%	f	%	f	%		
No	12	21,8%	10	13,5%			22	16,7%
Sí	40	72,7%	62	83,8%	3	100,0%	105	79,5%
No responde	3	5,5%	2	2,7%			5	3,8%
<b>Total general</b>	<b>55</b>	<b>100,0%</b>	<b>74</b>	<b>100,0%</b>	<b>3</b>		<b>132</b>	<b>100,0%</b>

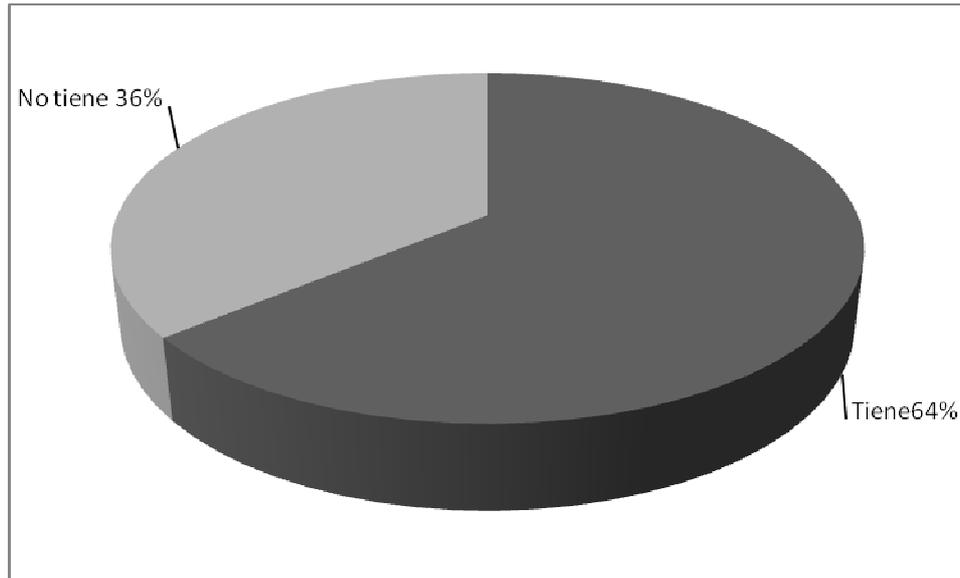
Fuente: relevamiento propio. Año 2011.

**Gráfico N° 9: Directores de carrera con formación docente según tipo de gestión**



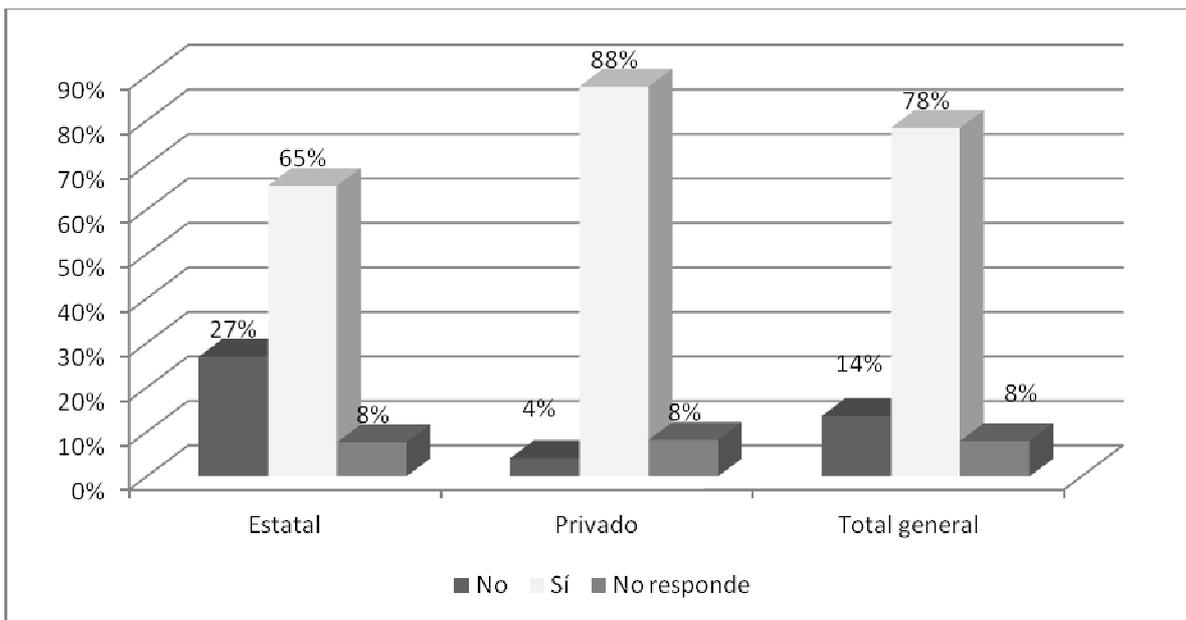
Fuente: relevamiento propio. Año 2011.

**Gráfico N° 10 Asesoría pedagógica en instituciones formadoras que respondieron la encuesta**



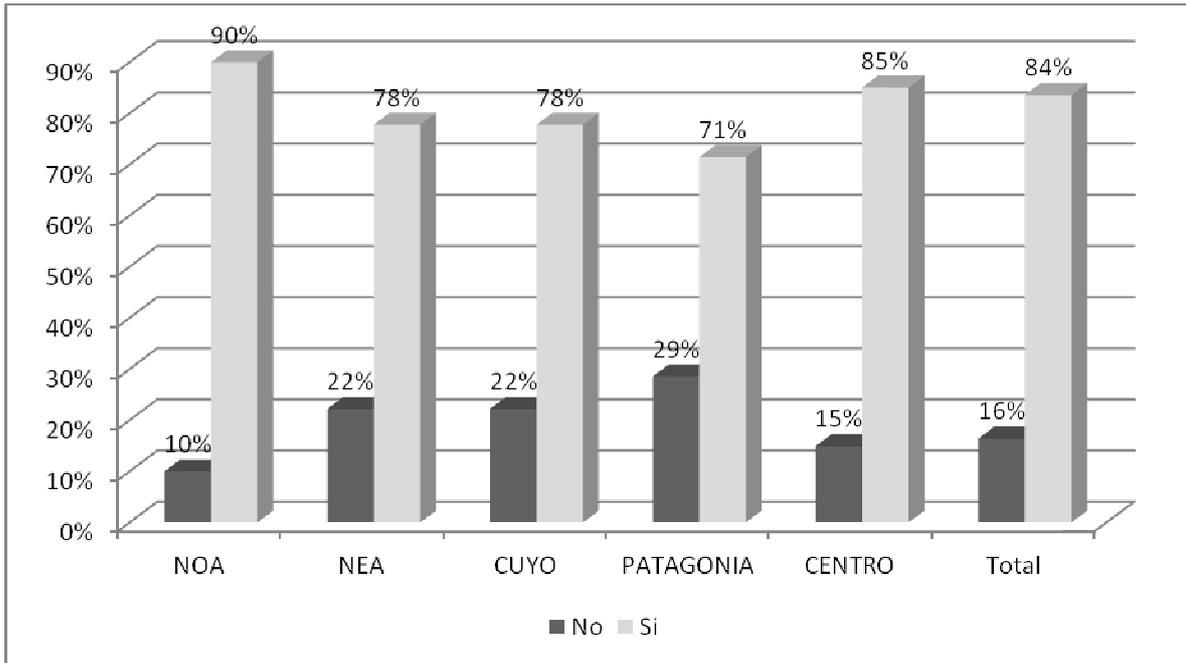
Fuente: relevamiento propio. Año 2011.

**Gráfico N° 11: Distribución de carreras que tienen PEI según tipo de gestión**



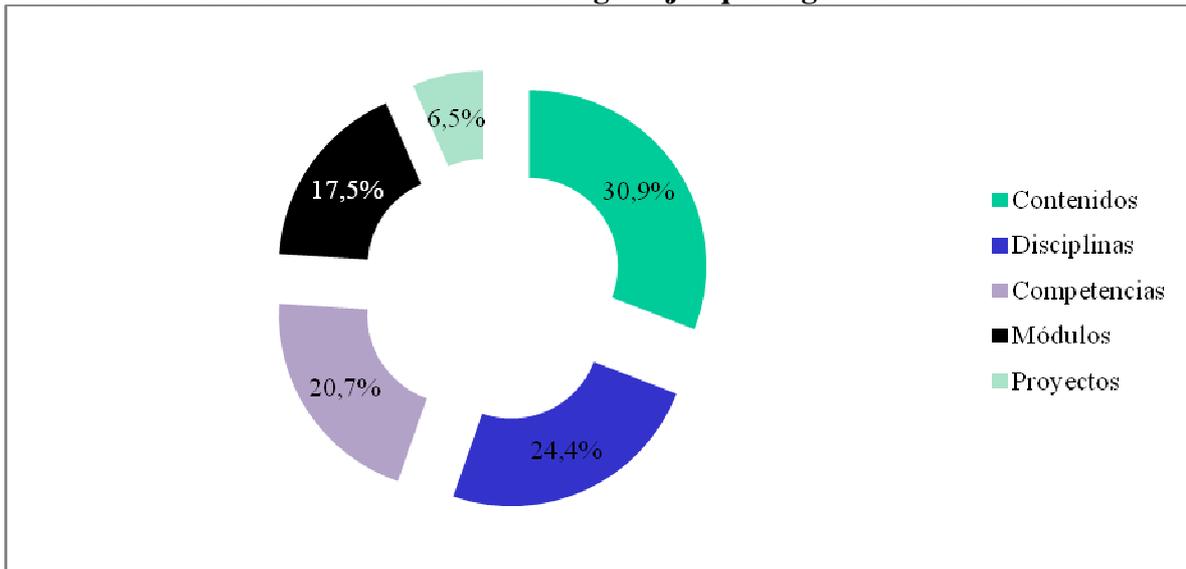
Fuente: relevamiento propio. Año 2011.

**Gráfico N° 12: Instituciones con PEI según región**



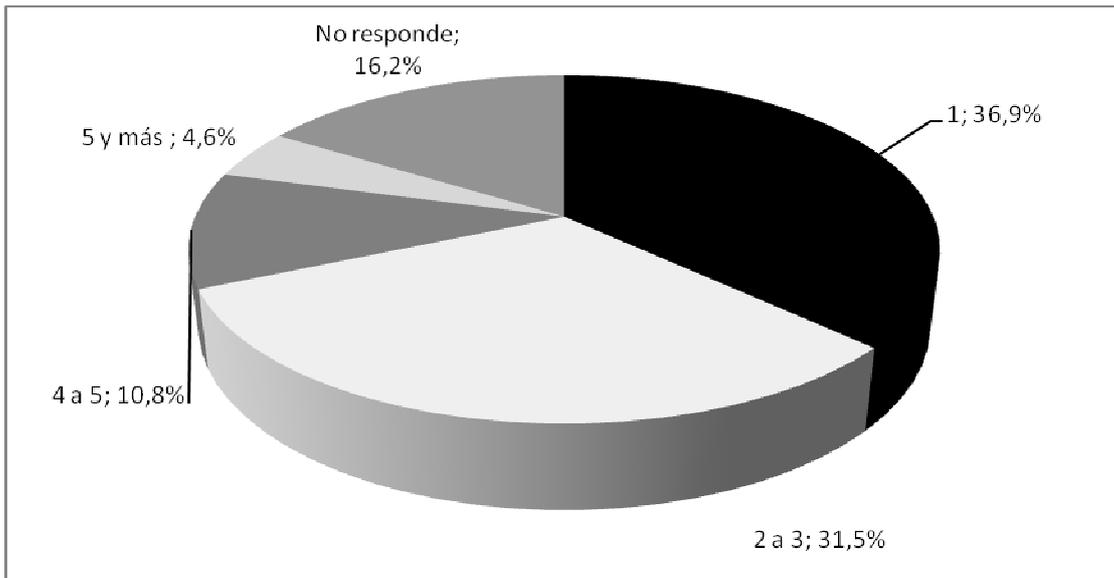
Fuente: relevamiento propio. Año 2011.

**Gráfico 13: Distribución de instituciones según ejes que organizan el currículo**



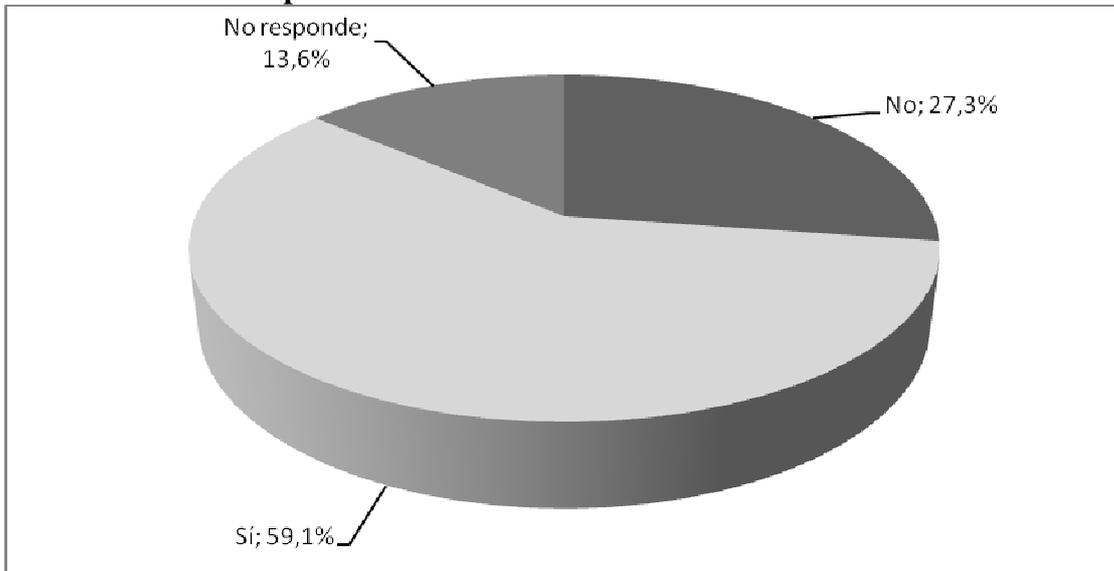
Fuente: relevamiento propio. Año 2011.

**Gráfico N° 14: Instituciones por cantidad de carreras que poseen para la formación de técnicos de la salud**



Fuente: relevamiento propio. Año 2011.

**Gráfico N° 15: Incorporación de carreras de formación de técnicos de la salud**



Fuente: relevamiento propio. Año 2011.

**Tabla N° 12: Motivo que orienta la oferta académica de carreras de técnicos de la salud**

Orientación de la oferta	Totales	
Estudios sobre necesidades institucionales, locales y regionales	110	21%
Ejecución de políticas de salud a nivel local, provincial o municipal	97	19%
Atención de demandas del sistema de salud	108	21%
Disponibilidad de RRHH en la institución	79	15%
El proyecto o misión institucional	93	18%
Otros motivos	37	7%
<b>Total de respuestas</b>	<b>524</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** relevamiento propio. Año 2011.

### **III.8 Resultados preliminares de la fase cualitativa**

La fase cualitativa de este estudio está en la etapa de análisis de los resultados motivo por el cual sólo se cuenta con resultados preliminares.

El objetivo general del estudio es: describir y analizar las características de la educación profesional de las instituciones del nivel superior terciario y universitario que forman a los trabajadores técnicos de salud de las carreras de Enfermería, Radiología, Hemoterapia y Laboratorio en la Argentina, y su relación con la inserción en los procesos de trabajo del sistema de salud, desde una perspectiva cualitativa, durante el período 2012-2013. En esta segunda etapa de implementación el énfasis está puesto en la indagación respecto de las estrategias didácticas que sustentan la formación de los técnicos en salud y su adecuación al perfil profesional y /o a los marcos de homologación. Asimismo interesa indagar acerca de los criterios y estrategias de organización de la oferta educativa.

Las fuentes de datos son:

- a) Primarias: entrevistas semi estructuradas a directivos y docentes de las instituciones formadoras de técnicos en salud. A modo de complementación se están realizando algunas entrevistas a alumnos.
- b) Secundarias: se relevan y analizan documentos institucionales referidos al PEI (en los casos en que exista), y Planes de estudio de las carreras.

En esta etapa cualitativa, se decidió focalizar el estudio en las 4 carreras priorizadas, y tomando en cuenta el criterio de distribución del peso de la oferta por regiones, se realizaron entrevistas en instituciones públicas y privadas de nivel terciario y universitario con oferta de formación técnica.

A la fecha se han realizado entrevistas a directivos, docentes y alumnos de las carreras de enfermería, laboratorio, radiología y hemoterapia de estas diversas regiones del país.

#### **Perfil del trabajador**

En el universo de los Institutos terciarios, algunas instituciones formadoras de enfermeros están atravesando una etapa de cambio curricular que modifica el perfil del trabajador que están formando. Según la versión de los entrevistados, el plan de estudios

anterior era de corte instrumental mientras que el nuevo incorpora una versión más integral de la formación. Algunos dicen que tiene que conocer los procedimientos pero también tiene que ser capaz de fundamentar sus acciones. Otras opiniones agregan que tiene que ser un trabajador polifacético, en el sentido de poder desempeñarse tanto a nivel de atención primaria como en otros niveles de atención y en la comunidad. También consideran importante que aprenda a vincularse con otros miembros del equipo de salud y con las personas a quienes cuida.

Sólo en el caso de una institución vinculada a un sindicato, se incluye el tema de derecho laboral como parte del currículo, según señala un directivo, porque uno de los objetivos de la institución está destinado a formar al estudiante en su futuro rol de trabajador y en su inserción en el sistema de salud.

Un docente y ex director de la Cruz Roja señaló que los perfiles de las carreras de enfermería, radiología y hemoterapia (que se dictan en su institución) son diferentes; ya que tanto radiología como hemoterapia tienen un perfil más instrumental y enfermería tiene una formación más integral. Esto se debe, dice, a que en los servicios de salud “a un técnico radiólogo solo se le exige que sepa sacar placas” mientras que de los enfermeros se espera que sepa realizar procedimientos pero también que pueda tratar con los pacientes y sus familiares.

Según la responsable de una carrera de hemoterapia en una institución pública a los alumnos se los forma para que “sean responsables” y cumplan con los marcos legales ya que, aclara, en Argentina rige la Ley Nro. 22290 de sangre que regula las actividades de este sector.

En el universo de la formación universitaria de técnicos, los perfiles del pregrado (que equivalen a los de la formación técnica) se orientan a formar profesionales para todos los campos de práctica, reservando en las incumbencias las funciones de gestión de servicios y administración para la licenciatura. En las entrevistas, cada institución manifiesta orientar el perfil de sus egresados con la visión institucional y en algunos casos, con las necesidades del sector salud. Pero los esfuerzos se orientan a la formación de licenciados.

### **Organización de la oferta académica**

Según lo relevado hasta la fecha la organización de la oferta académica, particularmente en el nivel terciario y de gestión privada que es la que predomina en el

país, se realiza en función de la demanda. La mayor demanda se registra para las carreras de enfermería, en segundo lugar para técnicos de laboratorio y radiología y, finalmente para técnicos en hemoterapia. Según uno de los entrevistados que dirige una institución formadora, los aspirantes a los cursos desconocen las posibilidades que ofrece la carrera de hemoterapia y ese es uno de los motivos que la ubica entre las menos elegidas. Otro entrevistado señaló que, tiene mayores posibilidades de inserción laboral los egresados de enfermería, laboratorio y radiología que los de hemoterapia, y esta puede ser otra de las razones que limita oferta de esta carrera. Queda seguir indagando si los requerimientos de infraestructura que demanda esta carrera contribuye a limitar también la oferta.

En el sector universitario la oferta de enfermería se encuentra ubicada en Escuelas que en general dependen de las Facultades de Medicina. Sin embargo, en las universidades de más reciente creación, se encuentran ofertas que dependen de áreas de Ciencias de la Salud, con mayor grado de autonomía respecto de la organización docente y académica, pero en el país no se registra ninguna Facultad de enfermería. La mayoría de las instituciones además de dictar la carrera de enfermería, dicta alguna otra tecnicatura de las prioritarias, y su apertura está relacionada con demandas locales. También se entrevistaron algunas instituciones que tienen en su modalidad extender al interior de su jurisdicción la oferta a través de "extensiones aúlicas" (pequeñas sedes) con cohortes a término.

## **Docentes**

En cuanto a la formación pedagógica de los docentes, muchos han realizado por su cuenta cursos de capacitación pedagógica; pero en la mayoría de los casos no hay en las instituciones entrevistadas una política de formación y estímulo para que el equipo docente continúe con su formación y actualización.

El acceso a la formación pedagógica es más frecuente entre los docentes más jóvenes, mientras que en la actualidad todavía se registran en cargos de conducción a docentes sin dicha formación.

En el ámbito universitario es más frecuente encontrar perfiles que cuentan con formación docente, ya sea porque el acceso a los cargos es a través de concursos que requieren acreditaciones de formación en el campo o porque en estas instituciones las

ofertas de capacitación y actualización docente se encuentran más próximas a los planteles docentes.

