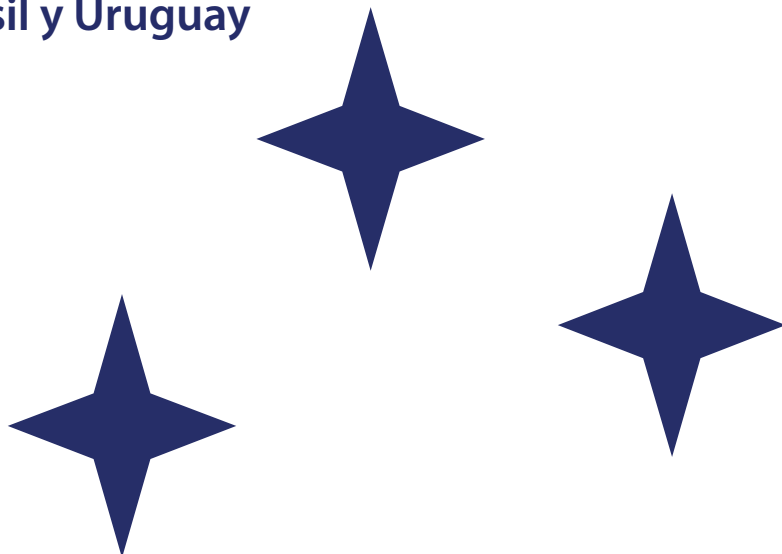


# La construcción de la Matriz Mínima de Datos de profesionales de la salud del MERCOSUR

desde sus inicios hasta el 2014 en  
Argentina, Brasil y Uruguay



Ministerio de  
Salud



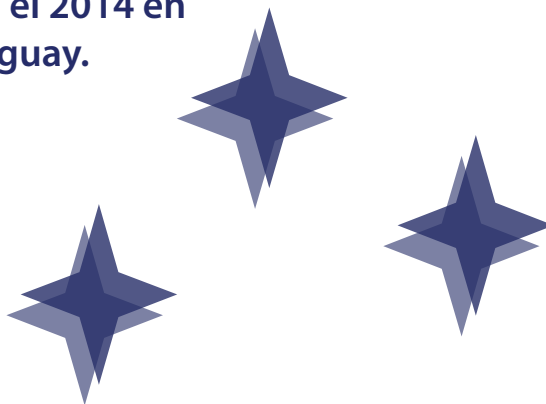
Presidencia  
de la Nación







**La construcción de  
la Matriz Mínima de Datos  
de profesionales de la salud  
del MERCOSUR  
desde sus inicios hasta el 2014 en  
Argentina, Brasil y Uruguay.**



Buenos Aires, Argentina, agosto 2015



## ■ ■ Autoridades de los Estados Parte del MERCOSUR

### ARGENTINA

Presidenta  
**Cristina Fernández de Kirchner**

Ministro de Salud  
**Daniel Gustavo Gollan**

Coordinador Nacional SGT11  
**Andrea Carbone**

Coordinador Nacional de la Comisión  
de Servicios de Salud  
**Guillermo Williams**

Coordinadora Nacional de la Subcomisión  
de Desarrollo y Ejercicio Profesional  
**María Isabel Duré**

### BRASIL

Presidenta da República Federativa do Brasil  
**Dilma Rousseff**

Ministro da Saúde do Brasil  
**Arthur Chioro**

Coordenador Nacional do SGT-11  
**Juliana Vallini**

Coordenadora da Comissão de Serviços  
de Atenção à Saúde  
**Maria Inez Pordeus Gadelha**

Coordenador Nacional da Subcomissão de  
Desenvolvimento e Exercício Profissional  
**Alexandre Ribeiro**

### URUGUAY

Presidente de la República Oriental  
del Uruguay

**Tabaré Vázquez**

Ministra de Salud  
**Jorge Basso**

Coordinador Nacional SGT11  
**Gilberto Ríos**

Coordinadora Nacional de la Comisión  
de Servicios de Atención a la Salud  
**Catherine Ausqui**