### **Problemas de aprendizaje**

La mayoría de los entrevistados menciona que los alumnos están poco motivados para leer, investigar, y aprender más allá de lo estrictamente necesario. Estos problemas son comunes a todos los alumnos de las carreras estudiadas.

La mayoría de los docentes lo atribuye a problemas que se arrastran desde el nivel de formación secundaria, al nivel socioeconómico del que provienen los estudiantes o a la falta de tiempo de dedicación por tener que afrontar otras responsabilidades familiares y laborales.

Sólo en algunos casos, hubo opiniones de docentes que consideran que es el equipo docente el que tiene que estimular y buscar estrategias pedagógicas que faciliten el aprendizaje de este tipo de alumnos.

Si bien muchos docentes hablan de estrategias participativas y la utilización de técnicas como la de resolución de problemas, son escasos los que pudieron dar cuenta con ejemplos concretos de la aplicación de estas estrategias de aprendizaje y evaluación mas basadas en la reflexión, análisis y síntesis con la aplicación de fundamentos teóricos que en la memorización y repetición de conceptos.

Los problemas de aprendizaje referidos en las entrevistas realizadas en el ámbito universitario no difieren demasiado y el mayor peso es atribuido a déficit del nivel secundario, si bien el nivel socioeconómico de los alumnos es un poco más alto. Algunas instituciones buscan estrategias para nivelar esta situación con cursos de ingreso o nivelación. Y aquellas que tienen oferta de ciclos de complementación para realizar la licenciatura también ofrecen cursos de nivelación para facilitar la inserción.

### **III.9. Conclusiones**

Los resultados del presente estudio brindan información para concluir que la formación de técnicos en salud está presente en todas las jurisdicciones del país. Aunque con una distribución desigual, las instituciones formadoras están ubicadas en las 24 jurisdicciones nacionales, con un rango que va desde una institución (en Santa Cruz y San Luis) hasta 105 instituciones (provincia de Buenos Aires). Las carreras de

técnicos en salud también cubren la totalidad de las 24 jurisdicciones, la que menor oferta tiene es La Pampa con sólo 2 carreras y la mayor concentración se observa en provincia de Buenos Aires con 234 carreras de técnicos en salud.

La formación técnica en Argentina tiene una larga historia, de ello da cuenta la antigüedad de las instituciones formadoras. Existen unas pocas creadas a finales del siglo XIX y principios del XX, pero el crecimiento más importante se registró a partir de 1941 (el 50% de las instituciones fueron creadas entre 1941 y 1990) cuando se inician las escuelas de Enfermería vinculadas a los hospitales para luego ir diversificando la oferta educativa, fundamentalmente en los institutos de formación superior no universitaria.

A partir de la década del 90 se produce un nuevo impulso del crecimiento de las instituciones formadoras que se prolonga hasta la actualidad (el 45% fueron creadas entre 1991 y 2010). El proceso de descentralización educativa habilitó que en las distintas provincias se formularan ofertas educativas diversas lo que devino en la expansión del sector privado en el marco del modelo de mercado vigente.

Si bien los avances en la articulación entre los Ministerios de Salud y de Educación son un primer paso hacia una planificación consensuada, la complejidad del sistema formativo de la formación de técnicos de salud, presenta una serie de desafíos para la ejecución de un plan de formación a nivel nacional. El sistema de educación superior se estructura en función de dos instancias formativas: los institutos superiores no universitarios y las universidades. Si bien ambos forman parte del mismo sistema (según lo expresado en la Ley 24.521), la desarticulación y el crecimiento anárquico caracterizan al nivel superior de formación técnica. Por otro lado, existen diferencias estructurales e históricas entre los dos tipos de instituciones que lo conforman (institutos de formación técnica y universidades) que no contribuyen a consolidar un sistema único e integrado, diversidad en sus orígenes, escenarios culturalmente diferentes, legislaciones que los rigen que se han ido desarrollando por separado y hasta modos de registro de información estadística diversos. Las instituciones de formación superior no universitaria representan el 87% de las instituciones formadoras de técnicos en salud en el país. El origen de muchas de ellas está vinculado al sector salud y, su carácter de formación superior, generan un desafío regulatorio para la estructura del sector educativo. Las instituciones universitarias (13% del total de instituciones) que desarrollan carreras técnicas en salud poseen particularidades propias del ámbito

universitario y gozan de autonomía académica lo que puede constituirse en un obstáculo a la hora de pretender incorporarlas a una planificación de la formación técnica.

A esta complejidad del sistema formativo se suma un pequeño número de instituciones que poseen dependencia compartida entre Ministerios de Salud (responsables de promover recursos edilicios y materiales, promover los cargos específicos y designar al personal de acuerdo con la estructura y necesidades, asesorar respecto de la creación de carreras en relación con las necesidades sanitarias), y Ministerios de Educación (competentes en aprobar, supervisar y evaluar los proyectos y actividades en sus aspectos académicos; ejercer coordinación pedagógica; otorgar títulos y certificados de estudio)<sup>35</sup>. Aún en el caso de esta dependencia compartida, la oferta de formación de técnicos es registrada y titulada por parte de la cartera de educación.

Otro componente del sistema formativo que complejiza su articulación en un proyecto de planificación de la formación técnica es la dependencia pública y privada de las instituciones. El predominio del peso de la gestión privada (66% del total de instituciones) en la formación de técnicos en salud exige un mayor esfuerzo de articulación desde los organismos de gestión del Estado para garantizar que la formación de técnicos responda a las necesidades de los servicios de salud. En el caso de los institutos de formación superior no universitaria la concentración de la gestión privada alcanza al 87% del total de esas instituciones. Un elemento a tener en cuenta es que casi un 30% de las mismas recibe algún tipo de subvención estatal. En el caso de las universidades la relación público/privado se invierte con un predominio de las instituciones de gestión pública (73,9% del total de las universidades).

La oferta académica de las tecnicaturas en salud no presenta una distribución igualitaria a lo largo del país ni al interior de las regiones. Esta distribución sigue la lógica del proceso de urbanización creciente que se viene desarrollando en el país en los últimos años. Se observa una concentración de la oferta de carreras en la Región Centro (del 62% del total de carreras técnicas de salud) y, dentro de esta región, una concentración en la provincia de Buenos Aires (43,7% de las carreras) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (22,4%). Esta tendencia también se observa en otras regiones del país, en las que una o dos provincias concentran la oferta académica. Por

---

<sup>35</sup> Las instituciones registradas bajo esta doble dependencia son la Escuela Superior de Salud Pública de Chaco (MSP y M.E.C.C. y T. DECRETO N° 2298/98) y la Escuela de Sanidad del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

ejemplo, en la Región NOA Salta y Tucumán concentran el 43% y 30% de la oferta respectivamente; en la Región NEA, Corrientes absorbe el 41% y Chaco el 32% de las carreras de toda la región. En Cuyo, Mendoza concentra la tres cuartas partes de la oferta académica.

Esta distribución es importante a tener en cuenta no sólo porque la formación técnica representa una necesidad para el sistema de salud sino por la potencia que dicha formación tienen como factor de inclusión social y educativa.

Las carreras de técnicos en salud en Argentina poseen una matrícula de 78.972 alumnos (registro 2010), lo que indica una matrícula importante a la hora de planificar los futuros puestos de trabajo en el sistema de salud. Predominan los alumnos de las carreras de Enfermería que representan el 39% del total; seguido por los de Radiología y Afines (12%), ambas tecnicaturas fundamentales para las necesidades del sistema de salud. Dentro del sistema de registro universitario se observó una gran dificultad para identificar la cantidad de alumnos que están cursando el primer ciclo de la carrera universitaria de enfermería, que sería equivalente a la tecnicatura. No existe un registro de esta información, en la Dirección de Información Universitaria, como ya fuera explicitada anteriormente, dado que sólo se registran aquellos títulos finales o los alumnos que egresan del primer ciclo y solicitan su título intermedio. Como consecuencia de esto, existe un número de alumnos que está cursando los primeros tres años de la carrera universitaria de enfermería sobre los que no hay información. El único dato disponible es el de los alumnos que ingresaron a la carrera universitaria de enfermería, que pueden estar en cualquier año de la misma y que suman 38.133, número considerablemente mayor al registro de 6.809 correspondiente a los alumnos de enfermería registrados en universidades. La limitación del sistema de registro no permite conocer cuántos de los 38.133 alumnos de enfermería son parte del universo de este estudio, es decir, los alumnos de la tecnicatura de enfermería. Este escollo metodológico con el que se encontró el equipo de esta investigación se plantea como un desafío para próximos estudios que puedan dar cuenta de un número más exacto en la matrícula de enfermería

El aporte de este estudio en relación con la matrícula señala la cantidad de alumnos en formación, en qué carreras se ubican y su distribución según las jurisdicciones del país. La distribución porcentual resultante de alumnos por carreras

técnicas requiere de un análisis a la luz de las necesidades de técnicos en los servicios de salud y en relación con las necesidades por región.

La relevancia de la Enfermería dentro de las carreras técnicas atiende a una demanda prioritaria del sistema de salud, aunque debería analizarse si estas proporciones son las adecuadas para cubrir dichos requerimientos y, especialmente, si son suficientes para las necesidades a nivel regional. Por otra parte, la formación en Radiología, como segunda en cantidad de egresados, estaría en consonancia con el crecimiento de la tecnología en el área de diagnóstico por imágenes que se viene registrando en el sector salud. Tanto Enfermería como Radiología forman parte (junto con Laboratorio y Hemoterapia) de las cuatro tecnicaturas consideradas profesiones comunes y de desempeño insoslayable en los equipos de salud por las delegaciones de los países del MERCOSUR al SGT11. Por otro lado, Enfermería, Instrumentación Quirúrgica, Laboratorio y Radiología son las tecnicaturas que se dictan en las 24 jurisdicciones nacionales, lo que favorece el acceso de aspirantes a la formación.

Al analizar la información disponible, se observa que para una misma carrera existen diversas denominaciones que responden a una misma práctica profesional. Esta diversidad genera, entre otros, problemas de sistematización de la información y probablemente sea el origen de la diversidad de matrículas de técnicos que registran las áreas regulatorias del ejercicio profesional del sector salud.

Algunos datos extraídos de la encuesta a instituciones pueden ser considerados como indicadores de un proceso de mejoramiento de la calidad de la oferta educativa: la mayoría de las carreras (80%) están coordinadas o dirigidas por profesionales de la salud, quienes muestran como mínimo título de grado, licenciados o técnicos (85% de los casos) y poseen formación docente (85% de los directivos). Por otro lado, el 64% de las instituciones manifiesta tener asesoría pedagógica, lo que supone un proceso institucional de organización y evaluación de las prácticas de enseñanza y de aprendizaje. Esta información requiere de un estudio en profundidad para indagar de qué forma la incorporación de profesionales con formación pedagógica en las instituciones se traduce en las prácticas.

A partir de los resultados preliminares de la fase cualitativa se observa una gran disparidad entre el cuerpo docente de las carreras técnicas en salud en relación a la formación pedagógica, lo que se traduce en dificultades para diseñar estrategias

didácticas que resuelvan los problemas de aprendizaje que ellos identifican en los alumnos.

Se considera positivo para el proceso formativo que un alto porcentaje de las instituciones manifiestan poseer Proyecto Educativo Institucional (PEI) (78%), pero, la información que se está obteniendo durante las visitas a las instituciones formadoras ponen en duda este dato, ya que se han encontrado instituciones en las que el PEI solo está en etapa de diseño, otras en las que existe un documento que no forma parte de la vida activa de la institución y, algunas, que dicen tenerlo pero no está disponible.

Se indagó acerca de los ejes que organizan el currículo y, con la información disponible se puede señalar que en las respuestas de los referentes institucionales la organización por contenidos estuvo presente en el 20,9% de las respuestas y por disciplinas en un 24,4%. Se puede suponer que este tipo de organización de corte más tradicional ofrece un modelo pedagógico con contenidos atomizados, desarticulados entre sí y descontextualizados de la realidad socio-histórica. Esta información también será triangulada con los aportes de la investigación cualitativa en curso ya que se han obtenido los planes de estudio de todas las instituciones visitadas que serán motivo de un análisis documental.

En cuanto al perfil del trabajador que las instituciones pretenden formar, existe una distancia entre "lo que se dice" y "lo que se hace", ya que algunos aspectos del PEI y/o del Plan de estudios no están presentes en las prácticas cotidianas de aprendizaje.

La inserción del futuro trabajador en el sistema de salud y en el proceso de trabajo se encuentra ausente en la mayoría de los documentos pedagógicos y del discurso de los docentes; sólo en el caso de las instituciones formadoras vinculadas a organizaciones sindicales existen contenidos destinados a formar al estudiante en su futuro rol de trabajador y en su inserción en el sistema de salud; incluyendo sus derechos laborales.

Es interesante señalar que, algunos de los resultados del presente estudio coinciden con el llevado a cabo en Brasil sobre la oferta educativa de los técnicos en salud. Las principales coincidencias encontradas se establecen en tres ejes analizados en ambos estudios: la distribución territorial de las instituciones, el predominio de la gestión privada y el fuerte peso de la formación de Enfermería en relación con el resto de las carreras.

En cuanto a la distribución territorial, los resultados de la investigación en Brasil<sup>36</sup> muestran una concentración de las instituciones y oferta educativa para técnicos en salud en regiones de mayor nivel de desarrollo y concentración urbana. La región Sudeste (y dentro de ella el estado de San Pablo) concentra el 36% de las instituciones formadoras, mientras que las regiones Norte y Centro Oeste sólo poseen un 3% de las instituciones respectivamente.

La distribución de las instituciones formadoras de técnicos en Argentina muestra una tendencia semejante pero con un mayor nivel de concentración debido a que, en la región Centro, se ubican el 64% de las instituciones y al interior de la misma, la concentración se da en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que concentran el 66,8% del total de instituciones. Las regiones con menor porcentaje de instituciones son el NEA (7,6%) y Patagonia (6,5%).

El predominio de la gestión privada en la formación de técnicos en salud es otro de los resultados semejantes encontrados en ambos estudios. En Brasil, del total de las carreras registradas, el 88,6% se desarrollan en el sector privado. Los resultados encontrados para Argentina por esta investigación señalan que, un 66% de las 370 instituciones formadoras y un 69% de las carreras se desarrollan en el sector de gestión privada. La participación del sector público en la formación de técnicos en Argentina es mayor que la encontrada en Brasil y, esta diferencia, se da fundamentalmente a partir de la formación que se desarrolla en las universidades. En el nivel universitario argentino predomina la gestión pública sobre la privada (75,6% y 24,4% respectivamente).

En Brasil, la oferta de carreras de Enfermería prevalece sobre el resto de las tecnicaturas con un porcentaje del 48,1% del total de cursos registrados en el país y, esa prevalencia se sostiene tanto en las instituciones de gestión pública como privada. Asimismo, es el tipo de tecnicaturas con mayor proporción de carreras en todas las regiones brasileras.

Según los resultados del presente estudio, en Argentina también prevalece la oferta de carreras de Enfermería sobre el resto con un 29,6% de las 852 carreras técnicas de salud. Este porcentaje asciende al 43,6% entre las carreras del sector público, mientras en el de gestión privada llega al 23,3%.

---

<sup>36</sup> Ministério da Saúde, FIOCRUZ, A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul. Rio de Janeiro. 2011.

La formación de Enfermería se da prioritariamente en los institutos de educación superior no universitaria, donde lidera el porcentaje de carreras con un 31% del total, en cambio en las universidades las carreras de Enfermería representan el 23,8% de la oferta educativa (después de las carreras de Laboratorio que representan el 24,4% del total).

Las carreras de Enfermería predominan en todas las regiones del país: en Cuyo con el 43,3% (de las 83 carreras), en la Patagonia con el 32,7% (de 55), en la región Centro con el 29,3% (de 535), en el NOA con el 24,5% (sobre 114), y en el NEA con el 20% (de 65).

En Argentina, la mayor matrícula la posee Enfermería, con un 39% del total de alumnos de carreras técnicas de salud, predominio que se sostiene tanto en el sector público (48% del total de alumnos) como en el privado (33,7% del total). Los egresados de Enfermería también superan al resto de egresados de tecnicaturas de salud, con un 39,4% sobre el total. Los egresados de Enfermería de las instituciones de gestión pública representan el 57,9% del total de egresados y en las de gestión privada el 36,7%.

Consideramos que los hallazgos del presente estudio contribuirán al diseño, monitoreo, evaluación y regulación de las políticas de formación de técnicos en salud; ya que brindan información sistematizada acerca de las instituciones y carreras que forman técnicos en salud en la Argentina, a partir de la unificación y articulación de las fuentes de datos relevadas. Cabe destacar que la base de datos unificada producida por este estudio se encuentra disponible para las instancias de gestión de los Ministerios de Salud y Educación<sup>37</sup>. El listado de instituciones por provincia con las carreras que dicta cada una puede constituirse en una herramienta útil para la gestión y planificación de la oferta académica de tecnicaturas en salud. Asimismo, la investigación produjo una cantidad de información sistematizada en cuadros y gráficos que exceden los límites de este informe pero que están disponibles para las instituciones formadoras o las instancias de gestión.

La heterogeneidad en la distribución de la oferta de formación técnica limita las acciones de planificación sanitaria que, ante déficits absolutos de perfiles técnicos adecuados como sucede con el caso de Enfermería, requiere de capacidad instalada o de la posibilidad de incrementarla rápidamente en las distintas provincias para desarrollar

---

<sup>37</sup> Esta y otra información relevada en este estudio está disponible para las instituciones en los Ministerios de Salud y de Educación.

estrategias de incentivos a la formación. Ello se complejiza aún más porque la mayor parte de las instituciones son de gestión privada.

Por otra parte, y en aras de una mayor equidad y calidad educativa y sanitaria, sería importante trabajar en la articulación de la regulación de la formación superior en las áreas universitarias y no universitarias y en conjunto con el sector salud, que permita integrar la oferta educativa alrededor de bases curriculares comunes mínimas en todo el territorio, considerando que existen avances en el trabajo intersectorial entre los Ministerios de Salud y Educación de la Nación. En el mismo sentido, se recomienda iniciar el proceso de acreditación de las instituciones de formación y carreras no universitarias para mejorar la calidad de los procesos formativos.

Un proceso articulado de regulación de la formación técnica, que incluya bases curriculares y titulaciones, facilitaría la regulación del ejercicio profesional a nivel federal y los procesos de armonización del MERCOSUR.

Por otra parte, teniendo en cuenta algunas experiencias relevadas en este estudio, se debería apuntar a un trabajo conjunto entre ambos sectores a nivel nacional y de cada una de las jurisdicciones para planificar la extensión de la matrícula o la apertura de nuevas ofertas de formación técnica de acuerdo con las necesidades sanitarias.

Si bien ha habido un incremento y desarrollo de las instituciones formadoras en los últimos años, hasta la actualidad no existía un mapa que diera cuenta de la magnitud y las características de la oferta de educación profesional técnica en salud. La revisión de los antecedentes teóricos y metodológicos ha demostrado la inexistencia de un estudio que describa las características y la situación actual en nuestro país.

El mapeo realizado facilitará la formulación de estrategias conjuntas para definir la formación de los técnicos de salud que se requiere para atender a las necesidades locales de salud.

En este sentido, y como ya ha sido expresado, parece oportuno que los resultados obtenidos configuren un insumo para la formación de recursos humanos en salud en general y técnica en particular.

Al mismo tiempo, consideramos que los resultados obtenidos pueden ser considerados para formular los ejes de discusión de la formación por parte de las instancias responsables.

También es destacable que la intersectorialidad puesta en juego en el desarrollo del presente proyecto de investigación configura *per se* un ejemplo de la forma de trabajar en la formación de recursos humanos.

## Capítulo IV

### La formación de los trabajadores técnicos de salud en Uruguay<sup>38</sup>

#### IV.1 Antecedentes, justificación y especificidad del problema de investigación.

##### IV .1.1 Antecedentes

La Investigación se desarrolla en el ámbito de la cooperación técnica establecida entre la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV)/Fiocruz y la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

En 2008 la participación de Escuela Universitaria de Tecnología Médica en el Seminario Internacional "Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en Brasil y el MERCOSUR." y su posterior publicación Cuadernos de debate 2: A silhueta de invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL del artículo "Formación de recursos humanos para la salud en Uruguay"<sup>39</sup>

En 2009 la participación de la EUTM en la Reunión de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud - RETS y de la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la UNASUR.

En 2010 la realización del Taller en Montevideo con el Equipo Responsable de la Investigación de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV)/Fiocruz con el objetivo de conformar el equipo de trabajo de Uruguay.

##### IV.1.2 Justificación

La integración regional y la posibilidad de la libre circulación de personas dentro del MERCOSUR, nos lleva a realizar una mirada sobre la formación de los Técnicos de Salud en nuestro País, para de esta manera conocer sus particularidades y el desarrollo de cada una de las profesiones. Luego desde allí poder generar acuerdos que permitan la nivelación entre los diferentes países.