## ■ ■ Autoridades de la Argentina

### **Ministerio de Salud de la Nación**

Presidenta

**Cristina Fernández de Kirchner**

Ministro de Salud

**Daniel Gustavo Gollan**

Secretario de Políticas, Regulación e Institutos

**Mario Rovere**

Subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización

**Pablo Emilio Kohan**

Director Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud

**Guillermo Ismael Williams**

Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

**María Isabel Duré**

### **Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)**

Representante en Argentina

**Maureen Birmingham**

Consultor en Servicios de Salud

**Alejandro Gherardi**

Consultora Nacional en Recursos Humanos en Salud

**Débora Yanco**

## ■ ■ Publicación

Coordinación general de la publicación

**Dra. María Isabel Duré**

**Dr. Guillermo I. Williams**

Coordinadora operativa

**Mg. María del Carmen Cadile**

Responsable de la publicación

**Paula Kornblihtt**

### **ARGENTINA**

Autores

**Dra. María Isabel Duré**

**Dr. Guillermo I. Williams**

Compiladora

**Mg. María del Carmen Cadile**

Responsables de Edición

**Dra. Cristina Davini**

### **BRASIL**

Autores

**Anemarie da Silveira Bender**

**Paulo Mayall Guilayn**

Colaboradores

**Dr. Carlos Alberto de Matos**

**Maria Sílvia Portela de Castro**

**Crystiane Leandro Pérez**

### **URUGUAY**

Autores

**Lic. Aníbal Suárez**

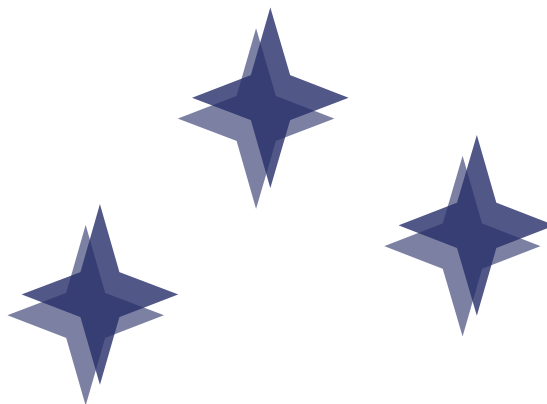
Colaboradores

**T/A Anyela Rodríguez Bach**

**Gonzalo Lucas**

**Mtro. Martín Rojas**

**La construcción de  
la Matriz Mínima de Datos  
de profesionales de la salud  
del MERCOSUR**  
desde sus inicios hasta el 2014 en  
Argentina, Brasil y Uruguay.



Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

La construcción de la matriz mínima de datos de profesionales de la salud del MERCOSUR desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil y Uruguay ; compilado por María Del Carmen Cadile ; coordinación de Maria Isabel Duré ; Guillermo I. Williams ; editado por Paula Kornblihtt. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2015.

170 p. ; 24 x 18 cm.

ISBN 978-950-38-0220-5

1. Recursos Humanos En Salud. 2. Mercosur. I. Cadile, Mg. María Del Carmen, comp. II. Duré, Maria Isabel, coord. III. Williams, Guillermo I., coord. IV. Kornblihtt, Paula, ed. V. Título.

CDD 610.6

Fecha de edición: Agosto 2015

## **Equipo de trabajo**

### **Coordinadores:**

Dra. María Isabel Duré; Dr. Guillermo I. Williams

### **Compiladora:**

Mg. María del Carmen Cadile

### **Editora:**

Paula Kornblihtt

### **Diseño:**

Andrés Venturino

El Ministerio de Salud de la Nación expresa su agradecimiento al apoyo técnico brindado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para la realización de la presente publicación.



## ■ ■ Índice

Prólogo .....	11
Introducción .....	13
Presentación .....	15
MERCOSUR: Historia de trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional .....	16
<b>ARGENTINA</b> .....	<b>34</b>
Introducción	
La Formación Técnica en el Nivel Superior (Universitario y No Universitario)	
La Formación de Posgrado Universitario	
Proceso de Implementación de la Matriz Mínima en Argentina	
Conclusiones. Lecciones aprendidas	
<b>BRASIL</b> .....	<b>60</b>
Introdução	
A Formação de Profissionais em Saúde no Brasil	
O Registro para o Exercício Profissional	
Mudanças de Regras no Exercício Profissional: Mais Médicos com Participação de Estrangeiros e Alteração do Revalida	
O Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde (FPMTS)	
O Processo de Aprovação da Matriz Mínima de Registro Profissional em Saúde no Brasil	
Considerações Finais sobre a Matriz Mínima de Registro Profissional em Saúde	
<b>URUGUAY</b> .....	<b>70</b>
Introducción	
La Formación del Personal de Salud en Uruguay	
El Registro de la Formación y la Habilitación para el Ejercicio Profesional	
Conclusiones	
Conclusiones y lecciones aprendidas .....	95

## ANEXOS

<b>MERCOSUR</b> .....	<b>104</b>
Resolución MERCOSUR (GMC N° 27) / “Matriz Mínima de registro de Profesionales de la Salud” Acceso a la Especialidad en MERCOSUR Listado de reuniones que generaron documentación	
<b>ARGENTINA</b> .....	<b>117</b>
Cuadro de Leyes del Ejercicio Profesional Diccionario de datos de la Ficha del Profesional de la Salud de la Argentina	
<b>BRASIL</b> .....	<b>122</b>
Normativa	
<b>URUGUAY</b> .....	<b>156</b>
Carreras y Cursos Normativa	

## ■ ■ Prólogo

Este libro presenta una sistematización de los logros alcanzados en la tarea de armonizar las normas de regulación profesional en salud en los países del MERCOSUR en el período 2012-2014. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha venido acompañando y estimulando este proceso, el cual puede considerarse de alto nivel de calidad en la construcción de mecanismos de consenso entre países, específicamente en el campo de las políticas sanitarias.