Nuestro País presenta una situación particular dentro del MERCOSUR, cuenta con una institución que forma prácticamente el 90 % de las titulaciones de Técnicos de

---

<sup>38</sup> Este informe fue redactado por: Lic. Patricia Manzoni, Lic. Carlos Panel, Lic. Gonzalo Fierro, docentes investigadores de la Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas de la UDELAR.

<sup>39</sup> **Pronko, MA; D' Andrea Corbo, A Organizadoras.** Cuadernos de debate 2: A silhueta de invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL Río de Janeiro EPSJV, 2009. (pag124 al 132)

Salud, que es la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, a pesar de esto existen a nivel nacional carencias importantes en la interrelación entre el perfil formativo, el desempeño profesional y las demandas existentes dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en cada profesión.

#### **IV.1.3 Especificidad del problema de investigación**

La necesidad de recabar información sólida y que permita ser extrapolada a los distintos países del MERCOSUR, ha actuado como disparador para analizar el proceso de desarrollo de las distintas formaciones tanto en la dimensión académica como asistencial.

### **IV.2- Características de la Investigación**

#### **IV.2.1 Objetivos**

- Cuantificar las distintas formaciones de grado en salud que se dictan en el Uruguay y su ubicación geográfica.
- Analizar la distribución en cargas horarias de las formaciones involucradas en esta investigación.
- Analizar los distintos alcances de las denominaciones de los títulos.
- Analizar los perfiles de las formaciones priorizadas.
- Analizar el estado de conocimiento sobre la organización escolar en las autoridades de las formaciones priorizadas.
- Conocer la existencia del Proyecto Político Pedagógico en las formaciones priorizadas.

#### **IV.2.2 Financiación**

No existió organismo financiador a nivel local para llevar adelante la investigación. Se realiza en el marco de las tareas docentes de los integrantes del equipo de investigación.

#### **IV.2.3 Metodología**

Se realizó una investigación descriptiva, observacional, de corte transversal que buscó analizar las características más relevantes de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud en el Uruguay, sus distintas formaciones y su ubicación geográfica.

La investigación se desarrolló en dos etapas: una inicial con una base cuantitativa y una posterior con una base cualitativa. Para el desarrollo de ambas etapas se siguieron los lineamientos planteados por la coordinación del proyecto de investigación y los

acuerdos surgidos de las diferentes instancias, seminarios y talleres de los que participó el equipo de investigación.

- En la etapa cuantitativa a través de un cuestionario autoadministrado (ANEXO 1) se realizó una sistematización de aspectos descriptivos de la formación en Salud en el Uruguay. Este cuestionario fue respondido dentro de la Universidad de la República por la Facultad de Enfermería, la Facultad de Medicina (dentro de ella por la EUTM, Escuela de Parteras y Escuela de Nutrición), Facultad de Psicología, Facultad de Odontología y dentro de las formaciones privadas por la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica. Para esta etapa además se analizaron las cargas horarias de las formaciones así como su distribución geográfica.
- Para la segunda etapa de corte más cualitativo se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas según la pauta establecida a los cargos directivos de las carreras que se definieron como priorizadas (ANEXO 2): Técnico en Anatomía Patológica, Técnico en Hemoterapia, Licenciatura en Laboratorio Clínico, Licenciatura en Imagenología y Licenciatura en Enfermería (tanto de la Universidad de la República como de la Universidad Católica). Realizándose también entrevista al decano de la Facultad de Medicina y a la Directora de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica.

### **IV.3 Marco referencial**

Para facilitar la comprensión de la ubicación de estas formaciones en el contexto del Sistema Educativo Uruguayo se hace necesario dar una mirada abarcativa al mismo.

#### **IV.3.1 El Sistema Educativo público.**

El Sistema Educativo público del Uruguay, de acuerdo a la Constitución de la República (Artículo 202), la ley 12.540 y la ley 15.739 se integra por tres entidades sin dependencia recíproca:

- Ministerio de Educación y Cultura, secretaría de estado que integra el Poder Ejecutivo;
- Administración Nacional de Educación Pública.
- Universidad de la República, llamada Universidad Mayor,

Estos últimos se configuran como entes autónomos. El principio de autonomía de los Entes, consagrado por la Constitución de la República, da a cada uno de los entes ejecutores (ANEP y UDELAR) capacidad de actuar con independencia del Ministerio de Educación y Cultura, aún cuando existe una comisión coordinadora (Cap. IX de la Ley 15. 739). La Constitución de la República establece en su capítulo II que:  
Competencias de los entes de educación y sus marcos legales.

### **Ministerio de Educación y Cultura**

Le compete:

- el desarrollo de principios generales de la educación, facilitando la coordinación entre las diferentes políticas educativas nacionales y su articulación con las políticas de desarrollo humano, cultural, social tecnológico y económico.
- relevar, confeccionar y difundir en coordinación con los entes autónomos, las estadísticas del sector en el marco del Sistema Estadístico Nacional.
- coordinar la educación nacional, la promoción del desarrollo cultural del país y la preservación del patrimonio artístico, histórico y cultural de la nación, así como de la innovación, la ciencia y la tecnología y de la promoción y fortalecimiento de la vigencia de los derechos humanos.
- es responsable del desarrollo del sistema multimedia de comunicación estatal y del impulso del acceso digitalizado de toda la población a la información.
- es responsable de la formulación y coordinación de políticas respecto de la defensa judicial de los intereses del Estado y de asegurar la información necesaria para la correcta aplicación del derecho.

### **Dirección de Educación:**

La Dirección de Educación tiene como objetivo impulsar y coordinar a todos los actores en el ámbito de la educación para lograr educación para todos durante toda la vida en todo el país mediante la conformación de un verdadero Sistema Nacional de Educación.

En ella funciona:

- supervisión de los centros privados de educación en la primera infancia
- Consejo Consultivo de Enseñanza Terciaria (autorización para funcionar y reconocimiento de nivel académico de sus carreras)

### **Administración Nacional de Educación Pública**

Es el Ente autónomo para la administración y conducción de la educación pública no universitaria. Con personería jurídica creado en marzo de 1985 por la ley N° 15.739.

Sus cometidos son:

- elaborar, instrumentar y desarrollar políticas educativas
- garantizar la educación a todos los habitantes del país, asegurando su ingreso, permanencia y egreso
- asegurar el cumplimiento de los principios y orientaciones generales de la educación
- promover la participación de toda la sociedad en la formulación, implementación y desarrollo de la educación.

### **Universidad de la República**

Es el Ente autónomo para la administración y conducción de la educación pública universitaria.

Tiene como Fines:

*“La Universidad tendrá a su cargo la enseñanza pública superior en todos los planos de la cultura, la enseñanza artística, la habilitación para el ejercicio de las profesiones científicas y el ejercicio de las demás funciones que la ley le encomiende.*

*Le incumbe asimismo, a través de todos sus órganos, en sus respectivas competencias, acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno.” (Ley Orgánica de la Universidad)*

### **IV.3.2 Estructura del Sistema Público de Educación:**

En Uruguay la educación básica obligatoria es de 11 años comprendiendo desde niveles 4 y 5 (pre primaria), educación primaria (6 años) y educación secundaria (3 años). Esta obligatoriedad ha sido ampliada a 14 años de escolarización mediante la incorporación de la Educación Media Superior con la aprobación el 12/12/2008 de la Ley General de Educación N° 18.437 que en su Artículo 7° (Capítulo II: De los principios de la Educación) establece la obligatoriedad de “*la educación inicial para*

*niños y niñas de cuatro y cinco años de edad, la educación primaria y la educación media básica y superior”.*

El **2º Ciclo de Enseñanza Media** consta también de tres años. Este nivel tiene un mayor grado de orientación o especialización y se imparte en tres modalidades de enseñanza:

- **Educación general:** permite la continuidad a la educación terciaria (bachilleratos generales) Como ciclo se extiende entre 4to y 6to año de Educación Media General, constituye una continuación de la Educación Media Básica.
- **Educación Tecnológica:** permite la continuidad a la educación terciaria y la inserción laboral (bachilleratos tecnológicos, educación media profesional, educación media tecnológica y cursos de articulación entre niveles). Como ciclo se extiende entre el 1er y 3er año de Educación media Tecnológica y constituye una continuación de la Educación Media Básica. Es importante aclarar que esta no incluye a formaciones en el Área Salud.
- **Educación técnico profesional:** está orientada fundamentalmente a la inserción laboral. Tiene el propósito de formar para el desempeño calificado de profesiones y de técnicos medios y superiores. Incluye cursos técnicos básicos y superiores, requiere de por lo menos 15 años de edad y constituye una continuación de la educación primaria. La culminación de este ciclo habilita para el ingreso a los niveles educativos correspondientes.

El segundo ciclo de enseñanza media es habilitante para cursar estudios superiores a nivel terciario público a cargo de la ANEP (formación de maestros y profesores así como formación de técnicos de educación profesional), de la educación terciaria ofrecida por instituciones privadas (carreras terciarias no universitarias) y de la educación universitaria a cargo de la universidad pública y de universidades privadas.

Por **educación terciaria** se entiende las modalidades de formación que exigen como condición de ingreso un diploma terminal de enseñanza media pública (secundaria o técnico profesional), o privada reconocidas como tales por el Ministerio de Educación y Cultura, (definición adoptada por el MEC en su *Decreto de Ordenamiento del Sistema de Enseñanza Terciaria Privada* 308/995, artículo primero). *“La educación privada, que se encuentra garantizada en el marco de la libertad de enseñanza, puede ser permitida o habilitada.”*

### **IV.3.3 Formación en Salud desde los Ministerios**

Los Ministerios dependientes del poder Ejecutivo tienen la potestad de formar sus propios recursos humanos. En Salud ha participado activamente durante el siglo pasado el Ministerio de Salud Pública a través de la Escuela Scosería donde se realizaba la formación de Auxiliares de Enfermería, Laboratorio, Radiología e Instrumentación Quirúrgica, desde el año 2005 esta pasó a la órbita de la Facultad de Enfermería de la UdelaR y solamente se forma Auxiliares de Enfermería. Los Ministerios de Defensa e Interior forman Auxiliares de Enfermería para sus Hospitales.<sup>40</sup>

### **IV.3.4 Breve descripción del Sistema Educativo a nivel universitario**

El Sistema Educativo a nivel universitario tiene sus particularidades. Muchas de ellas están marcadas con el proceso de creación y de las circunstancias que se fueron dando para su consolidación lo que hace que difícilmente se pueda hablar de un sistema ya que no hay una interrelación real entre sus diferentes componentes sino que está conformadas por varias facultades abarcando todos las áreas de conocimiento. Durante más de 150 años existió un monopolio estatal en la formación universitaria llevada adelante por el UdelaR, que concentraba toda la enseñanza del nivel pero también la investigación del país con la característica adicional de estar concentrada en la capital del país. Durante mucho tiempo ese fue la característica fundamental. En la década de los 60 la UdelaR comenzó un proceso lento de extenderse al interior del país, generando principalmente casas universitarias en donde el fin inicial era el trabajo de la extensión. Muy paulatinamente fueron creciendo en funciones y alcance constituyéndose en el camino hacia la descentralización. En las últimas décadas se fueron consolidando como Centros Universitarios ubicados en distintas regiones del país en las que se desarrollaron (total o parcialmente) varias carreras (en varias áreas) existiendo incluso experiencias como la del Centro Universitario de Paysandú que tiene un Carrera del área de salud como lo es el Tecnólogo en Salud Ocupacional que sólo se dicta en dicha sede y que es pertenece a la EUTM. Tanto las metas 2012- 2014 dentro de la

---

<sup>40</sup> Existen 25 Instituciones habilitadas por el Ministerio de Educación y Cultura. una de carácter público: la Escuela Sanidad de las Fuerzas Armadas, todas las demás son privadas. 16 de ellas se ubican en el Interior y 9 en Montevideo. El Ministerio de Salud Pública reconoce el 100% de las formaciones habilitadas tanto por la UdelaR como en el caso de Instituciones privadas por el MEC.

Universidad de la República como el presupuesto asignado por el poder Ejecutivo dan muestra del interés por una descentralización real en todas las áreas.<sup>41</sup>

Con la aprobación en el gobierno dictatorial del decreto 343/984, en el cual se autoriza el funcionamiento de la Universidad Católica del Uruguay “Dámaso Antonio Larrañaga” y su posterior convalidación en el gobierno democrático definitivamente se rompió ese monopolio de la UdelaR. En un contexto regional con políticas fuertemente de privatización es que el Poder ejecutivo aprueba la creación del “Sistema de Educación Terciaria Privada”, pero en dicha creación no prevé ni su coordinación ni mucho menos su unificación de con el público es así que nacen separados. Quien habilita a las Instituciones y sus programas es el MEC (siempre y cuando estas las soliciten ya que no están obligadas), pero el control solo se refiere a eso apartados ya que dicho ministerio no tiene el control de calidad de la enseñanza impartida ni en el sector privado ni en el público, otro hecho que es particular del Uruguay. Pero si bien hay dentro del MEC un órgano asesor que es el Consejo Consultivo creado por el Decreto 308 para el “Ordenamiento del Sistema de Educación Terciaria privada”, en la cual la integra representantes de MEC, ANEP, de la UdelaR y de las Universidades privadas. Este marco normativo que se encuentra en funcionamiento desde 1995, ha marcado muchas debilidades y que la UdelaR ha cuestionado el funcionamiento del mismo.

Es en ese contexto particular el sistema de enseñanza terciaria tiene básicamente dos componentes:

1. Una macro Universidad estatal, concentrada principalmente en Montevideo, que tiene el 90% de la matrícula global y abarca varias disciplinas y áreas de conocimiento, tanto en pre grado, grado, post grado y educación permanente. Además mantiene un muy alto porcentaje de la investigación del país. Recibe el 100% de su financiación con aportes del Estado.
2. Un subsector privado incipiente, que también su concentración principal está en la capital del país. Concentra aproximadamente el 10% de la matrícula y abarca en forma parcial algunas áreas de conocimientos científico y profesional, principalmente vinculados carreras de las áreas humanas, sociales, de ingeniería y del área de salud. No reciben financiación Estatal y desde el punto de vista

---

<sup>41</sup> Para más datos consultar el blog del Rector de la Universidad de la República <http://www.universidadur.edu.uy/blog/>, o en la página de la Comisión coordinadora del Interior <http://www.cci.edu.uy/>

jurídico son Asociaciones civiles o fundaciones sin fines de lucro con personería jurídica.

#### **IV.3.5 Proceso histórico sobre la formación Universitaria en Salud**

##### **3.5.1 En la Universidad de la República**

La creación de la Universidad de la República conllevó una etapa fundacional que va de 1833 al 1849. En sus inicios se encargo de los tres niveles de educación: primaria, secundaria y enseñanza superior. Recién es 1877 con la reforma escolar (conocida como reforma valeriana) se saca de su órbita la enseñanza primaria. Para 1935 la enseñanza secundaria se separa de la Universidad con la aprobación "LEY ORGÁNICA SOBRE ENSEÑANZA SECUNDARIA " N° 9.523.

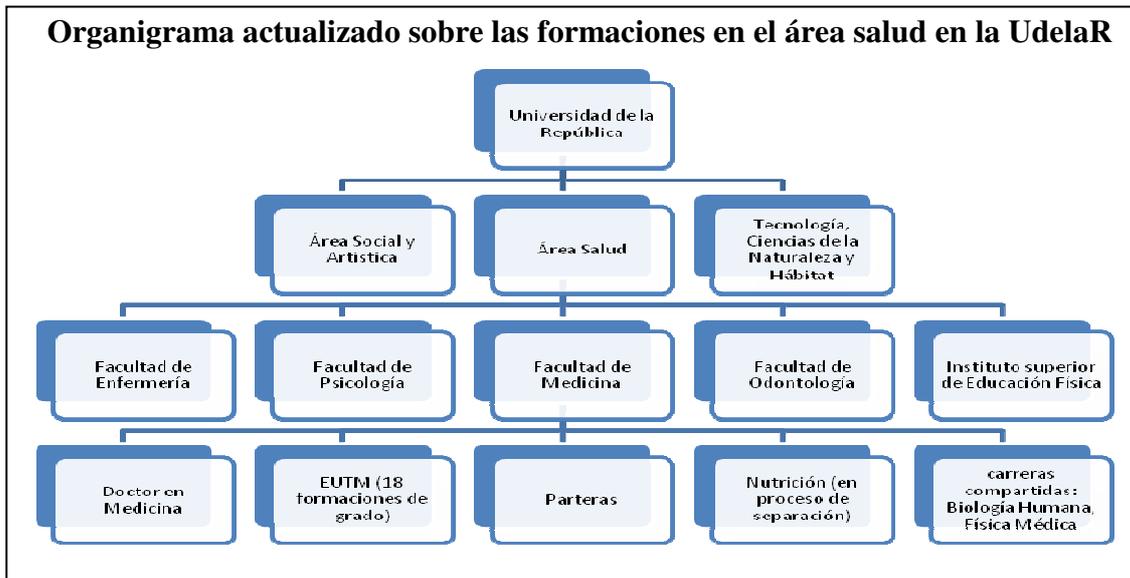
Las primeras cátedras fueron: latín, filosofía, matemáticas, teología y jurisprudencia, Lentamente fue creciendo creándose nuevas cátedras y luego Facultades. En 1875 se crean las cátedras de Anatomía y Fisiología y por tanto la Facultad de Medicina. Además, para 1877 se dictan las formaciones de Dentista, Parteras y Flebótomo. Desde el inicio se crea la sección de Odontología y ramas anexas, que en 1920 pasa a ser Escuela de Odontología siempre dependiente de Facultad. Luego lleva un proceso de unos 9 años hasta que en 1929 se separa la formación de los dentista y se crea la Facultad de Odontología, año que se inicia la construcción del primer hospital universitario, que se terminaría en 1950 llamándolo "Dr. Manuel Quintela". Es por ello y para proporcionar personal para el "hospital moderno" que en 1950 se crea la Sección de Auxiliares del Médico en la cual se cursos para Enfermeras (nurses), Dietistas, Transfusionistas (1950), Fisioterapia (1952 es la única carrera que desde el inicio egresan con el título de Técnico), Radiología, Auxiliares de Enfermería (hasta 1972), Psicología aplicada a la Infancia (hasta 1980) Laboratorio Clínico (1953) y de Archivo Médico y Estadística de Radiología (1954). En 1956 se crea la Escuela de Nutrición y Dietética dependiente de Facultad hasta el 2012 año en el cual se separa. Para 1965 la sección Auxiliares del Médico cambia su denominación a Escuela Colaboradores del Médico y ofrece nuevas formaciones como Fonoaudiología (1956) Preparador de Anatomía Patológica (1960), Neumocardiología (1961) e Instrumentista Quirúrgico (1962 al 64, luego se reanuda en 1997). Luego en 1978 cambia nuevamente su denominación pasando a ser "Escuela de Tecnología Médica". En ese momento deja de emitir certificados y pasa a emitir Títulos y desaparece la denominación Auxiliar, siendo todos los títulos otorgados de Técnico. A las formaciones ya existente se

sumaron Podología (1968), Radioterapia (1976) Cosmetología Médica, Educación Psicomotriz, Radioisótopos y Electroencefalografía. Es, a partir de 1979, que se inicia la creación e instalación en Paysandú (departamento del norte del país) de una sede de la Escuela en donde se dictan en un principio Fisioterapia, Hemoterapia, Radiología, Archivo Médico y Laboratorio Clínico. En 1990 se realiza la Primera Reforma Curricular, en la cual se prevé para algunas de las carreras de la EUTM con una duración de 4 años y el inicio del proceso para para que las mismas pasen a ser Licenciaturas. En 1994 cambia nuevamente la denominación y pasa a ser la "Escuela Universitaria de Tecnología Médica" y se instala por primera vez la Asamblea del Claustro. En el 2002 se anexan las dos últimas formaciones la de Terapia Ocupacional y de Salud Ocupacional, esta última solo se dicta en la sede de Paysandú.

Por otro lado la formación en Psicología tiene dos lugares en donde se comienza a forma en la Sección de auxiliares del médico (como ya vimos) con la formación en psicología infantil y por otro lado en 1956 comienzan a desarrollarse las actividades en el Instituto de Psicología y la Licenciatura de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad de la República. Con la dictadura se cierran ambos cursos y se crea en 1975 la Escuela Universitaria de Psicología. Recuperada la intervención y la restitución de las autoridades universitarias, se ve la necesidad de la unificación de la formación que lleva a la creación del Instituto de Psicología nuevamente dentro de la Universidad de la República. En 1994 pasa a ser Facultad de Psicología dentro de la UdelaR.

Respecto a la Facultad de Enfermería dentro de la UdelaR la misma tiene un inicio con la creación de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) dependiente de la Facultad de Medicina. En la dictadura e intervención de la UdelaR (1973-1985) se fusiona con Escuela Universitaria de Enfermería Dr. Carlos Nery (primera escuela en formar enfermeros en el país dependiente del Ministerio de Salud). Con la reanudación de la democracia comienza el proceso de independización de la Facultad de Medicina que se consigue en 1996 en el cual se crea el Instituto Nacional de Enfermería (INDE) perteneciente a la UdelaR, para luego en el 2004 pasar a ser la Facultad de Enfermería, con varias sedes en el país (Salto, Rivera ambos del norte del país y en el último tiempo la creación en el este del país). Además se consigue con financiación central de la UdelaR la concreción del Programa llamado de profesionalización, como modalidad

curricular alternativa, determinada para la obtención del título de Licenciado en Enfermería, dirigida a auxiliares de enfermería con experiencia en el cargo.