La concreción del derecho a la salud requiere de políticas públicas que garanticen que los servicios y equipos de salud estén al alcance de la comunidad y aborden sus problemas de salud más prevalentes y fundamentales de manera integrada e integral.

A pesar de los esfuerzos en la implementación de políticas sanitarias orientadas a la equidad, en los países del continente americano se están observando serias brechas entre las necesidades de la población en materia de salud y las respuestas que los estados están brindando. Una de las principales brechas se observa en la disponibilidad en la cantidad y/o calidad de equipos de salud con capacidades pertinentes para los objetivos propuestos en dichas políticas, especialmente en las comunidades más vulnerables.

Así como la producción de datos confiables acerca de la conformación y distribución de los equipos de salud son fundamentales para la aplicación de políticas – destinadas a reducir las desigualdades en el acceso a profesionales de salud capacitados<sup>1</sup>–, también lo son los mecanismos de regulación profesional.

La regulación de las profesiones en salud es un instrumento de política pública fundamental para garantizar la calidad de la atención de la población. Establece las potencialidades y límites de las profesiones para que cada una de ellas pueda aportar de manera significativa a la construcción de equipos de salud con perspectiva interdisciplinaria y orientar su trabajo a garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Estas delimitaciones van cambiando a lo largo de la historia de cada profesión en la medida que los problemas de las poblaciones y los sistemas de salud se van transformando desde sistemas fragmentados a sistemas integrados, con mayor centralidad en las necesidades comunitarias en salud.

---

1 - OPS/OMS (2013). Recursos humanos para la salud. En: 52° Consejo Directivo de la OPS. (CD52/6). Washington, D.C.: OPS/OMS.

Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4399/CD52\\_6-esp.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4399/CD52_6-esp.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Asimismo, las nuevas realidades de necesidad de políticas de integración sanitaria entre los países hacen que estas discusiones superen las fronteras de los estados y se amplíen hacia su instalación en la agenda de organismos sub regionales, como lo es el MERCOSUR.

Hasta el establecimiento de la Resolución GMC 27/2004 a través de la cual se aprueba la “Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR”, cada país perteneciente a este organismo subregional poseía una definición diferente de las prácticas asignadas a cada profesión y era frecuente la aparición de conflictos frente a la circulación de la fuerza de trabajo en salud, debido principalmente a diferencias en los planes de formación universitaria y también en los alcances del ejercicio profesional en cada territorio.

El avance del Mercosur en la resolución de problemas del campo de la salud con vistas a un futuro con libre circulación de bienes y servicios impulsó en primer lugar a un trabajo de análisis de similitudes y diferencias que existían en cada uno de los países respecto de las profesiones de la salud, y luego al diseño de una matriz que pueda armonizar estas diferencias.

La OPS/OMS ha decidido acompañar este tramo de la tarea en la medida que se consideró que este emprendimiento de los países tiene una relevancia estratégica para garantizar equipos de salud con pertinencia y calidad para alcanzar la meta de la cobertura y acceso universal en salud.

Este proyecto merece ser difundido no solo por los resultados que obtuvo en términos de la armonización sino por los procesos de consenso que ha construido. La valoración de las trayectorias profesionales en cada uno de los países y el análisis de la variedad de modalidades de los sistemas de atención en las que se insertan han sido dimensiones tenidas en cuenta a lo largo del proceso. Asimismo, cabe destacarse la búsqueda de constituir estos procesos en políticas de largo alcance que sean viables en el tiempo, posibles gracias a la capacidad técnica-política de los países que emprendieron esta tarea.

**Dr. Alejandro Gherardi**  
Consultor Servicios de Salud  
OPS/OMS Argentina

**Lic. Débora Yanco**  
Consultora Nacional Recursos Humanos  
OPS/OMS Argentina

## ■ ■ Introducción

El proceso de construcción de consensos en la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, dependiente de la Comisión de Servicios del Subgrupo de Trabajo 11 – Salud (SGT11) del MERCOSUR constituye un desafío en el marco de un mercado de unión aduanera. Su objetivo: compatibilizar las regulaciones del ejercicio profesional en salud con miras a la libre circulación de estos trabajadores.

El SGT11 se crea en 1996 por Resolución GMC 151/96 como el “órgano técnico, de carácter deliberativo, que centralice el tratamiento de las referidas cuestiones, de modo de facilitar la armonización de las legislaciones nacionales y la compatibilización de los sistemas de control sanitario de los Estados Parte”.

La Pauta Negociadora aprobada en 1998 define tres áreas de trabajo: una estructura preexistente, ligada a la armonización en materia de productos farmacéuticos y cosméticos, denominada de Productos de Salud y agrega a ésta dos comisiones: la de Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Terminales y Pasos Fronterizos y otra de Prestación de Servicios de Salud. Tanto la Comisión de Productos como la de Vigilancia tenían historia de trabajos previos y producción de normativa, ya sea en el ámbito del MERCOSUR o por el trabajo de los organismos internacionales de salud (OPS/OMS). La estructura de la Comisión de Servicios no registraba antecedentes.

En materia de ejercicio profesional, el desafío de la Subcomisión era complejo porque el abordaje del control del ejercicio profesional requería de información y los temas de formación implicaban trabajar en conjunto con el área educativa.

Mediante la Resolución GMC 27/2004 se aprueba la “Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR”, a partir de que se identifica la necesidad contar con información mínima armonizada de los profesionales de la salud en cada uno de los Estados Parte y pensando en la meta de la libre circulación en el 2015.

La implementación de esta Matriz Mínima constituyó un desafío diferente para cada uno de los Estados Parte y determinó un trabajo político de búsqueda de consensos y alternativas técnicas, lo cual ofrece una perspectiva diferente del MERCOSUR tradicional ligado al intercambio comercial. Este proceso de acuerdos y construcción al interior de cada uno de los Estados Parte merecía ser documentado, como un caso en el que se puede visualizar cómo el trabajo regional aporta al desarrollo de instancias superadoras.

A partir de este contexto, y en el marco del Proyecto de Trabajo BIANUAL de la Organización Panamericana de la Salud para la subregión del MERCOSUR en temas de recursos humanos, los países acuerdan la elaboración del presente documento en la reunión de Subcomisión durante la Presidencia Pro Témpore de Brasil, en el segundo semestre de 2012. En ese momento, Paraguay se encontraba suspendido del MERCOSUR y Venezuela acababa de incorporarse, razón por la cual es que esta publicación no recoge la experiencia de ambos países.

El objetivo fue elaborar un documento que recogiera la experiencia desarrollada por la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional de la Comisión de Servicios de Salud del Subgrupo de Trabajo 11, recopilada por los responsables de la autoridad sanitaria de los Estados Parte en el proceso de construcción e implementación de la Matriz Mínima de Datos de los profesionales de del MERCOSUR, analizando los acuerdos llevados adelante por la Subcomisión para el desarrollo de la Matriz Mínima, describiendo las estructuras de control del ejercicio profesional en cada Estado Parte e identificando los procesos que tuvieron lugar al interior de los Estados Parte para permitir su implementación.

A partir de este objetivo, se plantearon los contenidos que deberían contemplarse en cada capítulo país: la estructura del control del ejercicio profesional y su relación con el sistema formador; la situación de la información en forma previa al acuerdo sobre la MM y la descripción del proceso de internalización en cada país, contemplando los actores y los acuerdos políticos, la normativa y desarrollo tecnológico a que dieron lugar.

Se tomó la decisión de no definir un formato único para estos capítulos, a fin de dejar en libertad a los redactores para enfatizar en aquellos puntos que consideraran relevantes y así poder destacar la diversidad de los procesos nacionales y la complejidad del proceso de MERCOSUR desde los propios textos.

El relato se inicia con una secuencia histórica del trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, luego se desarrollan los capítulos por país y culmina con las lecciones aprendidas a lo largo de la gestión de la Matriz Mínima. En los anexos, organizados por país, se incluyen documentos y normativas que sistematizan información relevante de cada Estado Parte sobre la gestión e implementación de este proceso.

**Dra. Isabel Duré**  
Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional  
Ministerio de Salud de la Nación



## ■ ■ Presentación

Desde el Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud vemos con enorme beneplácito los avances realizados en la conceptualización y formalización de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud a la que se ha abocado la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT N° 11 “Salud” del MERCOSUR.

Contar con un conjunto mínimo consensuado y estandarizado de indicadores de recursos humano sanitarios permitirá no sólo la toma de decisiones informada por evidencia a nivel de cada uno de los países sino el avance de proyectos y políticas comunes de los Estados Parte en este tema crucial para la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud.

En el transcurso del año 2012, el Observatorio realizó un ejercicio de priorización de investigación en sistemas y políticas de salud en tres de los Estados Parte (Argentina, Brasil y Uruguay). En esa ocasión, la investigación sobre recursos humanos en salud fue una de las tres áreas prioritarias comunes, junto con la judicialización de la atención de salud y la evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias.

El abordaje que ha adoptado el Observatorio en un proyecto actualmente en curso, es el de identificación de las brechas entre disponibilidad y necesidad de recursos humanos, especialmente las diferentes especialidades médicas y el análisis de los criterios y mecanismos de determinación de necesidades de recursos humanos al interior de los servicios públicos de salud. El tipo de información que la Matriz mínima propuesta por la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT N° 11 “Salud” pondría a disposición de políticos e investigadores, no solo facilitaría nuestro trabajo en esta etapa, sino también la continuidad en el tiempo de análisis similares en base a fuentes confiables.