#### IV.3.5.2 En las Universidades Privadas

Es relativamente reciente y más aún dentro de la formaciones Técnicas, existen varias razones para esto pero sin dudas el hecho de que estas formaciones sean universitarias y exista un marco regulatorio legal ha evitado la aparición de formaciones de dudosa calidad académica.

Existen hoy tres Universidades privadas con formación en Salud vinculadas a nuestra área de interés:

##### **Universidad Católica del Uruguay**

La Universidad Católica del Uruguay fue creada el 22 de agosto de 1984 por el decreto 343/984, en el cual se autoriza su funcionamiento con el nombre "Dámaso Antonio Larrañaga y se le reconocieron los planes de estudio y los programa presentados. Luego con el primer gobierno constitucional luego de la dictadura con la aprobación de la Ley N° 15.738 en 1985, se convalida la creación de la misma. Fue la primera entidad privada de nuestro país dedicada a la enseñanza de grado universitario y es el corolario de una vieja aspiración de la Iglesia Católica Uruguaya que trabajando en tal sentido desde muchas décadas atrás la concreción de la misma. Luego el 23 de octubre de 1984 fue aprobada la Ley N° 15.661 que le otorgaba validez a los títulos otorgados por las entidades universitarias privadas de nuestro país, y para el mismo debían ser registrados ante el Ministerio de Educación y Cultura.

Dentro de la Universidad se encuentra la Facultad de Psicología, que brinda la Licenciatura en Psicología, que fue una de las primeras formaciones del área de la salud

junto con enfermería. Actualmente, esta última se núcleo con otras formaciones y se creó la Facultad de Enfermería y Técnicas de la Salud y en la cual se dicta Licenciatura en Enfermería, Licenciatura en Fisioterapia (aún en proceso de aprobación), Licenciatura en Nutrición y Licenciatura en Psicomotricidad. Además a partir del año 2001 también cuenta con la Facultad de Odontología.

### **Centro Latino Americano de Economía Humana**

Tiene su origen en 1947 cuando un grupo de jóvenes crearon los Equipos del Bien Común, influidos por las ideas del sacerdote bretón Louis-Joseph Lebret y comenzaron a realizar investigaciones sobre la realidad social. Para 1957 y luego de una reunión en Montevideo con otros grupos que se habían creado en Brasil, Colombia, Venezuela y Argentina, a iniciativa del propio Lebret, se funda el Centro Latinoamericano de Economía Humana y comienza la publicación de una revista, *Cuadernos Latinoamericanos de Economía Humana*, donde se publicaron trabajos vinculados a las ciencias sociales. En 1997 creó el Instituto Universitario CLAEH, y en 2005 tiene aprobado la Carrera Doctor en Medicina.

### **Universidad de la Empresa**

La Universidad de la Empresa es una fundación sin fines de lucro. A partir de los impulsos de Asociación de Dirigentes de Marketing del Uruguay (ADM) se crea en 1992 la Escuela de Negocios de UDE, con formaciones principalmente dirigidas el manejo empresarial, como ser la Licenciatura en Marketin. En 1998 obtiene su reconocimiento a partir del cual a desarrollado nuevas Carreras. Es en ese proceso es que se está conformando la Facultad de Ciencias de la Salud, en la cual tiene para su aprobación las formaciones en Licenciatura en Fisioterapia, Enfermería, Imagenología, Laboratorio Clínico y Técnico en Hemoterapia.

**Tabla 13: La formación en Salud en nivel terciario**

<b>Sistema Público</b>	<b>Sistema Privado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Universidad de la República:</b> Facultades de Medicina (incluye Tecnología Médica y Parteras), Enfermería, Odontología, Educación Física, Psicología, Nutrición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Universidad Católica:</b> Enfermería- Nutrición- Psicomotricidad- Odontología- Psicología</li> <li>• <b>Centro Latinoamericano de Economía Humana:</b> Doctor en Medicina</li> <li>• <b>Instituto Universitario Centro de Docencia, Investigación e Información en Aprendizaje:</b> Psicomotricidad</li> <li>• <b>Universidad de la Empresa</b> Facultad de Ciencias de la Salud (creación 2012)</li> </ul>

### IV.3.6 CARRERAS del ÁREA SALUD dentro de la Universidad de la República según SEDES (tabla 14)

Facultad		Título que se entrega	Lugar donde se dicta		
Facultad de Medicina		Doctor en Medicina	Montevideo Completa	Paysandú: Ciclo Clínico Patológico y Ciclo Materno infantil internado obligatorio	Salto: 3 últimos años de la carrera
Facultad de Medicina	Escuela de Parteras	Obstetra partera	Montevideo: completa		
		Licenciatura en Obstetricia	Montevideo: completa	Binacional: completa Paysandú (Uruguay); Concepción del Uruguay (Argentina)	
Facultad de Medicina	Escuela de Nutrición y Dietética (en proceso de separación)	Licenciado en Nutrición	Montevideo: completa		
Facultad de Medicina	Escuela Universitaria de Tecnología Médica <b>Técnicas y tecnológicas:</b> Hemoterapia, Anatomía Patológica, Radioisótopos, Radioterapia, Podología, Salud Ocupacional, Cosmetología Médica  <b>Licenciados:</b> Fisioterapia, Fonoaudiología, Imagenología, Laboratorio Clínico, Neumocardiología, Neurofisiología Clínica, Psicomotricidad, Registros Médicos, Oftalmología, Terapia Ocupacional, Instrumentación Quirúrgica		<b>Montevideo:</b>	<b>Paysandú:</b>	
		Anatomía Patológica	Completa	Completa	
		Hemoterapia	Completa	Completa	
		Radioterapia	Completa	Completa	
		Radioisótopos	Completa	No se dicta	
		Podología	Completa	Completa	
		Fisioterapia	Completa	Finaliza en Montevideo	
		Fonoaudiología	Completa	No se dicta	
		Imagenología	Completa	Completa	
		Neumocardiología	Completa	No se dicta	
		Neurofisiología Clínica	Completa	No se dicta	
		Psicomotricidad	Completa	Finaliza en Montevideo	
		Registros Médicos	Completa	No se dicta	
		Terapia Ocupacional	Completa	No se dicta	
		Cosmetología Médica	Completa	No se dicta	
		Instrumentación quirúrgica	Completa	Finaliza en Montevideo	
		Oftalmología	Completa	No se dicta	
Laboratorio Clínico	Completa	Completa			
Salud Ocupacional	No se dicta	Completa			
Facultad de Medicina, Ciencias y Humanidades	Licenciatura en Biología Humana	Licenciado en Biología humana (tiene una gran flexibilidad en su programa)	Montevideo, Salto, Paysandú		
Facultad de Odontología		Doctor en Odontología	Montevideo: completa	Rivera: pasantías 11º semestre	
		Asistente en Odontología	Montevideo: completa		
		Higienista en Odontología	Montevideo: completa	Salto: completa	
		Higienista en Odontología	Montevideo: completa	Rivera: completa	
Facultad de Psicología		Licenciado en psicología	Montevideo: completa	Salto: 2 años rotativo: (un año 1º y 2º, al siguiente 2º y 3º)	
Instituto Superior de Educación Física		Licenciatura en Educación Física	Montevideo: completa	Paysandú: completa	
		curso de guardavidas	Montevideo: completo	Paysandú: completo (cada dos años)	

		Técnico Deportivo	Montevideo: Completa (no se dicta la misma disciplina todos los años)		
<b>Facultad de Enfermería</b>		Licenciatura en Enfermería	Montevideo: completa	Salto: completa	Rivera: Auxiliar de enfermería. Módulo de enlace Licenciatura en Enfermería

## IV.4. Resultados y análisis

### IV.4.1 Etapa Cuantitativa:

La Etapa cuantitativa tuvo como principal insumo la aplicación del cuestionario acordado en el seminario de noviembre 2010 en Montevideo con la coordinación del proyecto (ANEXO 1).

Dentro de la Universidad de la República se aplicó a la Facultad de Enfermería, la Facultad de Medicina (dentro de ella por la EUTM, Escuela de Parteras y Escuela de Nutrición), Facultad de Psicología, Facultad de Odontología y dentro de las privadas por la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica. Realizándose posteriormente la sistematización y análisis de los resultados.

Para esta etapa también se trabajó con Datos del Sistema de Gestión de Bedelías (ingresos- egresos) y con los planes de estudio de todas las carreras del área salud.

#### IV.4.1.1 Año de creación de las instituciones



#### IV.4.1.2 Naturaleza Jurídica de la Institución

<b>Pública</b>	<b>Privada sin fines de lucro</b>
6	2

#### IV.4.1.3 Habilitación

<b>Universidad de la República y Facultad de Medicina</b>	<b>Universidad de la República</b>	<b>Ministerio de Educación y Cultura</b>
3	4	3

Según Dato MEC: Lic. En Psicología UNIFA (Sin ingresos Anuario estadístico 2009)

#### IV.4.1.4 Reconocimiento

<b>Públicas</b>	<b>Privadas</b>
Universidad de la República - Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Salud Pública

#### IV.4.1.5. Tipo de titulación en el Área Salud en la Universidad de la República según su localización:

##### IV.4.1.5.1 Montevideo

Institución	Ayud/Asist.	Técnicos	Tecnólogos	Licenciados	Doctores
<i>EUTM</i>		4	3	11	
<i>E N y D</i>				1	
<i>F de O</i>	3				1
<i>F de P</i>				1	
<i>F de E(*)</i>				1	
<i>F de M</i>				1	1
<i>E de P</i>				1	

##### IV.4.1.5.2 Interior

Institución	Técnicos	Tecnólogos	Licenciados	Doctores
<i>EUTM</i>	3	2	6	
<i>EBO</i>			1	
<i>F de O</i>	4			
<i>F de P</i>			1	
<i>F de E</i>			3	
<i>F de M</i>			1	2 (Ciclipa)

#### IV.4.1.6 Tipo de titulación en el Área Salud en las Universidades privadas:

##### IV.4.1.6.1 UCU Montevideo

Institución	Técnicos	Tecnólogos	Licenciados	Doctores
<i>Facultad de Enfermería</i>			3	
<i>Facultad de Odontología</i>				1
<i>Facultad de Psicología</i>			1	

##### IV.4.1.6.2 Claeh Maldonado

Institución	Técnicos	Tecnólogos	Licenciados	Doctores
<i>Facultad de Medicina</i>				1
<i>*Gestión de Servicios de Salud</i>				
<i>*Políticas Prevención Farmacodependencias</i>				
<i>*Economía de la Salud</i>				

\*Formación que se desconoce nivel académico (dato MSP Anuario estadístico 2009)

#### IV.4.1.7 Cargas Horarias de las distintas formaciones de Técnicos, Tecnólogos y Licenciados, agrupados según su frecuencia.

##### IV.4.1.7.1 Técnicos

Horas Formación de Técnicos	Menos de 500 hs	Entre 501 y 1000 hs	Entre 1001 y 1500 hs	Más de 1501hs
<i>Prácticas</i>	1		2	
<i>Teórico/Prácticas</i>	3			
<i>Teóricas</i>		1	3	

#### IV.4.1.7.2 Tecnólogos

Horas Formación de Tecnólogos	de Menos de 500 hs	de Entre 501 y 1000	de Entre 1001 y 1500	de Más de 1501
<b>Prácticas</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	
<b>Teórico/Prácticas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		
<b>Teóricas</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	

#### IV.4.1.7.3 Licenciados

Horas Formación de Licenciados	Menos de 500 hs	Entre 500 y 1000	Entre 1000 y 1500	Más de 1500
<b>Prácticas</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>Teórico/Prácticas</b>	<b>8</b>		<b>5</b>	<b>2</b>
<b>Teóricas</b>			<b>5</b>	<b>11</b>

#### IV.4.1.8 Media, máximo y mínimo por cada título en las horas de formación teórica, práctica y teórico- prácticas en las formaciones de Técnicos, Tecnólogos y Licenciados. (Tabla 23)

Título	Hs. Prácticas			Hs. Teo/pract.			Hs. Teóricas			Hs. Totales		
	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min	Med	Max	Min
<i>Técnicos</i>	932	1271	315	258	480	0	1113	1469	731	2309	2849	1196
<i>Tecnólogos</i>	1079	1365	825	600	955	340	945	1550	894	3215	3550	3025
<i>Licenciados</i>	1395	3176	190	1041	2675	10	1652	2505	1230	4061	4932	3418

#### IV.4.1.9 Incidencia en cada formación de las cargas horarias teóricas, práctica y teórico- prácticas respecto del total de horas. (tabla 24)

Carrera	Carga Horaria Total	% Horas practicas	% Horas teóricas/pr acticas	% Horas teóricas
Técnico en Anatomía Patológica	1196	28%	11%	61%
Tecnólogo en Cosmetología Médica	3550	29%	27%	44%
Técnico en Hemoterapia	2849	39%	17%	44%
Licenciado en Imagenología	4070	39%	31%	30%
Licenciado en Instrumentación Quirúrgica	4932	64%	7%	29%
Licenciado en Laboratorio Clínico	3880	50%	6%	44%
Licenciado en Neumocardiología	3418	43%	0%	56%
Licenciado en Neurofisiología Clínica	3674	22%	7%	70%
Licenciado en Oftalmología	3688	5%	42%	53%
Técnico en Podología	2450	42%	17%	41%
Licenciado en Psicomotricidad	3688	5%	42%	53%
Técnico en Radioisótopos	2740	46%	0%	54%
Tecnólogo en Radioterapia	3025	45%	11%	44%
Licenciado en Registros Médicos	4030	42%	28%	31%
Licenciado en Fonoaudiología	4665	11%	57%	31%
Licenciado en Fisioterapia	4050	49%	10%	41%
Tecnólogo en Salud Ocupacional	3069	37%	23%	40%
Licenciado en Terapia Ocupacional	4350	24%	45%	31%

#### **IV.4.1.10 De la Etapa Cuantitativa destacamos los siguientes aspectos:**

Como características generales de la formación de técnicos, tecnólogos y licenciados en Salud podemos afirmar que la gran mayoría de la oferta es pública y gratuita y esta oferta mayoritariamente se ubica en Montevideo.

Aunque existen excepciones:

- la carrera Tecnólogo en Salud Ocupacional que se dicta exclusivamente en Paysandú
- 9 Carreras de la EUTM se dictan también en Paysandú
- Existen trayectos o ciclos dentro de las carreras del área Salud que se pueden cursar en algunos centros universitarios (como ser Paysandú o Rivera)
- Se está caminando hacia la implementación de un Ciclo Inicial del Área Salud para el 2014<sup>42</sup>

Otra de las características de nuestro país todas es que todas las formaciones analizadas en este trabajo culminan con una titulación de grado, lo que incluye a los técnicos, tecnólogos y licenciados, tanto en la formación pública como privada son formaciones terciarias universitarias.

Las cargas horarias de los títulos de grado oscilan en un rango entre las 1300 hs y 4900 hs,

No existe aún en la misma Institución un patrón respecto a la incidencia de la formación teórica y su relación con la práctica incidiendo esta entre un, 28 y 49 % del total de las horas globales de los programas analizados.

## **4.2 Etapa Cualitativa**

### **4.2.1 Metodología**

Se optó por la realización de entrevistas semi estructuradas a cargos directivos de las carreras priorizadas (utilizando como base el cuestionario acordado en Río, en mayo de 2012).

Las **Entrevistas fueron realizadas a:**

- Decano Facultad de Medicina Universidad de la República
- Decana Facultad de Enfermería Universidad Católica
- Directora de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica
- Director de la Licenciatura en Imagenología
- Directora de la Licenciatura en Laboratorio Clínico
- Directora de la carrera Técnico en Anatomía Patológica
- Director de la carrera Técnico en Hemoterapia
- Directora Pedagógica Facultad de Enfermería Universidad de la República

---

<sup>42</sup> El ciclo permite el ingreso no a una carrera en específico sino al área salud. Durante su desarrollo se presentan a los estudiantes todas las posibilidades que brinda el área para su definición sobre qué carrera seguir. Este ciclo se compone además de asignaturas comunes a todas las carreras del área y se constituye como parte de sus planes de estudio. Está pensado para facilitar el tránsito entre carreras, la flexibilidad, la articulación y el cambio de orientación dentro del área sin tener que volver a iniciar desde cero una nueva carrera.

Todas las entrevistas fueron realizadas y procesadas por integrantes del equipo de investigación.

Se iniciaron con una presentación general de la entrevista que daba el encuadre. Es de destacar en todos los entrevistados la buena disposición y accesibilidad que mostraron al momento tanto de concretar como de realizar la entrevista.

Las primeras preguntas (ANEXO 2) se relacionaron con características propias del cargo y de la institución a la que pertenecen los entrevistados (años que hacen que ocupan el cargo, forma de acceso, historia de la institución, creación de las diversas carreras que se realizan en la institución).

#### **4.2.2 Resultados obtenidos**

Se analizarán globalmente las respuestas obtenidas en las entrevistas.

##### **4.2.2.1 Existencia del Proyecto político pedagógico**

Sobre la pregunta ¿La institución cuenta con un Proyecto Político Pedagógico? En caso afirmativo, ¿cómo fue concebido? ¿Quién participó en su elaboración? Pensarlo en el marco de las ofertas de formación que ofrece. ¿Cómo se viene implementando el PPP? ¿Ha habido actualizaciones y/o reformulaciones? En caso afirmativo ¿Qué las motivó?

Para las instituciones de formación pública en general: su Proyecto Político Pedagógico está definido por el PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIVERSIDAD de la República (desarrollado desde el año 2001, en el cual contiene objetivos a cumplir en quinquenios, con diversos ajustes según los distintos rectorados, aprobados por el Demos de la Universidad. Este último rectorado no lo ha continuado específicamente ya que plantea un proyecto propio que apunta a una Segunda Reforma)

- Decanos y Directora tienen proyectos de dirección no pensados como Políticos- Pedagógicos, ya que los cargos que desempeñan son cargos políticos para los que sus proyectos se someten a consideración del Demos del servicio correspondiente y se basan más en gestión administrativa que política.
- Las direcciones de carrera (Imagenología, Laboratorio Clínico, Hemoterapia, Anatomía Patológica) no lo tienen

Para la Universidad Católica del Uruguay:

- Definido por la Filosofía y la Pedagogía Jesuita en el caso de la UCU

#### 4.2.2.2 Años de Creación de los cursos en salud:



#### 4.2.2.3 Perfil del trabajador que la institución quiere formar

En cuanto a la existencia de algún perfil común a los egresados o graduados que la institución quiere formar los entrevistados respondieron en general:

A la interna de Facultad de Medicina:

- No existe un perfil común, pero guardan lineamientos con características comunes: Extensión, Investigación, Promoción, Prevención y Diagnóstico

El perfil específico está definido por la especificidad de la disciplina en que se basa la carrera.

Carrera	Características del perfil
<b>Laboratorio Clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesar muestras de los humanos, animales y vegetales para diagnóstico</li> <li>• Evaluar técnicas,</li> <li>• Investigar</li> <li>• Hacer extensión</li> <li>• Trabajar en prevención de algunos factores de riesgo</li> </ul>
<b>Anatomía Patológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de transformar el material biológico de origen animal, de origen vegetal en una lámina que sea interpretable</li> </ul>
<b>Hemoterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitado para hacer la promoción, captación, evaluación del donante de sangre voluntario, altruista.</li> <li>• Atención del donante, la extracción de sangre y posterior procesamiento de las medidas de sangre de sangre, recolectar todos estudios, del laboratorio.</li> <li>• Vinculado a las terapias celulares y todo lo que tiene que ver con los registros de resultados, campañas a nivel de salud</li> </ul>
<b>Imagenología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de distintos tipos de energía, fundamentalmente rayos X para la obtención de imágenes para fines diagnósticos.</li> <li>• Fuera de la salud trabajan en la industria donde se utilizan a veces radiaciones para saber estructuras de alguna pieza</li> </ul>

En cuanto a las Facultades de Enfermería

Universidad Católica	Universidad de la República
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales competentes</li> <li>• Compasivo- Humanitario</li> <li>• Solidez en los conocimientos, por su capacidad en sus destrezas. Praxis sustentada en la reflexión.</li> <li>• Éticamente responsables,</li> <li>• Gestión</li> <li>• Investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perfil integralista,</li> <li>• Humanista,</li> <li>• Científico- técnico</li> </ul>

**4.2.2.4 Participación en la Política de Formación de Técnicos en Salud- Acompañamiento y participación de la institución en el desarrollo de las políticas relacionadas a la formación de técnicos en salud y de los determinantes para la oferta de los cursos.**

**¿Cómo se da esa participación o ese vínculo?**

Dentro de la Facultad de Medicina y en la EUTM:

Es diferente, a nivel central de la facultad, se tiene una actividad activa y proactiva. Dentro de EUTM y en especial dentro de las Carreras en particular se participa en comisiones específicas o se responde a demandas puntuales.