En este, como en otros casos, se trata de esfuerzos complementarios que se apoyan mutuamente. Esperamos continuar esta fructífera colaboración entre distintas instancias del MERCOSUR, para alcanzar el objetivo original de mayor integración con mejor calidad de vida para todos nuestros ciudadanos.

**Dra. Delia Sanchez**  
Coordinadora Académica del Observatorio MERCOSUR  
de Sistemas de Salud



## ■ ■ MERCOSUR:

### Historia de trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional

*“Los Estados Parte que conforman el MERCOSUR comparten una comunión de valores que encuentra expresión en sus sociedades democráticas, pluralistas, defensoras de las libertades fundamentales, de los derechos humanos, de la protección del medio ambiente y del desarrollo sustentable, así como su compromiso con la consolidación de la democracia, la seguridad jurídica, el combate a la pobreza y el desarrollo económico y social con equidad.”<sup>1</sup>*

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

Dentro del preámbulo del tratado de Asunción aparece la integración como una condición fundamental para acelerar procesos de desarrollo económico con justicia social, y la necesidad de promover el desarrollo científico y tecnológico de los Estados Parte, modernizando sus economías para ampliar la oferta y la cualidad de los bienes y servicios disponibles a fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

Conforme el artículo 1º del Tratado de Asunción, el MERCOSUR implica:

1. La libre circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países, a través, entre otros, de la eliminación de los derechos aduaneros y restricciones no arancelarias a la circulación de mercaderías y de cualquier otra medida equivalente;
2. el establecimiento de un arancel externo común y la adopción de una política comercial común con relación a terceros Estados o agrupaciones de Estados y la coordinación de posiciones en foros económico-comerciales regionales e internacionales;

---

1 - Página web del MERCOSUR [http://www.mercosur.int/t\\_generic.jsp?contentid=3862&site=1&channel=secretaria](http://www.mercosur.int/t_generic.jsp?contentid=3862&site=1&channel=secretaria)



3. la coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales entre los Estados Parte: de comercio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetaria, cambiaria y de capitales, de servicios, aduanera, de transportes y comunicaciones y otras que se acuerden, a fin de asegurar condiciones adecuadas de competencia entre los Estados Parte;
4. el compromiso de los Estados Parte de armonizar sus legislaciones en las áreas pertinentes, para lograr el fortalecimiento del proceso de integración.”

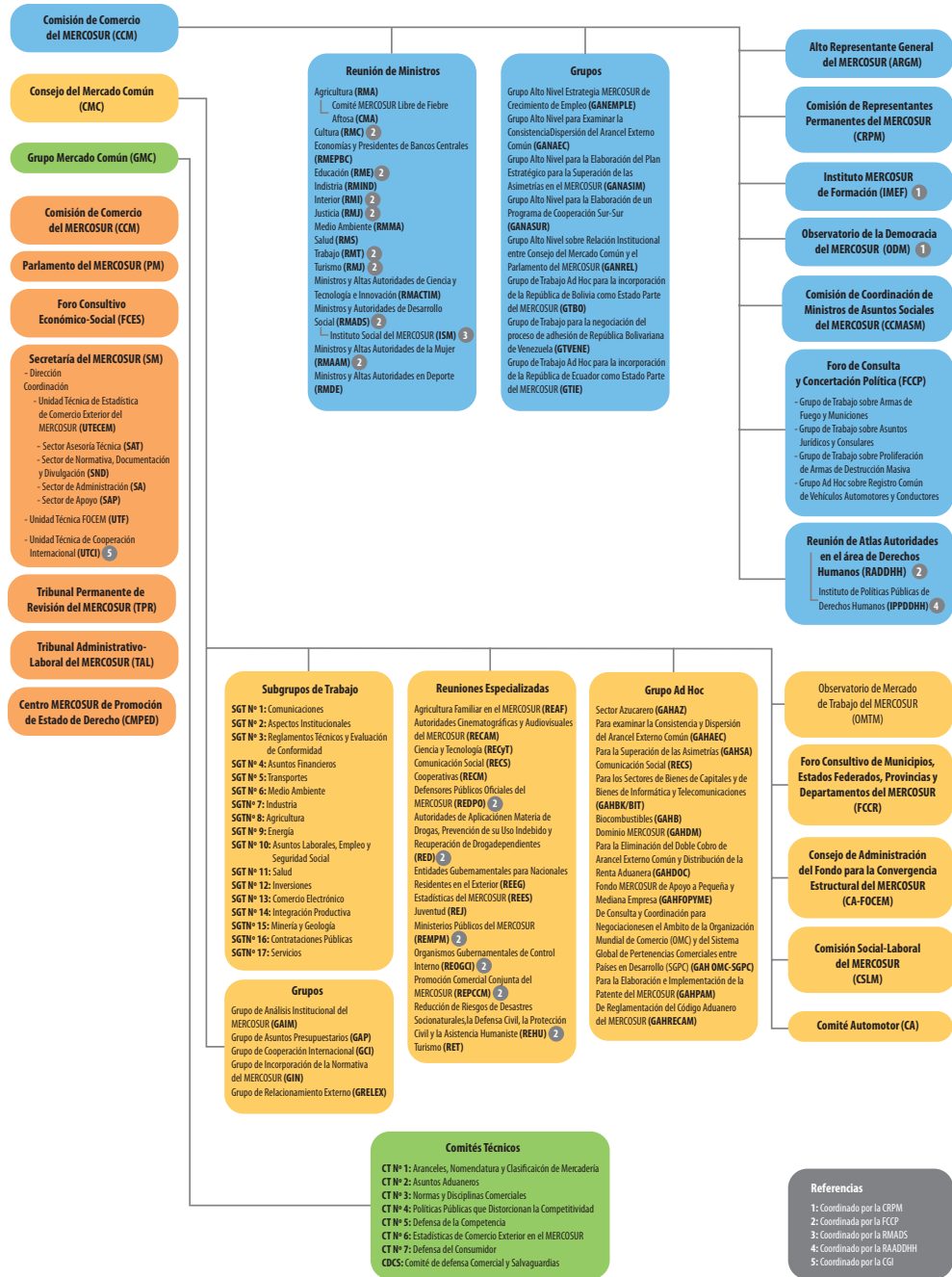
El MERCOSUR nace con la impronta de constituirse en un tratado de integración comercial. El Tratado de Asunción establece la integración de los Estados Parte a través de la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos, entre los que se incluyen los trabajadores. Esta libre circulación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

La presidencia del MERCOSUR la ejercen en forma rotatoria los Estado Parte, con una duración de seis meses por Presidencia Pro Témpace.

En 1994, el Protocolo de OuroPreto establece la estructura del MERCOSUR y define como órganos decisorios al:

- **Consejo Mercado Común (CMC)**, formado por los cancilleres y los ministros de economía de los Estados Parte, responsable de la conducción política del MERCOSUR, de velar por el cumplimiento de los acuerdos y, de representar y negociar por el MERCOSUR ante otros países o bloques. El CMC se expresa mediante decisiones;
- **Grupo Mercado Común (GMC)**, integrado por representantes de los ministerios de relaciones exteriores, economía y de los bancos centrales de los países y coordinado por las cancillerías. Es responsable de la elaboración de los programas de trabajo que aseguren avances para el cumplimiento del mercado común y de tomar las medidas necesarias para llevar adelante las decisiones emanadas por el CMC. Del GMC dependen una serie de comisiones, subgrupos y grupos ad hoc. El GMC se pronuncia mediante resoluciones que son obligatorias para los Estados Parte.
- **Comisión de Comercio del MERCOSUR**, integrada por cuatro miembros titulares y cuatro alternos, es coordinado por los ministerios de relaciones exteriores. Sus funciones son las de velar por la aplicación de los instrumentos de política comercial común para el funcionamiento de la unión aduanera, así como efectuar el seguimiento de los temas comerciales comunes y con terceros países.

**Figura 1. Estructura del MERCOSUR**



Existen dos foros de carácter deliberativo que tienen a la salud como principal objeto de trabajo: la Reunión de Ministros de Salud (RMC), creada por decreto CMC en 1995, que tiene como función la coordinación de políticas de salud en el ámbito del MERCOSUR; y el Subgrupo de Trabajo n° 11 Salud (SGT 11), que es un órgano técnico permanente.

El SGT11 se crea por Resolución GMC 151/96 como “el órgano técnico, de carácter deliberativo, que centralice el tratamiento de las referidas cuestiones, de modo de facilitar la armonización de las legislaciones nacionales y la compatibilización de los sistemas de control sanitario de los Estados Parte. Comienza a trabajar en forma efectiva en 1998.

Sus tareas son las de armonizar parámetros de calidad de bienes, servicios y factores productivos del área de salud, así como los mecanismos de control sanitario. La finalidad de su trabajo es la de eliminar los obstáculos técnicos al comercio que aparezcan, para lograr el fortalecimiento de la integración regional y, consecuentemente, disminuir los riesgos sanitarios.