Facultad de Enfermería de la Universidad de la República:

Se tiene una actitud activa y proactiva tanto a nivel nacional como internacional.

Facultad de Enfermería Universidad Católica del Uruguay

Se tiene una actitud activa participando en equipos nacionales.

4.2.2.5 En el bloque de preguntas sobre la **Organización curricular** las respuestas fueron:

**4.2.2.5.1 Definición de currículum**

Dentro de la Facultad de Medicina y la EUTM:

Se limita al Plan de estudio.

Facultad de Enfermería Universidad de la República:

*“...es el camino que nos guía hacia un fin, que no es recto que es sinuoso y es el que nos delimita hacia dónde llegar...”*

Facultad de Enfermería Universidad Católica del Uruguay:

*“Es un ordenamiento. Existe el explícito y el oculto”.*

**4.2.2.5.2 Elaboración del Currículum**

CARRERAS	¿Quién lo hace?
Laboratorio Clínico, Enfermería UdelaR, Anatomía Patológica	Los tres órdenes: docentes, egresados y estudiantes
Imagenología, Hemoterapia, Decana Fenf UCU	El cuerpo docente

**4.2.2.5.3 Evaluación del Currículum**

CARRERAS	¿Cuándo y cómo?
Imagenología, Dirección	No. Solo para cambios de plan.

<b>de la EUTM</b>	
<b>Anatomía Patológica, Laboratorio Clínico</b>	Si, de manera no sistemática.
<b>Decana Enf UCU</b>	Si. Evaluación por pares internos dentro del UCU cada 4 o 5 años que puede llevar al cambio de plan y la acreditación.
<b>Enfermería UdelaR</b>	Si.

#### 4.2.2.5.4 Organización del currículum

Los Planes de estudio vigentes para las carreras priorizadas son: 2006 para la EUTM, 2005 para Enfermería de la UCU y 1993 para Enfermería UdelaR.

La duración de las carreras en años: Tecnicaturas: 3 años y Licenciaturas: 4 años.

Con la aprobación de la Ordenanza de Estudios de Grado de la Universidad de la República (que entró en vigencia a partir del 19 de setiembre de 2011) y luego de pasado el proceso de Acreditación de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Católica todos los planes de estudio se encuentran en proceso de reforma.

#### 4.2.2.5.5 Sobre las Competencias. Definición:

<b>Carrera</b>	<b>Definición</b>
<b>Anatomía Patológica</b>	Capacidad que tiene el técnico de insertarse en determinadas áreas y hacerlo de una manera responsable (alcance de su función, legal, ético).
<b>Dirección EUTM</b>	Habilidades para realizar tal tarea en la comunidad respetuosa, inserta, valorando ese ser humano que está del otro lado y con un bagaje de conocimientos que no lo da solo específicamente del currículum.
<b>Imagenología</b>	Es lo que puede hacer, que es lo que sabe hacer. Capacidades técnicas y de relacionamiento con pacientes y equipo de trabajo.
<b>Hemoterapia</b>	Buena interacción con el interlocutor. Tener destrezas o competencias técnicas en lo que tiene que ver con las técnicas de abordaje y para manejarse en diferentes ambientes hospitalarios.
<b>Enfermería UCU</b>	Que sean profesionales competentes. Rediseño curricular orientado en competencias.
<b>Enfermería UdelaR</b>	El saber hacer con una base teórica.

#### 4.2.2.5.6 Métodos de Evaluación

En todos:

- Tradicionales: Parciales, examen final (oral, práctico o escrito)
- Asistencia (obligatoria)

En algunos casos:

- Práctica simulada
- Plataforma virtual
- Evaluación permanente (sobre todo de la práctica)

#### 4.2.2.5.7 Métodos de Enseñanza

Tradicional: clases magistrales, exposición teórica

Otras: talleres, seminarios, presentación de trabajos, análisis de casos clínicos, imágenes, observación, trabajo en pequeños grupos

Enseñanza a través de la plataforma virtual

Práctica

#### 4.2.2.5.8 Selección de Contenidos

En la mayoría lo realiza el cuerpo docente

Depende de la actualización en la disciplina

Se estudian programas de la región

Se incorporan emergentes

#### 4.2.2.6 Reflexión sobre el Sistema de Salud y el proceso de trabajo

Dentro de la Facultad de Medicina y EUTM:

Los entrevistados señalaron que se en general se realizan reflexiones sobre el proceso de trabajo, no tanto sobre el sistema de Salud.

*"Si, da porque nosotros estamos integrando el Sistema Nacional Integrado de Salud y eso influye en la mejor formación nuestra profesional." (Laboratorio Clínico)*

*"Creo que no, únicamente en el aspecto de las prácticas" (Anatomía Patológica)*

*"Se usa. No creo que se reflexione" (Dirección de la EUTM)*

Facultad de Enfermería Universidad de la República y Facultad de Enfermería

Universidad Católica del Uruguay

Las entrevistadas señalan que en enfermería se reflexiona tanto sobre el sistema como del proceso de trabajo.

*"El Sistema Integrado requiere profesionales críticos reflexivos, eso es fundamental para reflexionar y cada una de las asignaturas de Licenciado en Enfermería se adecua al Sistema Nacional de Salud. Ahora está priorizada esto de Atención Primaria, bueno." (Universidad Católica)*

*"Si eso se trabaja mucho desde el primer año, lo que se trabaja precozmente desde el anterior plan, trabajar en el sistema de salud y la enfermería desde el arranque que tengan contacto con la realidad". (Universidad de la República)*

#### **4.2.2.7 Investigación**

##### Dentro de la Facultad de Medicina EUTM:

Las respuestas sobre la investigación giran en torno a las carencias que hay en este sentido señalándose que no la realizan ni los docentes ni los estudiantes. Pero que la investigación que se realiza se da en el plano profesional de algunos docentes.

*"Algunos docentes Si. Los estudiantes no".(Anatomía Patológica)*

*"Los docentes No. Los estudiante No". (Hemoterapia)*

*"Para los docentes muy incipientemente. Los estudiantes No." (Imagenología)*

*"En el ámbito profesional de los docentes, no en cuanto a docentes. Los estudiantes hacen monografía". (Laboratorio Clínico)*

*"Líneas de investigación en la escuela que esté comprometida la escuela en su totalidad no hay. Podrá haber investigaciones puntuales en algunas carreras". (Dirección de la EUTM)*

##### Facultad de Enfermería Universidad de la República y Facultad de Enfermería

##### Universidad Católica del Uruguay

Se da un desarrollo mayor de la investigación. En ambos casos se plantea que los docentes deben investigar y que existen líneas definidas de investigación por los departamentos. En algunos casos se establece también la obligatoriedad para los estudiantes y en otros se les da como opción de formación realizando el reconocimiento por créditos de las tareas realizadas.

*"Existen Departamentos que desarrollan líneas: la gestión del cuidado, el adulto mayor, el embarazo adolescente. Anuario de investigaciones. Publicaciones. Existe para estudiantes un programa llamado Germinadores (participación voluntaria)" (Decana UCU)*

*"Los docentes deben investigar, lo tienen como requisito, las cátedras lo hacen lo que los docentes se quejan es que la enseñanza les quita la mayor cantidad del tiempo que tienen. Tienen líneas de investigación por cátedra". (Enfermería UdelaR)*

#### **4.2.2.8 Extensión**

En las respuestas sobre Extensión en las distintas formaciones encontramos tres categorías: las que tradicionalmente la desarrollan, las que lo hacen incipientemente y las que no la realizan.

##### Las que tradicionalmente la desarrollan:

Las Facultades de Enfermería plantean un arraigamiento de la extensión que tiene que ver con las características propias de la formación y del rol de las enfermeras. Aunque presentan características diferentes en el desarrollo de la misma.

*"Yo creo que debe ser la Facultad que tiene más Extensión en toda la Universidad. Y si porque es nuestra impronta. En nuestra carrera es lógico. Estamos en el contexto crítico permanente. Fijate que es una carga horaria muy importante tiene comunitaria, Salud Comunitaria."* (Decana UCU)

*"Ahora con las discusiones que la UdelaR está realizando sobre la definición de la extensión si esto es extensión o asistencia, nosotros hemos considerado que el estudiante hace extensión en tanto desarrolla actividades en el medio, va a la comunidad y trabaja con el barrio y lo ayuda a resolver problemas, eso es tanto en la comunidad como en un hospital, nosotros no lo atamos sólo a la comunidad. Lo que sí si o si debe tener una relación los objetivos de aprendizaje del estudiante."* (Enfermería UdelaR)

##### Las que lo hacen incipientemente:

Hemoterapia- Laboratorio- Anatomía Patológica (por proyectos o por iniciativas de docentes o de estudiantes)

*"Yo creo que tenemos años y años de actividades puntuales en el medio"* (Dirección de la EUTM)

*"Docentes y estudiantes por proyectos financiados".* (Laboratorio Clínico)

*"Se está en proceso"* (Hemoterapia)

##### Las que no lo hacen:

*"No se realiza"* (Imagenología)

#### **4.2.2.9 Integralidad de las funciones (Enseñanza- Extensión- Investigación)**

##### Dentro de la Facultad de Medicina:

Las respuestas indican que se está trabajando en esa dirección, debido a que la nueva Ordenanza lo plantea, como una intención política – pedagógica.

*"Bueno, pretende. Pretende también dar otro modelo de atención. Contribuir al cambio del modelo de atención. Hoy el proceso de reforma tiene tres ejes: Cambio en el modelo de gestión, cambio en el modelo de financiación y cambio del modelo de atención."* (Decano Fmed)

*"Desde el punto de vista de la ordenanza no tenemos más remedio que pensar en la integralidad de estas funciones y tendremos que ver como lo vamos a llevar a cabo. Están totalmente contempladas y son necesarias. Tan necesarias que quieren curricularizar la extensión que es un gran deber nuestro".* (Directora EUTM)

#### Facultad de Enfermería UdelaR

*"Lo que estamos viendo es la curricularizar de la extensión. Porque se hace extensión históricamente el tema es como reconocerla como darle créditos, para nosotros es como algo natural".*

#### Decana Facultad de Enfermería de la UCU

*"Desde el 97 que empezamos en esto, está todo integrado. Una de las cosas: la formación integral".*

### 4.2.2. 10 En cuanto a la **Formación docente**

#### Dentro de la Facultad de Medicina:

Existe una demanda pero en lo que tiene que ver con lo pedagógico hay poca participación, lo contrario respecto a lo disciplinar. Pero con la profesionalización docente de la UdelaR va a cambiar ya que va a ser un punto de análisis para la renovación de los cargos.

*"No se si demandan pero se empiezan a sentir obligados."* (Decano Fmed)

*"Demandan desde el discurso"* (Directora EUTM)

#### Facultad de Enfermería UdelaR:

*"Demandan pero no concurren en gran número, debido a multiempleo y obligaciones de la enseñanza".*

#### Facultad de Enfermería UCU

*"La institución ofrece. Se puede formar tanto en la universidad (cursos gratuitos) como en universidades extranjeras."*

### 4.2.2.11 En cuanto a las **Prácticas**

#### En las formaciones dentro de la UdelaR:

- Hospitales públicos
  - Convenio con mutualistas privadas
  - Policlínicas

En la Universidad Católica:

- Hospitales públicos
- Convenio con mutualistas privadas

Ambas: con acompañamiento y supervisión docente

Prácticas sin usuarios reales

Dentro de la Facultad de Medicina la realiza la carrera de médico - Facultad de Enfermería de la Universidad Católica y de la UdelaR cuentan con laboratorios. En Facultad de Medicina además se utilizan actores para las evaluaciones.

#### 4.2.3 De la Etapa Cualitativa destacamos los siguientes aspectos

A partir de las entrevistas realizadas destacamos los siguientes aspectos:

Un Proyecto Político pedagógico a nivel de carrera no existe como tal por las características que tiene la Universidad de la República como institución. La existencia de lineamientos generales a nivel pedagógico y la fuerte impronta dada por el cogobierno universitario hacen que la pregunta específicamente para Uruguay debería haber tenido otra formulación.

Es de destacar que las formaciones de técnicos en salud se realizan hace más de 60 años en la Universidad de la República y 15 en la Universidad Católica. Esto denota una preocupación por la necesidad de este tipo de formación y que se haga en el nivel universitario.

Respecto a la característica del currículum a nivel público la forma de gobierno tiene un protagonismo sustancial ya que cualquier reforma debe pasar por ámbitos como los claustros, comisiones directivas y consejos. No existen mecanismos sistemáticos de evaluación de los mismos ni de seguimiento de los mismos a nivel público. No existen pares evaluadores salvo para las instancias de acreditación. A nivel de la Universidad Católica del Uruguay se realiza a través de pares evaluadores.

Respecto al concepto de competencias las entrevistas denotan un manejo acotado al mismo refiriéndose en la mayoría de los casos a la capacidad técnica. Cuestión que se trasluce en la definición del currículum, planes de estudio, formas de enseñanza y evaluación de los mismos. La extensión y la investigación no están

curricularizadas (en la mayoría de los casos) ya que en los planes de estudio prima lo disciplinar en pocos casos atravesado por el resto de las funciones. Sobre las prácticas prima un manejo "tradicional" de las mismas aunque existen innovaciones como las prácticas simuladas en laboratorios o con actores.

#### **IV.5 Algunos aspectos para seguir pensando a partir de lo investigado y el nuevo marco institucional.**

Es de destacar la importancia que ha cobrado a nivel de la Universidad de la República y en especial en el área de la Salud la aprobación de la Ordenanza de Estudios de Grado aprobada en 2011 y que prevé que en un plazo no mayor a dos años (agosto de 2013) todas las carreras cuenten o bien con un nuevo plan de estudios o bien con uno actualizado a la misma. Esto se constituye como una oportunidad ya que permitirá "emparejar" las cargas horarias (ya que se establecen mínimos y máximos para iguales formaciones), permite la articulación y la flexibilización en los planes de estudio. Por lo tanto es un aspecto positivo que todas las carreras en las que se ha investigado se encuentren en ese proceso ya que permite realizar la evaluación del currículum, redefinir los perfiles de egreso, racionalizar las cargas horarias, distribuir las unidades curriculares a lo largo del plan. De las entrevistas realizadas se destaca que para la elaboración de los nuevos planes se han analizado estándares y planes de carreras iguales o similares de la región. También la ordenanza prevé en un plazo no mayor a 10 años la evaluación de los planes.

Entre otros aspectos la mencionada ordenanza posibilita:

- Realizar un viraje hacia la evaluación formativa de los aprendizajes
- Potenciar la formación pedagógico - didáctica de los docentes
- Flexibilizar y articular entre carreras afines potenciando los tránsitos horizontales.

En el caso de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Católica se entiende que la acreditación facilita la evaluación del currículum. La acreditación es un camino que la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República inició pero no concluyó. A la interna de la Facultad de Medicina la única carrera acreditada es la de Doctor en Medicina.

Otro aspecto relevado como positivo es el vínculo entre las formaciones públicas y la privada, destacándose en ambas entrevistas la colaboración mutua. Sobre este punto se ve en los últimos años un crecimiento de la oferta privada en aquellas

formaciones que tradicionalmente desarrollaba únicamente la Universidad de la República centradas mayoritariamente en Montevideo. Siendo aún la Universidad de la República quien detenta la amplísima mayoría de las formaciones investigadas en el interior del país. Este punto merecería un análisis específico.

Se hace necesario trabajar a la interna de las diferentes carreras en el tipo de **vínculo** que se desarrolla con el **Ministerio de Salud Pública** ya que desde el discurso de los entrevistados se reclama una mayor participación pero se reconoce la falta de recursos humanos o materiales para participar de otra forma o dar respuesta a las necesidades del sistema. Se hace necesario también incorporar en el currículum la posibilidad de reflexionar tanto sobre el Sistema Nacional integrado de Salud como del papel de los profesionales de la salud que lo integran. Teniendo en cuenta que en noviembre de 2011 se *“celebró un memorando de entendimiento que dará lugar a la creación del **Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Uruguay**”* (<http://www.msp.gub.uy> consultada 14/02/2013) que permitirá construir políticas públicas y planes estratégicos en el contexto del proceso de profundización de la reforma en salud, el papel de la UdelaR y en especial de la EUTM debe ser activo. En este observatorio participarán además de la UdelaR (con todos los servicios del área salud), la OPS/OMS, el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior, la Federación Uruguaya de la Salud y el Programa APEX permitiendo además la participación de otros actores interesados en el sector. Desde los diversos actores se ha valorado la creación de este observatorio ya que permitirá no solo planificar la distribución de los recursos existentes sino de *“cerrar las inequidades existentes”* (como lo afirma el Ministro Venegas). Este ORHS se encuentra en proceso de consolidación ya que el 19/12/2012 se firmó el acta fundacional y está funcionando una comisión encargada de convocar una primer reunión plenaria y elaborar su Reglamento.

#### **IV.6 Los aportes de la investigación a la EUTM**

El desarrollar esta investigación dio a la EUTM la posibilidad de consolidar un equipo de investigación y una línea de investigación en este sentido. Permitted generar insumos y promover instancias que resultaron sumamente enriquecedoras para la institución y que la posicionó no solo a la interna de la Facultad de Medicina sino de la Universidad de otra forma.

A la interna de la Universidad de la República durante el año 2010 se realizaron instancias de información y difusión de la investigación ante Comisión Directiva de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, el Consejo de Facultad de Medicina y el Demos de la Institución. Se establece vínculo con el MSP para el intercambio de información.

Durante 2011 parte del equipo participó de la Reunión del Mercosur Salud y Mercosur Educativo en Montevideo (Ver Acta en Anexo 3). Durante ese año se comenzaron a difundir los resultados parciales de la investigación en distintos encuentros convocados a ese fin y se creó en la web de la EUTM un espacio destinado a la difusión de los distintos materiales que se fueron generando ([www.eutm.fmed.edu.uy/](http://www.eutm.fmed.edu.uy/) investigación).

Durante el 2012 se realizó una ponencia en el marco de las 1ras Jornadas Académicas EUTM (agosto) y se procedió a realizar el registro del equipo de investigación como Grupo Interdisciplinario en la UdelaR.

En este año hay previstas actividades de las que este equipo participará mostrando los avances y resultados obtenidos.

A su vez posibilitó realizar una visión global de la institución en los aspectos investigados como ser el conocimiento de la propia historia de la EUTM y de las disciplinas que las componen, la organización curricular, la enseñanza, la extensión, la investigación. Y en estos aspectos es mucho el camino que queda por recorrer. Uno de los aportes se recoge en los anexos (ANEXO 4) de este trabajo que tiene que ver con la sistematización de los perfiles de los 18 planes de estudio. Insumo importante para la discusión que se viene desarrollando hacia la elaboración de los nuevos planes de estudio y que tiene entre sus ejes saber ¿Qué perfil de profesionales se pretenden formar? ¿Existen diferencias entre los perfiles y los planes de estudio? Este insumo fue tomado por la Comisión Mixta entre la dirección de la EUTM y el Claustro que son quienes tienen como tarea la dinamización de la discusión sobre los nuevos planes de estudio.

Se hizo evidente la necesidad de sistematizar todo lo que tiene que ver con la Historia de la Escuela Universitaria de Tecnología médica ya que no se conoce y a su vez profundizar en la historia de cada una de las carreras que la componen. Proyecto que se encuentra en desarrollo en colaboración con la Unidad de Apoyo a la Enseñanza.

Sobre Investigación, podemos decir que es el lado más débil de nuestra institución aunque por la gran diversidad de formaciones parece ser un lugar privilegiado para desarrollarla ya que la interdisciplina se da naturalmente. Se ve un avance en este plano en los últimos tiempos con la consolidación de la Unidad de Investigación (ya que las de Enseñanza y Extensión existen desde 2008) y junto con ella la conformación de un espacio interunidades que se reúne periódicamente y que para el 2013 comenzó a transitar el camino de la integralidad de actividades. Entre las cuestiones prioritarias a abordar en este punto se entendió la necesidad de realizar charlas, jornadas, cursos de formación para los docentes de la EUTM en distintas cuestiones que tienen que ver con la Investigación (Herramientas de investigación cualitativa, programas, estudio de casos, etc.) teniendo una muy buena receptividad por parte tanto de las autoridades como de los docentes de las distintas carreras y áreas. Se planificó la realización de la Primer Jornada sobre Investigación de la EUTM (para Enseñanza y Extensión ya hay una experiencia acumulada en este sentido). Como último punto que muestra los avances en este sentido es la participación y el impulso a presentación de proyectos en estudiantes de la EUTM ya que la Universidad cuenta con líneas de financiación específica para tales efectos.

## **Capítulo V**

### **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: primeiras aproximações comparativas**

Realizar uma comparação dos achados deste estudo não constitui uma tarefa fácil. Significa confrontar realidades profundamente diferentes e diversas que são resultado de processos históricos mais amplos, com distinções sociais que se convertem em importantes assimetrias.