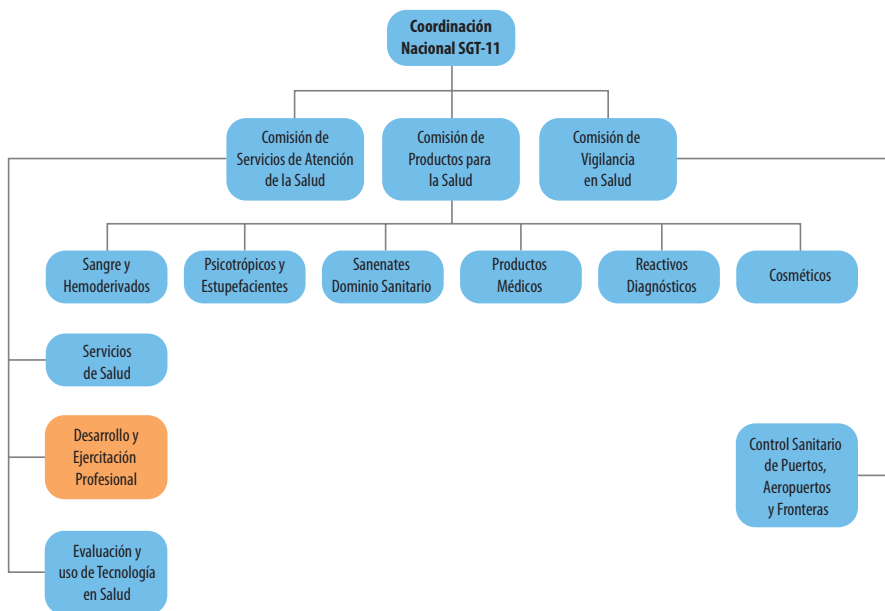
La Pauta Negociadora aprobada mediante Resolución GMC 4/98 define tres áreas de trabajo: incorpora una estructura preexistente, ligada a la armonización en materia de productos farmacéuticos, crea otra de vigilancia epidemiológica y control sanitario de puertos, aeropuertos, terminales y pasos fronterizos, y también una tercera de prestación de servicios de Salud.

#### **Pautas de acción (Resolución GMC 4/98)**

- Armonizar/compatibilizar las legislaciones en el área de la salud identificadas como necesarias al proceso de integración y aquellas que se identifiquen como obstáculos a los flujos de comercio Intra-MERCOSUR.
- Compatibilizar los sistemas de Control Sanitario de los Estados Parte, de forma de asegurar el reconocimiento mutuo en el ámbito del MERCOSUR.
- Definir el relacionamiento del SGT No 11 “Salud” con las demás instancias del MERCOSUR, buscando la integración y complementación de acciones.
- Proponer procedimientos de organización de información referente al área de la Salud entre los Estados Parte .

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

**Figura 2. Estructura del SGT 11**



Con posterioridad, la pauta negociadora se modifica en 2001 y 2005.

Es interesante destacar como en la Pauta Negociadora del 2001 (Resolución GMC 21/2001) aparecen otras dimensiones superadoras de la tarea de armonización, que apuntan a potencia de integración regional como una vía para protección de la salud de las personas desde una perspectiva de promoción de la salud y calidad de los servicios

#### **Pautas de acción** (Resolución GMC 21/2001)

- Armonizar las legislaciones de los Estados Parte, en el área de salud, necesarias para el proceso de integración;
- Compatibilizar los sistemas de Control Sanitario de los Estados Parte, de forma de asegurar el reconocimiento mutuo en el ámbito del MERCOSUR;
- Definir el relacionamiento del SGT No 11 “Salud” con las demás instancias del MERCOSUR, buscando la integración y complementación de acciones;
- Proponer procedimientos de organización, sistematización y difusión de la información referente al área de la Salud entre los Estados Parte;
- Promover la integración de Sistemas y Estructuras Nacionales, referente a la mejora de la calidad y seguridad de los productos y

servicios brindados a la población y como consecuencia, la disminución de los “Riesgos a la Salud”;

- Proponer respuestas comunes en el ámbito del MERCOSUR, ante los nuevos escenarios que enfrenta la región en el área de la salud, con la finalidad de promover la salud y la calidad de vida de las personas.

En tanto, la modificación de 2005 (Resolución GMC 4/2005) avanza en proponer que se implementen propuestas concretas de cooperación para la integración del sector

#### **Pautas de acción**

- Armonizar legislaciones y coordinar acciones entre los Estados Parte en el área de la salud, necesarias al proceso de integración.
- Compatibilizar los sistemas de Control Sanitario de los Estados Parte, de manera de alcanzar el reconocimiento mutuo en el ámbito del MERCOSUR.
- Definir la relación del SGT No 11 “Salud” con las demás instancias del MERCOSUR, buscando la integración y la complementación de las acciones.
- Proponer procedimientos de organización, sistematización y difusión de la información referente al área de la Salud entre los Estados Parte.
- Promover el perfeccionamiento y la articulación de los sistemas nacionales tendientes a la calidad, eficacia y seguridad de los productos y servicios brindados a la población, con el objetivo de reducir los riesgos para la salud.
- Promover y gerenciar propuestas de cooperación que busquen la integración regional en el sector salud.
- Promover la atención integral de la salud y la calidad de vida de las personas, mediante acciones comunes en el ámbito del MERCOSUR.