Os contrastes são muitos. Vão desde a dimensão territorial, os aspectos sócio-demográficos, políticos, econômicos, a organização dos sistemas de saúde e de educação. No que diz respeito à este último, podemos citar a diferença histórica que existe entre os países envolvidos quanto ao nível educativo onde cada formação se realiza. Enquanto que no Brasil a formação técnica em saúde está vinculada ao nível médio, na Argentina e no Uruguai vincula-se no nível superior de educação, seja em instituições universitárias ou em institutos terciários não universitários. Da mesma forma, ao compararmos a carga horária das diversas carreiras oferecidas nos três países, constatamos que também há uma imensa diversidade; enquanto que no Brasil a carga horária mínima dos técnicos em saúde é de 1.200 horas, sem contar a carga horária de estágio, na Argentina e no Uruguai, dependendo da habilitação, a carga horária pode variar de 1.600 a 4.000 horas incluindo o estágio. Há ainda uma variedade de denominações que o trabalho técnico em saúde adquire nas suas diferentes especialidades e que interferem na possibilidade de um entendimento que seja comum entre os três países; às vezes dentro do mesmo país.

Neste sentido, podemos afirmar que os resultados encontrados por este estudo ainda apresentam um caráter preliminar devido a própria abrangência e complexidade do objeto em questão, corroborando para o entendimento de que, para que ocorra um processo de integração que contribua para a livre circulação de trabalhadores ainda há um longo caminho a ser trilhado.

Para tanto, este texto se organiza de forma a apresentar os principais aspectos destacados em cada categoria de análise explorados na pesquisa, tal como realizado na

primeira etapa do estudo no Brasil<sup>43</sup> em relação a: instituições responsáveis pela regulação da formação e do exercício profissional; em relação a escola (criação da instituição, elaboração e implementação do Projeto Educativo Institucional (Argentina e Uruguai) ou Projeto Político Pedagógico (Brasil), oferta de cursos da saúde e perfil de trabalhador); em relação à Política de Formação dos Técnicos em Saúde (acompanhamento e participação da instituição no desenvolvimento das políticas relacionadas à formação de técnicos em saúde, e os determinantes para a oferta dos cursos); em relação ao currículo (organização desenvolvimento curricular, e competências); em relação à qualificação docente (demandas de qualificação, processos de formação continuada); em relação aos estágios (Desenvolvimento, integração escola serviço, dificuldades encontradas).

Incorpora, também, uma sistematização inicial sobre as áreas de formação de técnicos em saúde nos países do Mercosul, comparando a denominação dos cursos, sua carga horária e o perfil de egresso com ênfase nas habilitações prioritárias destacadas nas negociações do processo de integração.

### **V.1. Instituições responsáveis pela regulação da Formação e do exercício profissional:**

Na Argentina, o Estado Nacional, as provincias e a Cidade Autônoma de Buenos Aires são os responsáveis por planificar, organizar, supervisionar e financiar o sistema educativo nacional. O objetivo é garantir o acesso a educação em todos os níveis e modalidades, criando e administrando estabelecimentos educativos de gestão estatal. A criação e financiamento das Universidades Nacionais é de responsabilidade do Estado Nacional.

A regulação do exercício profissional na Argentina constitui-se em um desafio para o próprio país. Uma primeira questão está na inexistência de um sistema de informações confiável sobre estes trabalhadores. Observa-se que para a uma determinada formação pode haver uma variedade de títulos diferentes para a mesma função e vice-versa, o que compromete o registro das informações.

Os trabalhadores técnicos na Argentina possuem título de educação superior, subdividido em técnico superior universitário e técnico superior não universitário. A

---

<sup>43</sup> A primeira etapa do estudo foi realizada de março de 2007 a outubro de 2008 no Brasil. Para um maior aprofundamento ver a publicação: PRONKO, M.; STAUFFER, A; CORBO, A; LIMA, J.; REIS, R. A Formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul. Rio de Janeiro, EPSJV, 2011.

habilitação do exercício profissional dos técnicos está ligada ao processo de educação formal.

A regulação do exercício profissional está no âmbito das províncias. O Ministério da Saúde é o responsável pela outorga das matrículas nacionais e das províncias. Outra questão que se coloca como um desafio é a existência de múltiplos registros de matrículas dos técnicos. Em muitas províncias a matrícula responde a denominação da titulação ocasionando, muitas vezes a existência de mais de uma matrícula para o mesmo perfil laboral. O Ministério da saúde da Nação tem procurado avançar no desenvolvimento de uma Rede Federal de Registros Profissionais de Saúde que é alimentada por cada província e que se reporta a um sistema de informação web (SISA- Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino). Uma terceira questão importante é a articulação do campo da formação com o campo laboral. A autorização para a criação de instituições formadoras e de novas carreiras de nível superior não universitario é de responsabilidade do Ministerio da Educação da província, a habilitação para o exercício profissional é de competência do Ministerio da Saúde de cada jurisdição que pode, ou não delega-la aos Colegios de Lei. Por outro lado, as carreiras técnicas ou de pós-graduação são criadas no marco da autonomia universitaria e pertencem à órbita do Ministerio da Educação da Nação e contam com regulação específica desde dois anos atrás.

A falta de articulação entre a educação e a saúde nos diferentes níveis da jurisdição aprofunda a dispersão da formação e a apreciação de perfis que não encontram uma inscrição laboral no setor, com a conseqüente dispersão de recursos e frustração dos estudantes.

No Brasil, a regulação da formação profissional em saúde se dá através de três instituições que exercem funções específicas de acordo com a esfera administrativa: O Ministério da Educação autoriza o funcionamento da instituição, aprova os cursos e valida os certificados educacionais em âmbito federal; os Conselhos Estaduais de Educação autorizam, reconhecem e supervisionam os cursos integrantes do sistema estadual de educação e o Ministerio da Saúde é responsável pela elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais das Habilitações Técnicas.

A regulação do exercício profissional é exercida pelos Conselhos Profissionais, que são correspondentes às profissões de nível superior em cada área de atuação, com exceção dos técnicos em radiologia. Cada Conselho estabelece regras e normas

próprias, o que gera uma grande variedade de situações no que diz respeito aos procedimentos de registro e regulação, assim como de jurisdição.

No Uruguay, semelhante à Argentina, a formação profissional também é de nível superior subdividindo-se em técnico, tecnólogo e licenciado.

A regulação da formação no país é dada por três órgãos administrativos: o Ministério da Educação e Cultura, a Administração Nacional de Educação Pública e a Universidade da República. Esta última possui plena autonomia para a administração e condução da educação pública universitária; garantida pela Constituição da República do Uruguai; atuando independentemente do Ministério da Educação e Cultura mesmo quando existe uma comissão coordenadora.

### **Em Relação a Escola:**

Nos três países estudados o período mais significativo de incremento da oferta de educação profissional remontam, respectivamente, às décadas de 40 e 50 e, posteriormente, à década de 90 do século XX.

A existência de um PPP/PEI nos três países parece tornar-se relevante somente como requisito/documento formal na maior parte das instituições formadoras. A participação na elaboração do PPP/PEI é variável, com uma maior e equivalente participação dos diretores/coordenadores e docentes e, em menor número, dos alunos.

Na Argentina, o PEI é reconhecido pela maioria das instituições entrevistadas como um documento que orienta os aspectos substantivos da vida institucional a longo prazo, funcionando como um instrumento de planificação e gestão estratégica que permite, de forma sistematizada, tornar viável a missão de um estabelecimento de ensino. O PEI colabora para programar de forma estratégica a gestão dos recursos e a qualidade dos processos para um melhor funcionamento das aprendizagens.

A maior parte das instituições de ensino Argentina possui o PEI. Entretanto, na realidade da gestão pública, este percentual é de 65%. De forma geral participam da elaboração do os diretores, docentes e em menor parte os alunos. As mais variadas formas para a construção do PEI foram apontadas na pesquisa. Desde reuniões periódicas com a participação dos atores citados, à grupos de estudos.

No Brasil, quase todas as instituições entrevistadas afirmam que o PPP é um documento essencial para o funcionamento da escola e afirmam possuí-lo, mas admitem que este se constitui mais como um requisito formal exigido pelo artigo 12 da LDB e para proceder a autorização dos cursos junto aos Conselhos de Educação. A

participação na elaboração do PPP é variada e pode se dar através da contratação de especialistas ou consultores; pelos coordenadores de cursos e em menores casos com a participação do corpo docente e discente.

No Uruguai a Universidade da República possui seus projetos definidos pelo Plano Estratégico da Universidade da República; que desde 2001 vem passando por sucessivas reformulações, de acordo com os entrevistados. Alguns coordenadores de cursos (Imagenología, Laboratorio Clínico, Hemoterapia, Anatomía, Patología) não possuem PEI.

Em relação a instituição privada, o PEI segue os preceitos da filosofia e pedagogia Jesuítica ao qual a instituição é filiada.

É o mercado de trabalho que orienta predominantemente a oferta de cursos, tanto pelo que o mercado precisa, como a escola atuante neste mercado. Há uma determinação muito forte da definição desta demanda, em relação à própria subsistência, sobrevivência da escola como tal, dentro deste mercado.

O perfil do trabalhador acompanha esta orientação. Na Argentina, no universo dos institutos terciários, algumas instituições formadoras de enfermeiros estão atravessando uma etapa de mudança curricular que tem significado uma mudança no perfil dos formandos. As entrevistas demonstraram que a tendência é que o plano de estudos possa incorporar uma versão mais integral da formação. O profissional em formação além de conhecer os procedimentos deve ser capaz de fundamentar ações e de ser um profissional multifacetado, podendo atuar tanto no nível da atenção primária quanto no nível da atenção comunitária. Além dessas características, a idéia do trabalhador como um sujeito responsável e cumpridor dos marcos legais estão presentes na construção deste perfil.

Para outras carreiras como radiologia e hemoterapia exige-se um perfil mais instrumental.

No universo da formação universitária de técnicos, os perfis que equivalem ao da formação técnica no Brasil, orientam-se para a formação de profissionais para todos os campos da prática, reservando as incumbências das funções de gestão de serviços e administração para a licenciatura. Nas entrevistas, cada instituição manifestou orientar o perfil de seus egressos a partir da visão institucional e em alguns casos, com as necessidades do setor saúde. Mas os esforços estão concentrados para a formação de licenciados. A ênfase esta no saber fazer e na empregabilidade dos formandos. Da

mesma forma que observamos no Brasil, as escolas admitem formar para a empregabilidade, atribuindo à si ou ao sujeito a responsabilidade pela sua inserção no mercado de trabalho, quando na verdade a escola não é a que vai determinar isso, ela é uma das condições fundamentais, mas não a responsável.

Verificamos ainda que no Brasil, poucos entrevistados fazem relação do perfil de formação com o Sistema Único de Saúde. A maioria faz referência às instituições privadas de saúde, sobretudo para alguns perfis onde as demandas por técnicos se concentram fortemente neste setor.

No Uruguai, em relação ao perfil do trabalhador, podemos observar a existência de linhas gerais que conduzem o processo formativo, tais como: extensão, investigação, promoção, prevenção e diagnóstico. As variações que circulam no interior deste "núcleo" comum na formação, estão dadas pelas diferentes carreiras.

Em relação a criação dos cursos na formação profissional na área da saúde no Uruguai, podemos destacar como características gerais da formação de técnicos, tecnólogos e licenciados em saúde, a grande maioria da oferta é pública e gratuita e essa oferta majoritariamente está concentrada em Montevidéu. Neste sentido, Brasil, Argentina e Uruguai apresentam como características comuns no que diz respeito à concentração de cursos nos grandes centros urbanos.

### **Em relação a Política de Formação de Técnicos em Saúde:**

A participação na política de técnicos em saúde tem diferenças muito marcadas em cada um dos países.

Na Argentina, os resultados obtidos demonstram que as instituições entrevistadas declaram uma preocupação com o sistema de saúde, suas demandas de formação de trabalhadores e com a execução das políticas de saúde. Contudo, há uma necessidade de se aprofundar a parte qualitativa do estudo diante da realidade de que a dispersão da oferta acadêmica registrada no país não tem correspondido às demandas do sistema e das políticas de saúde.

No Brasil, apesar de algumas ações coordenadas entre o MEC e MS, como por exemplo a formulação do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, não há de fato uma política de ordenação da formação profissional em saúde que exerça uma fiscalização e acreditação de cursos que não possuem condições adequadas de funcionamento. As instituições de ensino baseiam-se muito mais nos critérios do mercado. O contato com a política de formação fica mais restrito à utilização das diretrizes curriculares da

educação profissional técnica de nível médio, como forma de garantir a aprovação de seus planos de curso junto aos Conselhos de Educação. O Sistema Único de Saúde se transforma em um vasto mercado para os empresários da educação, na medida em que tem se tornado um grande empregador, sem nenhum mecanismo de controle que permita acompanhar como vem se dando a formação técnica de seus trabalhadores.

Em relação ao Uruguai, conforme já explicitado anteriormente, a própria Universidade da República é o órgão autônomo responsável pela administração e condução da educação pública universitária. Diferente da Argentina e do Brasil, a política de educação técnica superior é definida na própria universidade no âmbito das faculdades específicas de cada carreira, através da participação em comissões ou de respostas a demandas mais pontuais.

### **Em relação ao Currículo:**

Na Argentina os achados da pesquisa até o momento demonstraram que currículo e plano de estudos tem o mesmo significado. A noção de Plano de Estudos transcende a de programa educativo. O programa educativo está limitado a uma lista de conteúdos a serem ministrados.

Em relação a organização curricular, observamos que a organização por conteúdos é a mais utilizada, seguida da organização disciplinar, da organização por competências e, com menos frequência por módulos e projetos.

No Brasil, os achados da pesquisa demonstraram que o currículo é entendido, de maneira geral, como um caminho que norteia a formação. Há uma identificação direta do currículo com plano de curso, listagem de conteúdos ou grade curricular. Na maioria das instituições, a visão de currículo possui um caráter mais tradicional e tecnicista, que aponta na direção de uma formação instrumental voltada para o mercado de trabalho.

As propostas curriculares são elaboradas pela própria instituição, geralmente de forma coletiva (variando a participação entre o diretor, o coordenador pedagógico e os docentes), baseados nos parâmetros curriculares nacionais com o objetivo de atender as necessidades do mercado de trabalho. A organização das propostas curriculares aparecem organizadas, formalmente, por módulos. Porém, quando indagados os entrevistados demonstravam uma diversidade desta organização modular, ora composta por disciplinas, ora por blocos temáticos, ora como parte de um itinerário formativo com terminalidades intermediárias. A avaliação dos currículos, na maior parte dos casos

é feita de forma periódica visando especialmente a adequação aos requerimentos do mercado de trabalho.

A formação por competências é uma orientação específica dos documentos que pautam a organização dos currículos dos cursos técnicos de nível médio e também da área da saúde. Verificamos que as instituições entrevistadas pelo estudo fazem uma adaptação da noção de competências presentes nos documentos oficiais para o cotidiano dos cursos técnicos em saúde das formas mais variadas: uma parte relaciona a noção de competência aos conhecimentos e habilidades, especialmente a de ser competente, que o discente deve adquirir ao longo do curso para atender às demandas do mercado de trabalho. Em alguns casos a entrevistas revelaram um desconhecimento do significado do conceito de competência, mesmo nas instituições que declaravam utilizar a avaliação por competências como eixo de organização curricular dos planos de curso de suas instituições. Outras escolas entrevistadas declaram ter dificuldades compreender e utilizar o conceito, admitindo a utilização meramente formal ou a substituição dos objetivos de ensino pelas competências.

A seleção dos conteúdos de ensino acompanha de forma coerente o que foi apontado em relação a adoção do modelo de competências. Os referenciais curriculares do MEC e os requerimentos do mercado de trabalho estão presentes de forma majoritária nas respostas das escolas entrevistadas. A maioria relata proporcionar discussões e reflexões acerca do SUS e sobre o processo de trabalho em saúde, no entanto, observa-se que o grau de aprofundamento e debate desses conteúdos é bastante variável, com situações que se diferenciam de acordo com a instituição. No geral as escolas compreendem o SUS como mais uma fonte de mercado para a oferta de cursos, onde a escolha de trabalhar com seus conteúdos é também determinada pela possibilidade de dar empregabilidade aos estudantes.

A pesquisa não é uma atividade desenvolvida pelas escolas. Esta se dá através da participação de seus docentes, geralmente fora da instituição, ou pela solicitação de trabalhos de pesquisa aos estudantes.

Em relação à definição de currículo no Uruguai encontramos semelhanças de significado com a Argentina e com o Brasil. O currículo está relacionado diretamente ao plano de estudos e a idéia de caminho a seguir, de ordenamento. A elaboração do currículo é realizada pelos docentes e conta também com a participação dos egressos e dos próprios estudantes. A avaliação do currículo é realizada somente quando há

necessidade de mudanças no plano de estudo para fins de acreditação. Atualmente todos os currículos da formação profissional no Uruguai se encontram em processo de reforma desde a aprovação da "Ordenanza de Estudios de Grado de la Universidad de la República" (que entrou em vigência a partir de 19 de setembro de 2011).

A definição da noção de competências revelada pelas respostas dos entrevistados, em sua maioria, demonstram que as implicações deste modelo na formação dos trabalhadores da saúde no Uruguai dizem respeito especialmente à dimensão comportamental, que busca a humanização das relações profissional-usuário, além da dimensão prática, relacionada ao "saber fazer", aliando teoria e prática.

A seleção dos conteúdos é realizada pelo corpo docente e leva em consideração a necessidade de atualização da disciplina e os programas regionais. Com exceção da carreira de enfermagem, que declara uma preocupação com a adequação dos profissionais ao sistema de saúde, de uma maneira geral os conteúdos pressupõem uma reflexão sobre o processo de trabalho, mas nem tanto sobre as relações com o sistema de saúde.

Tal qual como no Brasil, as escolas de formação do Uruguai não desenvolvem pesquisa nem entre os docentes, nem com os estudantes. Esta também fica restrita à participação pessoal e pontual de alguns docentes de determinadas carreiras. Também neste campo a enfermagem se destaca havendo um desenvolvimento maior da pesquisa, com linhas definidas de investigação, obrigatoriedade para os estudantes e, em certos casos, como um sistema de créditos educativos para conclusão do curso.

#### **Em relação a qualificação docente:**

A situação da qualificação docente apresenta muitas semelhanças nos três países estudados. Na maioria das instituições, a responsabilidade da qualificação fica a cargo dos próprios docentes de maneira individual. Em quase todos os casos, não há por parte das instituições entrevistadas uma política de formação e estímulo à capacitação. Observa-se que a demanda maior por qualificação é por formação didático-pedagógica.

Na Argentina, os docentes mais jovens são os que buscam com mais frequência qualificar-se. No âmbito universitário é mais comum encontrar perfis que contam com formação docente, seja pela exigência dos concursos públicos ou porque tradicionalmente, a oferta de capacitação e atualização docente está mais acessível.

Assim como no Brasil, na Argentina há uma grande lacuna entre os docentes das carreiras técnicas de saúde, que são profissionais de saúde em sua maioria, em relação à formação didático-pedagógica.

No Brasil, as formações não preparam para docência. Em algumas instituições entrevistadas há oferta de capacitações específicas e em outras incentivos diretos, através de financiamento ou liberação, ou indiretos para que os docentes procurem esta formação fora.

No Uruguai há em curso um processo de profissionalização docente na Universidade da República. Acredita-se que este processo deverá trazer algumas mudanças de renovação de cargos no interior da universidade.

### **Em relação aos estágios:**

Na Argentina o estudo local realizado não apontou uma discussão mais aprofundada sobre estágio.

No Brasil os estágios são desenvolvidos através de parcerias com convênios ou contratos com outras instituições, empresas, públicas ou privadas. No período de estágio os alunos são supervisionados por docentes que podem ser especificamente contratados. Alguns entrevistados relatam dificuldades para arranjar horários e espaço adequados para a supervisão. Em muitos casos não há supervisão. A forma de articulação entre teoria e prática é variável, podem ser desenvolvidas de forma concomitante ou subsequente.

No Uruguai, a pesquisa revelou três categorias diferentes envolvendo o estágio: as instituições que tradicionalmente oferecem estágios; como a de enfermagem, relacionada com as características da formação; as que o fazem de maneira incipiente; hemoterapia a anatomia patológica; que não são uma obrigatoriedade do curso e sim uma iniciativa dos estudantes ou através de alguns projetos ligados às instituições e as instituições que não oferecem estágio; como as de imagenologia.

## **V.2. Matriz de Comparação das Áreas de Formação de Técnicos em Saúde**

No processo de discussão das distintas etapas da pesquisa, ocorrido nas oficinas realizadas, surgiu a necessidade de se identificar de forma mais clara as diferentes denominações e características das carreiras de formação de técnicos em saúde em cada

país, para o alcance de um maior entendimento dos processos de formação de técnicos em saúde no âmbito do Mercosul.

Nesse sentido, iniciou-se um processo de elaboração de uma matriz comparativa que indicava, em cada realidade nacional, as distintas denominações dos títulos outorgados, a carga horária mínima de formação exigida e o perfil de egresso. Ao mesmo tempo em que a matriz era construída se vislumbrava a possível contribuição que tal consolidado poderia trazer para as discussões relativas ao reconhecimento de títulos e exercício profissional, realizadas pelo SGT 11, no âmbito da formação dos técnicos em saúde.

A construção da matriz foi baseada nas informações disponibilizadas pelos órgãos governamentais de cada país que estão, de algum modo, vinculados direta ou indiretamente aos processos de reconhecimento de cursos, títulos ou certificados dos trabalhadores técnicos. Cabe ressaltar que este documento se constitui em uma primeira aproximação do tema, e que serviu aos propósitos da pesquisa desenvolvida, devendo ser aprimorado para futuras necessidades.

A equipe brasileira utilizou como referência o Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos em Saúde cuja elaboração é coordenada pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação. A equipe argentina se baseou nos marcos referenciais nacionais para a formação dos técnicos em saúde aprovados pelo Conselho Federal de Saúde e pelo Conselho Federal de Educação. A paraguaiense nos documentos necessários para o reconhecimento do exercício profissional disponibilizados pela Direção de Registro e Controle das Profissões do Ministério de Saúde Pública e Bem Estar Social e pelos documentos utilizados pelo Instituto Nacional de Saúde nos processos de regulação da formação de técnicos. O trabalho da equipe uruguaia foi baseado nas distintas regulações dos cursos oferecidos pela Universidade da República.

A matriz é composta por duas partes. A primeira, de caráter mais abrangente, indica as distintas denominações das subáreas de formação por país, agregadas segundo sua lógica de aproximação de campo de atuação. A partir de complexas discussões, a equipe definiu as áreas em que as distintas subáreas se agregavam. A segunda parte está relacionada exclusivamente às áreas prioritárias de atuação do Mercosul, no que diz respeito aos trabalhadores técnicos em saúde. Foram elencadas as denominações dos títulos outorgados aos estudantes que terminaram o processo formativo por país, a carga

horária mínima de formação exigida e o perfil de egresso das áreas de enfermagem, radiologia, análises clínicas e hemoterapia.

### Quadro nº 1 – Matriz de áreas de formação de técnicos

Áreas	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Biodiagnóstico	Laboratorio en Análisis Clínicos	Análises Clínicas	Laboratório Clínico	Laboratório Clínico
	Histotecnología			
	Citotecnología	Citopatologia	Citotecnólogo	Anatomia Patológica (histotecnólogo)
Biotecnología		Biotecnología		
Enfermagem	Enfermería	Enfermagem	Enfermería	Enfermería
Manutenção de Equipamentos Biomédicos	Mantenimiento y Gestión del Equipamiento Biomédico	Equipamentos Biomédicos	Mantenimiento de Equipo Biomédicos	
Cosmetología		Estética		Cosmetología Médica
Farmácia	Farmacia	Farmácia	Farmácia	Aux. Farmácia
Gestão em Saúde	Estatísticas de la Salud	Gerência em Saúde Registros e Informações em Saúde	Informaciones y Registros en Salud	Registros Médicos
Hemoterapia	Hemoterapia	Hemoterapia	Hemoterapia	Hemoterapia
Instrumentação Cirúrgica	Instrumentación Quirúrgica		Instrumentación Quirúrgica	Instrumentación Quirúrgica
Nutrição, Dietética e Produção de Alimentos	Tecnicatura en Alimentos	Nutrição e Dietética		Nutrición
Obstetrícia			Obstetrícia	Obstetrícia/Partera
Prácticas Cardiológicas, Pneumológicas e Cardiopneumológicas	Prácticas Cardiológicas		Técnicos en electrocardiograma	Neumocardiología
Diagnóstico por Imagem e uso de radiacoes ionizantes	Radiología	Radiologia	Radiología	Imagenología
	Medicina Nuclear			Radioisótopo Radioterapia

**Quadro nº 2 – Continuação da matriz de áreas de formação de técnicos**

Áreas	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Reabilitação e Saúde Mental	Podología	Podologia Massoterapia	Podología Masaje Terapeutico	Podología  Psicomotricidad
	Kinesiología	Fisioterapia	Terapia Física y Recuperación	Fisioterapia
	Auxiliar de Prótesis y Ortesis	Órtese e Prótese Imobilização Ortopédica		
		Reabilitação de Dependentes Químicos		
Saúde Bucal	Asistente Dental	Auxiliar de Consultório Dentário Higiene Dental	Auxiliar em Odontología	Asistente em Odontología Higienista em Odontología
	Prótesis Dental	Prótese Dentária	Prótesis Dental	Laboratorista em Odontología
Saúde Comunitária		Agente Comunitário de Saúde		
Saúde Visual	Óptica	Óptica	Óptica	Oftalmología
Segurança do Trabalho		Segurança do Trabalho		Salud Ocupacional
Vigilância em Saúde		Vigilância em Saúde	Vigilancia de la Salud	
Outros	Neurofisiología		Emergencias Médicas	
	Esterilização		Diálisis y hemodiálisis	Neurofisiología
	Anestesia			

Nos dois quadros acima estão apresentadas todas as subáreas de formação de técnicos em saúde dos quatro países participantes da pesquisa. Na coluna respectiva de cada país estão indicados os nomes dos distintos cursos, e na linha as denominações das áreas definidas pela pesquisa, com a agregação por campo de atuação. Na coluna do Uruguai, estão assinalados em amarelo aqueles cursos que somente existem como formação de graduação. Por exemplo, na Argentina e no Paraguai existe a formação de técnicos na área de instrumentação cirúrgica; no Brasil ela não é considerada de nível técnico; e no Uruguai esta formação ocorre somente no nível de graduação. Uma exceção deve ser registrada: no caso da área de saúde bucal, os quatro países possuem formação de nível auxiliar. Como em dois deles (Brasil e Uruguai) também existe a formação de nível técnico, optamos pela inserção dessa informação para facilitar a comparação. Os campos em branco indicam que naquele país não existe nenhuma formação específica

de nível técnico naquela subárea ou área. Nesses casos, em sua maioria, as atribuições do campo de atuação são incorporadas por outra categoria profissional.

A seguir, são apresentadas as informações sobre as quatro áreas prioritárias de formação de técnicos em saúde para o Mercosul.

**Quadro nº 3 – Título outorgado, carga horária mínima e perfil da subárea de Análises Clínicas / Laboratório Clínico**

Países	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
<b>Título otorgado</b>	Técnico en Laboratorio de Análisis Clínicos	Técnico em Análises Clínicas	Técnico Superior en Laboratorio Clínico	Licenciado en Laboratorio Clínico
<b>Carga Horária</b>	1600 hs. (minimas)	1.200 h (mínimo)	2000 a 2500 horas	3.880 horas
<b>Perfil</b>	Atender a la persona y obtener materiales biológicos para su análisis, aportar a la producción de información a través de la ejecución de procedimientos analíticos, gestionar a su nivel su proceso de trabajo e involucrarse en el proceso de mejora continua de sus capacidades	Auxilia e executa atividades necessárias ao diagnóstico nas áreas de parasitologia, microbiologia médica, imunologia, hematologia, bioquímica, biología molecular e urinálise. Requer supervisão profissional e é impossibilitado de divulgação direta de resultados.	Trabaja en toda la análisis, sob la supervisión del licenciado en bioquímica. No valida los resultados obtenidos de los exámenes.	Realiza distintos diagnósticos en áreas de Bioquímica Clínica, Hematología, Inmunología y Microbiología de un laboratorio de análisis clínicos, tanto sea para seres humanos como para animales. Puede también desarrollar tareas diagnósticas en el área de Microbiología, tanto en empresas de alimentos como en la sección bromatología de las intendencias. Además realiza en los últimos tiempos diagnóstico a través de la biología molecular. Obtiene distintas muestras (ex. sangre, exsudatos.) y elabora los informes de los resultados. Actúa bajo indicación médica, pero puede supervisar todos los procesos preanalíticos, analíticos y pós-analíticos de las muestras. No valida los resultados obtenidos de los exámenes.

#### Quadro nº 4 – Título outorgado, carga horária mínima e perfil da subárea de Enfermagem

Países	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Título otorgado	Enfermero	Técnico em Enfermagem	Técnico Superior en Enfermería	Licenciado en Enfermería
Carga Horária	1.600 / 2.400 h	1.200 h (mínimo)	2.200/ 2700 hs	4.050 hs
Perfil	El enfermero/a está capacitado para el ejercicio en relación de dependencia y en forma libre, desarrollando, brindando y gestionando los cuidados de enfermería autónomos e interdependientes para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, la familia, grupo y comunidad, hasta el nivel de complejidad de cuidados intermedios en los ámbitos comunitario y hospitalario; gestionando su ámbito de trabajo y participando en estudios de investigación-acción.	Atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Promove ações de orientação e preparo do paciente para exames. Realiza curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação dos sinais vitais. <b>Saída laboral como auxiliar de enfermagem.</b>	No hay formación de auxiliares	Participa na promoción, protección de salud y prevención de enfermedades, enfatizando la atención primaria a la salud en los distintos niveles de atención. Formula diagnósticos de enfermería, tratamiento y evaluación de los mismos. Participa en la elaboración de proyectos de construcción y/o reformas de unidades de atención a la salud. <b>Salida laboral como auxiliar de enfermería, pós el cumplimiento de 1.800 horas (término del segundo año).</b>

Como se pode observar, no Uruguai, a formação na área de enfermagem e na de análises clínicas / laboratório somente ocorre no nível de graduação, apresentando, desse modo, uma discrepância considerável na carga horária e no perfil de conclusão do curso na comparação com os demais países. Neste país, conforme indicado no quadro nº 1, existe a formação do histotecnólogo (tecnólogo em anatomia patológica) que possui como carga horária mínima 1196 horas. Este profissional está capacitado para o processamento de qualquer tipo de material biológico e prepará-lo para um estudo microscópico ( e eventualmente macroscópico), seja para fins de diagnóstico, docente ou investigativo.

Para se realizar uma comparação mais consistente, tanto nesta como em algumas outras áreas em que a diferença do tempo de formação é considerável, faz-se necessário uma análise mais aprofundada do processo de trabalho em que o profissional está inserido, de maneira a identificar quais são realmente as diferenças significativas entre os distintos perfis profissionais, que interferem diretamente no processo formativo.

### Quadro nº 5 – Título outorgado, carga horária mínima e perfil da subárea de Hemoterapia

Países	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Título otorgado	Técnico en Hemoterapia	Técnico em Hemoterapia	Técnico Superior en Hemoterapia	Técnico em Hemoterapia
Carga Horária	1600 hs. (mínima)	1.200 h (mínima)	2.600 horas	2.840 horas
Perfil	<p>Está capacitado para la promoción, programación, preparación y ejecución de los procesos de hemodonación: preparación del producto sanguíneo y transfusión. Realización de actividades profesionales en la atención del donante, en el fraccionamiento sanguíneo para la obtención de hemocomponentes, en la calificación biológica de los productos obtenidos, en la compatibilidad sanguínea pretransfusional, en la administración y monitoreo del hemocomponente indicado y en la prevención de la enfermedad hemolítica perinatal.</p>	<p>Participa dos processos de trabalho de unidades hemoterápicas (banco de sangue) atuando no ciclo do sangue e em procedimentos de infusão de hemocomponentes e derivados para fins terapêuticos. Realiza os processos de captação e triagem clínica de doadores de sangue. Realiza a coleta e o processamento do sangue, o controle do armazenamento e da expedição e as provas sorológicas. Recebe, prepara e processa amostras sanguíneas e auxilia as equipes de saúde nos procedimentos hemoterápicos. Atua no controle da qualidade de reagentes, produtos, insumos e equipamentos.</p>	<p>Es el colaborador del profesional médico o bioquímico, que realiza bajo supervisión y control las tareas rutinarias del Servicio ó Unidad de Medicina Transfusional. Efectua transfusiones de sangre, plasma etc., atende a los dadores de sangre extrayendo sangre a donantes y pacientes, procesa la sangre que ingresa al Banco de Sangre, efectua pruebas serológicas, inmunohematológicas, de compatibilidad y otras, realiza el fraccionamiento de la sangre, participando en el programa de su producción, procesa los hemoderivados según normas, tipifica sérica y celularmente antígenos, eritrocitarios, plaquetarios y leucocitarios.</p>	<p>Realiza la obtención, el estudio inmunohematológico y sorológico, el procesamiento, conservación y transfusión de la sangre humana, componentes, derivados y productos recombinantes. Entre sus funciones realiza tareas administrativas de laboratorio y de clínica, como integrante de las equipos de salud. Los técnicos deben presentar una monografía para su aprobación (trabajo final de producción del conocimiento).</p>

### Quadro nº 6 – Título outorgado, carga horária mínima e perfil da subárea de Radiologia

Países	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Título otorgado	Técnico Radiólogo/ Técnico en Medicina Nuclear	Técnico em Radiologia / Tecnólogo em Radiologia	Técnico Superior en Radiología	Técnico em Radioisótopos / Tecnólogo em Radioterapia / Licenciado en Imagenología
Carga Horária	1600 h (mínimo)	1.200 horas / 2.400 horas	2.720 hs	2.740 horas/3.025 horas/
Perfil	Atiende a las personas necesitadas de tratamiento radiante, fabrica insumos para terapia radiante, gestiona su ámbito de trabajo, promociona buenas prácticas Radiosanitarias, y controla las medidas de seguridad.	Realiza exames radiográficos convencionais. Processa filmes radiológicos, prepara soluções químicas e organiza a sala de processamento. Prepara o paciente e o ambiente para a realização de exames nos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem. Auxilia na realização de procedimentos de medicina nuclear e radioterapia e acompanha a utilização de meios de contraste radiológicos. <b>O tecnólogo em radiologia executa as técnicas radiológicas, radioterápicas, radioisotópicas, industriais e de medicina nuclear. Pode gerenciar os serviços e os procedimentos radiológicos.</b>	Obtiene conocimientos por parte del radiólogo de las técnicas de imagenología, uso de los distintos equipos, manejo de elementos, contrastes, revelados, fijados, salas de rayos X, en los niveles de atención primario, secundario o terciario.	El Licenciado maneja equipamientos de diagnóstico por imágenes basado en el uso de radiaciones ionizantes con fuentes cerradas (Rx) o RMN. Prepara el paciente y opera el equipamiento para la realización del exámen, procesándolo y evaluándolo técnicamente. Es responsable por el cumplimiento de las normas de protección radiológica. Realiza exámenes en colaboración con el médico especialista en imagen o con otros especialistas del block quirúrgico. El tecnólogo en radioterapia maneja las radiaciones ionizantes con fines terapéuticos y/o imagenológicos tanto en las radioterapias externas como en la braquiterapia. El técnico en radioisótopos realiza procedimientos diagnósticos e terapéuticos utilizando trazadores radioactivos en forma de fuentes abiertas, con autonomía de trabajo en su área de competencia la cual se integra al grupo de trabajo interdisciplinario de la medicina nuclear y las de las imágenes moleculares híbridas.

## **BALANÇO GERAL DO “PROJETO MERCOSUL”**

A título de balanço geral e de acordo com o objetivo mais amplo definido para o “Projeto MERCOSUL”, de identificar e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de educação profissional em saúde nos países do Mercado Comum do Cone Sul – Mercosul (Argentina, Paraguai e Uruguai), face aos desafios nacionais e internacionais de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, visando a subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde e de cooperação internacional entre Brasil e os países do referido bloco sub-regional., consideramos que os objetivos específicos propostos e os resultados esperados foram alcançados, dentro das possibilidades de execução, embora alguns deles tenham sido reformulados.

O projeto se propunha três objetivos específicos. De acordo com o primeiro desses objetivos, “identificar o número de cursos (tipos e modalidades), habilitações profissionais, instituições ofertantes, vagas, matrículas e concluintes, da educação profissional em saúde nos países do Mercosul”, pode-se afirmar que, excetuando o caso do Paraguai, cuja equipe nacional, por dificuldades internas e questões diplomáticas, não pode levar à termo a pesquisa, foi possível desenhar um mapa inicial da oferta quantitativa de formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul, mostrando tendências comuns e especificidades históricas dessa formação entre os países do bloco.

Em relação com o segundo objetivo, “identificar as diretrizes teórico-metodológicas e as bases materiais da organização e desenvolvimento curricular da educação profissional nos países do Mercosul”, aplica-se a mesma afirmação. Partindo da metodologia e dos instrumentos de pesquisa que já tinham permitido fazer esse levantamento no Brasil, foi possível identificar as diretrizes teórico-metodológicas da formação de trabalhadores técnicos em saúde na Argentina e no Uruguai, mostrando, mais uma vez, as tendências comuns e as especificidades nacionais.

Por fim, no que diz respeito ao terceiro objetivo específico, “correlacionar, mediante análise crítica, os resultados obtidos com os desafios nacionais e internacionais da Educação Profissional em Saúde na perspectiva da educação integral dos trabalhadores”, pode-se destacar que os resultados obtidos pela análise realizada, de maneira geral, levam a constatação, agora com base empírica mais ampla, da predominância de um modelo de formação baseado na pedagogia das competências e voltado para o mercado de trabalho, se distanciando assim de uma perspectiva de

formação integral dos trabalhadores em saúde. Além disso, esse modelo de formação se distancia também das políticas públicas de saúde na perspectiva de uma atenção integral, na medida que forma principalmente para um mercado dominado pelo modelo hospitalar de atenção, não respondendo as necessidades de saúde da população em seu conjunto. A lógica que impera tanto nas instituições formadoras públicas como nas privadas é predominantemente mercadológica na definição da oferta e do modelo de formação. Complementarmente, tanto na educação profissional em saúde como nos próprios serviços de saúde predomina uma lógica privatizante, que tende a fragmentar, ao mesmo tempo, a formação do trabalhador e a atenção do usuário. Nesse sentido, podemos afirmar que os desafios nacionais e internacionais da Educação Profissional em Saúde na perspectiva da educação integral dos trabalhadores estão longe de serem superados.

Articuladamente, o projeto apontava uma série de resultados esperados ao longo e ao fim do processo de pesquisa. Esses produtos foram desenvolvidos de forma variável, de acordo com as possibilidades de realização determinadas pela realidade e pelas estratégias metodológicas do processo de pesquisa.

Como primeiro resultado previa-se, no projeto, o estabelecimento de parceria de pesquisa com uma instituição de cada um dos países que compõem o bloco. Esse processo, desenvolvido desde o início do projeto e aprofundado ao longo do mesmo, mostrou-se extremamente rico, oferecendo espaços e oportunidades de conhecimento mútuo de fertilidade ímpar para pensar a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito regional, mas também, para repensar essa formação em cada um dos âmbitos nacionais. Permitiu, ao mesmo tempo, fortalecer uma abordagem multidisciplinar do objeto de estudo, e avançar na constatação de determinações comuns aos processos nacionais, para além do reconhecimento das especificidades históricas que configuram de maneira sempre particular a realidade de cada um dos países do bloco. Permitiu também, por fim, firmar parcerias de longo prazo, tanto institucionais quanto profissionais, que podem desdobrar em futuras pesquisas conjuntas assim como em ações coletivas de formação e proposição.

O segundo resultado esperado, citado no projeto, consistia na realização de 4 oficinas regionais para a definição de uma estratégia coletiva de levantamento, produção, análise e interpretação de dados no sentido de alcançar o objetivo proposto. Esse produto foi superado pela própria dinâmica do projeto que realizou três oficinas

nacionais preparatórias e mais três oficinas multicêntricas conjuntas, conforme descrito no capítulo I, permitindo levar a bom termo a pesquisa proposta.

O terceiro objetivo proposto, a elaboração de relatórios parciais contendo os resultados obtidos junto às instituições parceiras, foi de fundamental importância para alcançar a finalização preliminar do projeto, servindo de base para a elaboração do presente relatório final.

O quarto produto, qual seja a organização do II Seminário Internacional sobre Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde do Mercosul para apresentação e discussão dos resultados obtidos, foi realizado no período de 28 a 30 de novembro de 2012, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, contando com a participação de dirigentes nacionais responsáveis pelas políticas relativas à educação técnica em saúde; representantes dos países membros do Mercosul no SGT 11 (sub-grupo de trabalho 11 – Saúde) e outras instancias de negociação relacionadas; profissionais, pesquisadores e estudantes dos países do MERCOSUL interessados em temas relacionados à educação técnica em saúde no âmbito dos países membros e do processo de integração regional. Os resultados do evento estão sendo editados em livro especialmente elaborado pela EPSJV/Fiocruz, cujos originais constam no anexo ao presente relatório.

O quinto produto, a elaboração de trabalhos para apresentação em eventos técnicos e científicos, gerou as seguintes produções:

- a) Apresentação dos resultados preliminares na Jornada de Trabalho organizada pela Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do SGT 11 Saúde do Mercosul, em 5 de Junho de 2012 em Buenos Aires, à convite do Coordenador Nacional Alterno no SGT 11 da Argentina.
- b) Apresentação de Comunicação oral intitulada “A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul” no XXVIII CONGRESSO INTERNACIONAL DA ALAS, realizado de 6 a 11 de setembro de 2011, na UFPE, Recife-PE, participando do GT 19: “Saúde e seguridade social: transformações sociais e impactos na população”.
- c) Apresentação de Comunicação oral intitulada “A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do MERCOSUL” na Jornada Internacional Pré-Alas na saúde, realizada em 25 e 26 de abril de 2013, na EPSJV/Fiocruz, participando GT5: Educação, Trabalho e Saúde.

- d) Convite para fazer apresentação dos resultados preliminares do projeto na 31ª Reunião Ordinária do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, que será realizada em 22 de maio de 2013 em Brasília, organizada pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, MS, Brasil.
- e) Trabalho aceito para comunicação oral intitulado "HEALTH WORKERS' TECHNICAL TRAINING IN A COMPARATIVE PERSPECTIVE" no XV Comparative Education World Congress WCCES2013, que será realizado na Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires de 24 a 28 de junho de 2013.
- f) Trabalho submetido a avaliação, intitulado "Integração regional e livre circulação de trabalhadores: reflexões a partir do estudo dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul", para o XXIV Congresso Internacional da ALAS, que será realizado em Santiago do Chile, em setembro de 2013. Proposta encaminhada para o GT 12: Globalização, integração regional e sub-regional.

O sexto produto previsto no projeto, a elaboração de publicação com os resultados e análises realizadas sobre as tendências e a situação atual da oferta de cursos de formação de técnicos em saúde no MERCOSUL, contendo as contribuições apresentadas durante o Seminário, encontra-se em anexo, em fase de finalização de revisão. Espera-se, também, que no médio prazo possamos reelaborar o material contido no presente relatório para publicação de livro com os resultados específicos da pesquisa, tarefa proposta para ser concluída até 2014.

Por fim, o presente relatório constitui o último dos produtos previstos, encerrando formalmente esta fase do trabalho proposto com a pesquisa multicêntrica sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos países do MERCOSUL, objeto para cujo melhor conhecimento esperamos ter contribuído.

A modo de conclusão, fazemos nossas as observações registradas no Segundo Documento de Manguinhos sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul, discutido e aprovado durante o Segundo Seminário Internacional, que aqui reproduzimos:

*a. A integração regional: balanço e diagnóstico*

1. Ao longo dos quatro anos transcorridos desde o I Seminário, verificam-se mudanças importantes na configuração do MERCOSUL, assim como novas iniciativas e experiências de integração regional que vem somar especificidades ao particular momento histórico presente, atravessado pelas determinações e contradições de uma crise econômica e financeira, cuja

dinâmica e abrangência afeta, de forma direta ou indireta, todos os países do globo. Nesse contexto, verificam-se, também, alguns avanços e a persistência de alguns entraves no processo específico de integração encarnado no MERCOSUL.

2. As mudanças na configuração do MERCOSUL atendem a dois processos gerais de desigual abrangência e importância. Em primeiro lugar, as recentes mudanças na composição do bloco, com a suspensão do Paraguai por "alterações da ordem democrática" e a inclusão da República Bolivariana da Venezuela como membro pleno do bloco, introduzem novos desafios, perspectivas e complexidades em um processo iniciado há 22 anos e que mantém a primazia dos objetivos de integração comercial e econômica entre seus países membros. A reafirmação da cláusula democrática implica um avanço importante na consciência regional do bloco pela defesa conjunta do estado de direito como pressuposto para qualquer processo de integração que tenha como referência o respeito aos direitos humanos e de cidadania do conjunto da população. De outro lado, a incorporação de um novo membro ao bloco coloca novos e importantes desafios de adaptação e conhecimento mútuos, aguçados pela particularidade do processo venezuelano de construção do "socialismo do século XXI". Em segundo lugar, o arcabouço institucional do processo de integração ficou mais complexo com a progressiva introdução de novas instâncias e mecanismos de regulação e negociação, priorizando áreas específicas.

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

4. Em que pesem as especificidades da nova conjuntura regional, alguns dos entraves identificados no processo de integração representado pelo MERCOSUL há quatro anos persistem. O caráter inter-governamental que tem assumido o processo de negociação e a pouca capilarização social da integração; as assimetrias estruturais e as profundas desigualdades políticas, sociais e culturais, produto de processos históricos diferenciados e de particularidades socialmente construídas entre os países que conformam o bloco; o ainda profundo desconhecimento mútuo entre os seus países

membros, sobretudo naqueles aspectos que resultam essenciais para a implementação de uma efetiva integração que tenha como eixo seu caráter eminentemente social, são exemplos de problemas não superados que ainda deverão ser enfrentados se o objetivo do processo se orientar para um projeto de integração, que propicie uma melhoria efetiva das condições de vida das populações desses países, baseada na garantia de direitos fundamentais como a saúde, a educação e o trabalho.

5. Tendo em vista esse objetivo, para que a integração da América Latina ultrapasse o caráter retórico ou utópico, será necessário superar as lógicas estritamente nacionais para caminhar rumo à construção de uma lógica regional que contemple uma base comum de direitos e garantias para todos os habitantes dos nossos países, independentemente da coincidência entre o local de origem e o local de residência. Nesse sentido, *reafirmamos o entendimento de que, enquanto meta do processo de integração, a livre circulação de trabalhadores e de pessoas constitui um horizonte de longo prazo, que deveria estar baseado em normas comuns prévias e claras que evitem a fragilização de populações migrantes historicamente fragilizadas, ao mesmo tempo que protejam os esforços nacionais de formação e fixação de força de trabalho para um desenvolvimento regional equilibrado e autônomo.*

b. *Os trabalhadores técnicos de saúde no processo de integração*

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

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

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

*c. Encaminhamentos*

A partir das considerações precedentes, destacam a necessidade de:

- a. Continuar a fomentar e desenvolver estudos de abrangência regional, de caráter comparado e preferencialmente interinstitucional que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características da regulação e regulamentação do exercício profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, sua inserção no processo de trabalho e no mercado de trabalho, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional. Isso supõe desenvolver e aprimorar bases de dados abrangentes e confiáveis que possam subsidiar a elaboração dos estudos propostos.
- b. Reafirmar a necessidade de propiciar espaços de debate para subsidiar a tomada de decisões, em nível regional, no que diz respeito à circulação desses trabalhadores, incluindo tanto os responsáveis governamentais pela formação, certificação, regulação e regulamentação dos trabalhadores técnicos em saúde, como suas próprias organizações de representação, numa perspectiva de construção regional integrada com foco na melhoria das condições de vida dos "mercosulinos" e garantia e permanência e extensão de direitos.
- c. Aprofundar e fortalecer cada vez mais a articulação dos âmbitos de negociação regional que tratam das questões relativas à formação e certificação de trabalhadores técnicos, à regulação e regulamentação do exercício profissional e às condições de trabalho, no sentido de manter a direção unitária do processo e recuperar a possibilidade de tratamento integral da problemática em foco. Essa articulação implica, também, a complementariedade dos processos de negociação desenvolvidos no âmbito do Mercosul e da Unasul, permitindo estender os avanços e discussões para toda a região.
- d. Reafirmar a defesa do caráter integrado e integral de qualquer projeto público que tenda a articular organicamente a formação de trabalhadores técnicos em saúde em nível regional, desde o nível médio ao superior de educação, que incorpore tanto os fundamentos científico-sociais da sua atividade como os pressupostos e problemáticas que

orientam a organização dos sistemas públicos de saúde da região. Isso implica na consideração dos determinantes sociais da saúde e do modelo de atenção primária à saúde como eixos centrais da organização da formação desses trabalhadores, tal como foi reconhecido nos documentos da UNASUL Saúde.

- e. Encaminhar ao Sub-Grupo de Trabalho nº 11 – Saúde do MERCOSUL e ao Mercosul Educativo, e difundir no âmbito da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da UNASUL (RETS-UNASUL), o relatório contendo as discussões e conclusões do Segundo Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no MERCOSUL.
- f. Realizar um Terceiro Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde nos processos de integração sul-americanos, na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre as características da regulação e regulamentação do exercício profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, sua inserção no processo de trabalho e no mercado de trabalho, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional, propiciando, ao mesmo tempo, a participação ampliada dos representantes governamentais e das organizações sociais direta e indiretamente ligadas à problemática em foco, de maneira que permita aprofundar os debates necessários à elaboração de políticas regionais específicas.

## **Lista geral de Gráficos e Tabelas**

---

### **Capítulo I**

Quadro 1: Pesquisa multicêntrica – fase qualitativa	<b>24</b>
Quadro 2: Roteiro comparado de entrevistas	<b>26</b>
Fig.1: Matriz para análise de entrevistas	<b>29</b>
facsimile de planilha da matriz de análise preenchida a partir do formulário on-line	<b>30</b>

---

### **Capítulo III**

Tabla N° 1 de las instituciones formadoras por tipo y gestión	<b>85</b>
Gráfico N° 1: Cantidad de Instituciones según tipo de institución y de gestión	<b>86</b>
Tabla N° 2: Distribución de instituciones formadoras por región y jurisdicción	<b>87</b>
Gráfico N°2: Distribución de instituciones formadoras por región	<b>88</b>
Gráfico N°3: Cantidad de instituciones formadoras por región y por tipo de gestión	<b>88</b>
Tabla N° 3: Distribución de carreras por jurisdicción	<b>89</b>
Tabla N° 4: Distribución de carreras de formación de técnicos de la salud por región	<b>90</b>
Gráfico N° 4: Cantidad de carreras por región geográfica	<b>90</b>
Cuadro N° 5: Distribución de Carreras según tipo de institución. Total país	<b>92</b>
Tabla N° 6: Distribución de carreras según tipo de institución y tipo de gestión	<b>92</b>
Gráfico N° 5: Carreras técnicas según tipo de Institución y tipo de gestión	<b>93</b>
Tabla N° 6: Distribución de según región y tipo de gestión	<b>93</b>
Gráfico N°6: Carreras según tipo de gestión y por región	<b>94</b>
Tabla N° 7: Distribución de la oferta académica por región	<b>95</b>
Gráfico N° 7: Carreras priorizadas. Distribución por tecnicatura	<b>95</b>
Gráfico N° 8: Carreras priorizadas. Tipo de gestión según Carrera	<b>96</b>
Tabla N° 8: Carreras priorizadas: distribución por tipo de carrera y de institución	<b>96</b>
Tabla N° 9: Cantidad de carreras matriculadas por jurisdicción	<b>98</b>
Tabla N° 10: Distribución de alumnos por carrera y por tipo de gestión	<b>99</b>
Tabla N° 11: Directores de carreras según sean o no profesionales de la salud por tipo de gestión	<b>106</b>
Gráfico N° 9: Directores de carrera con formación docente según tipo de gestión	<b>106</b>
Gráfico N° 10 Asesoría pedagógica en instituciones formadoras que respondieron la encuesta	<b>107</b>
Gráfico N° 11: Distribución de carreras que tienen PEI según tipo de gestión	<b>107</b>
Gráfico N° 12: Instituciones con PEI según región	<b>108</b>
Gráfico 13: Distribución de instituciones según ejes que organizan el currículo	<b>108</b>
Gráfico N° 14: Instituciones por cantidad de carreras que poseen	<b>109</b>
Gráfico N° 15: Incorporación de carreras de formación de técnicos de la salud	<b>109</b>

---

Tabla Nº 12: Motivo que orienta la oferta académica de carreras ...	<b>109</b>
<hr/>	
<b>Capítulo IV</b>	
Organigrama actualizado sobre las formaciones en el área salud en la UdelaR	<b>133</b>
Tabla 13: La formación en Salud en nivel terciario	<b>134</b>
tabla 14: carreras del ÁREA SALUD dentro de la UdelaR según SEDES	<b>135</b>
Grafico 16: año de creación de las instituciones	<b>136</b>
Tabla 15: Naturaleza jurídica, habilitación y reconocimiento de las instituciones	<b>136</b>
Tablas 16 y 17: Tipo de titulación en el Área Salud en la UdelaR según su localización	<b>137</b>
Tablas 18 y 19: Tipo de titulación en el Área Salud en las Universidades privadas	<b>137</b>
Tablas 20 a 22: Cargas Horarias de las distintas formaciones de Técnicos, Tecnólogos y Licenciados, agrupados según su frecuencia	<b>137</b>
Tabla 23: Media, máximo y mínimo por cada título en las horas de formación teórica, práctica y teórico- prácticas en las formaciones de Técnicos, Tecnólogos y Licenciados.	<b>138</b>
Tabla 24 Incidencia en cada formación de las cargas horarias teóricas, práctica y teórico- prácticas respecto del total de horas	<b>138</b>
Grafico 17: año de creación en Salud	<b>141</b>
Tabla 25: Perfil del trabajador que la institución quiere formar	<b>141</b>
Tablas 26 y 27: Elaboración y evaluación del Currículum	<b>142</b>
<hr/>	
<b>Capítulo V</b>	
Quadro nº 1 – Matriz de áreas de formação de técnicos	<b>164</b>
Quadro nº 2 – Continuação da matriz de áreas de formação de técnicos	<b>165</b>
Quadro nº 3 – Título outorgado, carga horária mínima e perfil da subárea de Análises Clínicas / Laboratório Clínico	<b>166</b>
Quadro nº 4 – Título outorgado, carga horária mínima e perfil da subárea de Enfermagem	<b>167</b>
Quadro nº 5 – Título outorgado, carga horária mínima e perfil da subárea de Hemoterapia	<b>168</b>
Quadro nº 6 – Título outorgado, carga horária mínima e perfil da subárea de Radiologia	<b>169</b>
<hr/>	

## Referências bibliográficas

ALBERGUCCI R. La transformación de la educación técnica en la República Argentina. Montevideo: Cinterfor. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional; 1997. N°.141. oct.-dic. P. 77-108. (citado 05 noviembre). Disponible en:<http://www.ilo.org/public//spanish/region/ampro/cinterfor/publ/boletin/141/pdf/bol141e.pdf>

AROUCA, Sérgio. A Reforma Sanitária brasileira. *Tema – Radis*, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.

BRASIL.Ministério da Educação. *Parecer CNE/CEB nº 16, de 5 de outubro de 1999*. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 1999a.

BRASIL.Ministério da Educação.*Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/Profdae*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

CONNEL, R. W. Pobreza e educação. In: GENTILI, Pablo (org.). *Pedagogia da exclusão: crítica ao neoliberalismo em educação*. Petrópolis: Vozes, 1995.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas.In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.).*Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CURY, C.R.J. **Conselhos de Educação: fundamentos e funções**. Revista Brasileira de Política e Administração da Educação. Recife, UFPE, v.22, n.1, p. 41-67, jan./jun. 2006.

DE ROSSI, Vera L. S. *Gestão do projeto político-pedagógico: entre corações e mentes*. São Paulo: Moderna, 2004.

DELFINO J, GERTEL H, SIGAL V. La educación superior técnica no universitaria. Problemática, dimensiones, tendencias. Serie Nuevas Tendencias. Ministerio de Cultura y Educación. Secretaría de Políticas Universitarias. Argentina: Octubre, 1998. (citado 05 noviembre). Disponible en: <http://www.me.gov.ar/spu/documentos/publicaciones/delfino1.pdf>

Documento de Manguinhos sobre la formación de trabajadores técnicos de la salud en el MERCOSUR. Seminario Internacional sobre Formación de Trabajadores Técnicos de la Salud en Brasil y en el MERCOSUR. En: Pronko M, Corbo A (coord.). La silueta de lo invisible: la formación de los trabajadores técnicos en salud en el Mercosur. Brasil: Cuaderno de Debates 2. Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio. Fiocruz, Fundación Oswaldo Cruz, Ministerio de Salud; 2009. P. 258-261.

DURÉ, Isabel. "Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina", en Pronko, Marcela y Corbo, Anamaría (coord.). La silueta de lo invisible: la formación de los trabajadores técnicos en salud en

el Mercosur. Cuaderno de Debates 2. Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio. Fiocruz, Fundación Oswaldo Cruz, Ministerio de Salud. Brasil.2009. Págs. 87-96.

EINISMAN C. La silueta de lo invisible: los técnicos de la salud en Argentina. En: Pronko M, Corbo A (coord.). La silueta de lo invisible: la formación de los trabajadores técnicos en salud en el Mercosur. Brasil: Cuaderno de Debates 2. Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio. Fiocruz, Fundación Oswaldo Cruz, Ministerio de Salud; 2009. P. 159-168.

EUTM/UDELAR. Planes de estudio de las carreras del área salud.

FRIGOTO, Gaudêncio. Os delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In: GENTILI, Pablo (org.). *Pedagogia da exclusão: crítica ao neoliberalismo em educação*. Petrópolis: Vozes, 1995.

GHIRALDELLI JR, Paulo. *História da Educação*. São Paulo: Cortez, 1991.

GIRARDI, Sábado N.; FERNANDES JUNIOR, Hugo; CARVALHO, Cristina L. *A regulamentação das profissões de saúde no Brasil*. [S.I.]: [s.n.], 2005. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Acesso em: fev. 2011.

GONZÁLEZ A, CASTRO C, MOREIRA S, CERINO S, CORREA ROJAS M del V, HASMIT ATZEMIAN R, PATRITO G, CASTILLO NÚÑEZ F, ROJAS M. Estudio Colaborativo Multicéntrico sobre la situación de las escuelas de Enfermería terciarias no universitarias. Buenos Aires: Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Informe final; Abril 2007.

LIMA, Júlio César França. et al. Mapeando a educação profissional de nível técnico em saúde no Brasil. In: FALCÃO, André et al. (org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. V. 1

LIMA, Júlio César França. *Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem*. 2010. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Acuerdo Marco para la Educación Superior no Universitaria A-23/2005 (citado 05 diciembre 2011). Disponible en: [http://www.me.gov.ar/curriform/publica/acuerdo\\_marco\\_esnu.pdf](http://www.me.gov.ar/curriform/publica/acuerdo_marco_esnu.pdf)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Consejo Federal de Cultura y Educación. Resolución CFC y E N° 261/06. (citado 05 diciembre 2011). Disponible en: <http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res06/261a-06.pdf>

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Consejo Federal de Educación. Resolución CFE N° 47/08. (citado 05 diciembre 2011). Disponible en: <http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res08/47-08.pdf>

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Ministerio de Salud de la Nación. Comisión Interministerial. Convenio N° 296/02. 2002.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Ministerio de Salud de la Nación. Comisión Interministerial. Documento base para la organización curricular de la Tecnicatura Superior en Enfermería. Argentina. 2007.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Instituto Nacional de Educación Técnica I.N.E.T. Ministerio de Educación de la Nación. Documento base para la organización curricular de la Tecnicatura Superior en Radiología. Argentina. 2011.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Instituto Nacional de Educación Técnica I.N.E.T. Ministerio de Educación de la Nación. Documento base para la organización curricular de la Tecnicatura Superior en Hemoterapia. Argentina. 2003.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Instituto Nacional de Educación Técnica I.N.E.T. Ministerio de Educación de la Nación. Documento base para la organización curricular de la Tecnicatura Superior en Laboratorio de Análisis Clínico. Argentina. 2011.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela A. *O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

Ordenanza de Estudios de Grado de la Universidad de la República

PEBÉ, P J; COLLAZO, M. Sistema Nacional de Educación Superior de la República Oriental del Uruguay. Proyecto Tuning 2004-2005. Universidad de la República Octubre 2004. Disponible en [http://tuning.unideusto.org/tuningal/images/stories/presentaciones/uruguay\\_doc.pdf](http://tuning.unideusto.org/tuningal/images/stories/presentaciones/uruguay_doc.pdf) accedido 20 de enero de 2013

PEREIRA, I. B. A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tese de Doutorado, 2002.

Plan Estratégico de la Universidad de la República 2001-2005

Plan Estratégico de la Universidad de la República 2005-2010

PRONKO M. A educação profissional em saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde. Proyecto de investigación. Manginhos, Ríó de Janeiro, Brasil: Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, Fundación Oswaldo Cruz; 2006.

PRONKO, Marcela; CORBO, Anamaria D. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

RAMOS, Marise Nogueira. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio–Editora UFRJ, 2010.

Resoluciones de Comisión Directiva EUTM

Resoluciones del Consejo de Facultad de Medicina

SOBREVILA M. La educación técnica argentina. Buenos Aires: Academia Nacional de la Educación. (citado 05 noviembre). Disponible en: [http://www.acaedu.edu.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=217:sobrevila-ma-qla-educacion-tecnica-argentina&catid=50:serie-estudio&Itemid=130](http://www.acaedu.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=217:sobrevila-ma-qla-educacion-tecnica-argentina&catid=50:serie-estudio&Itemid=130)

URUGUAY. Ley N° 15.738

URUGUAY. Ley N° 15.661

URUGUAY. Ley N° 15.739

URUGUAY. Ley N°. 12.549

URUGUAY. Ley N° 18.437

VEIGA, Ilma Passos A. Perspectivas para a reflexão em torno do projeto político-pedagógico. In: \_\_\_\_\_; RESENDE, Lucia Maria G. (org.). *Escola: espaço do projeto político-pedagógico*. Campinas: Papirus, 1998. p. 9-32.