La modificación del 2007, mediante Resolución 13 del GMC, incorpora una acción específica ligada al desarrollo profesional “Proponer y coordinar directrices con miras al desarrollo de los profesionales de la salud, para su ejercicio profesional en el ámbito del MERCOSUR, así como proponer criterios a ser tomados en cuenta para la aplicación de la Dec. CMC No 25/03 “Mecanismo para el Ejercicio Profesional Temporario”, que da cuenta de la evolución y relevancia que adquiere el tema en forma progresiva

### **Pautas de acción**

- Armonizar legislaciones y directrices, promover la cooperación técnica y coordinar acciones entre los Estados Parte en el área de la salud necesaria al proceso de integración.
- Compatibilizar los sistemas de Control Sanitario de los Estados Parte, con miras a fortalecer el proceso de integración en el ámbito del MERCOSUR.
- Definir el relacionamiento del SGT No 11 “Salud” con las demás instancias del MERCOSUR, procurando la integración y la complementación de las acciones.
- Proponer procedimientos de organización, sistematización y difusión de la información referente al área de la Salud entre los Estados Parte.
- Promover el perfeccionamiento y la articulación de los sistemas nacionales tendientes a la calidad, eficacia y seguridad de los productos y servicios brindados a la población, con el objetivo de reducir los riesgos de la salud.
- Promover el perfeccionamiento y la articulación de los sistemas nacionales tendientes a la reglamentación y control de los productos que tengan riesgos para la salud.
- Promover y gerenciar propuestas de cooperación que busquen la reducción de las asimetrías existentes y la integración regional en el sector salud.
- Promover la atención integral a la salud y a la calidad de vida de las personas, mediante acciones comunes en el ámbito del MERCOSUR.
- Proponer y coordinar directrices con miras al desarrollo de los profesionales de la salud, para su ejercicio profesional en el ámbito del MERCOSUR, así como proponer criterios a ser tomados en cuenta para la aplicación de la Dec. CMC No 25/03 “Mecanismo para el Ejercicio Profesional Temporario”.

## **¿Cómo se trabaja en el SGT11?**

El SGT11 tiene una reunión ordinaria por cada Presidencia Pro Tempore<sup>2</sup> y encuentros extraordinarios virtuales o presenciales de acuerdo con las exigencias del tratamiento de los temas de agenda.

Las Comisiones y Subcomisiones organizan su agenda de trabajo en relación con la pauta negociadora vigente.

---

2 - Hasta el año 2000, se realizaban dos reuniones por PPT

Las decisiones se toman por consenso. Todos los Estados Parte, los miembros plenos, tienen que estar de acuerdo para poder avanzar en una decisión y en una resolución.

Los acuerdos se expresan en resoluciones. Las comisiones hacen propuestas de resoluciones al GMC, que es quien las aprueba. Las normas tienen que ser armonizadas respetando las diferencias de los países, pero tienen que ser superadoras y al mismo tiempo tienen que permitir realizar mecanismos de adaptación al interior de los Estados Parte.

Según datos de 2010, del total de resoluciones armonizadas en el SGT 11, 71% son de la Comisión de Productos de Salud, 20% de la Comisión de Vigilancia en Salud, y 9% de la Comisión de Servicios de Atención a la Salud. La Comisión de Productos funcionaba ya desde 1993, en el marco del subgrupo de trabajo 13, con un mayor desarrollo en los procesos de negociación, porque estaba ligada a todos los efectos de la unión aduanera. La Comisión de Vigilancia tenía una historia previa en la integración de la vigilancia sanitaria. Registraba muchos antecedentes en el trabajo conjunto y también una impronta extra regional con mucho desarrollo normativo desde organismos internacionales (OPS, OMS). En cambio, la integración de sistemas y servicios de salud es la más inédita, en la que se reconocen mayores dificultades porque también es donde están las mayores asimetrías.

### El trabajo de la Sub Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT 11 MERCOSUR

El trabajo de la Sub-Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOEJERP), dependiente de la Comisión de Servicios de Atención a la Salud (COSERATS) del MERCOSUR tiene como objetivo la circulación de los trabajadores de salud y la necesidad de establecer la reciprocidad en los mecanismos de habilitación, acreditación profesional, reconocimiento y reválidas de títulos.

La primera pauta negociadora (Resolución GMC 4/1998) establecía que el trabajo de la COSERATS, y en particular la SCOEJRP, abordaría los siguientes temas:

#### **1. Prestación de servicio de salud:**

- a. Habilitación de establecimientos e instituciones de salud. Procedimiento y requisitos.
- b. Armonización de normas de atención en áreas prioritarias.
- c. Niveles de atención y complejidad de los servicios.
- d. Coordinación de actividades de promoción y prevención.

#### **2. Ejercicio profesional (SCOERJP):**

- a. Requisitos de habilitación profesional para el nivel superior, técnico y auxiliar.
- b. Sistema de control del ejercicio profesional.
- c. Reconocimiento de especialidades.
- d. Programas conjuntos de adiestramiento en servicio y fortalecimiento de entidades de salud formadoras de Recursos Humanos.

### 3. Tecnología en salud:

- a. Análisis de la tecnología y definición de tecnología apropiada.
- b. Calidad de la tecnología.
- c. Uso de la tecnología.
- d. Incorporación de tecnología.

En materia de ejercicio profesional, el desafío era complejo porque el abordaje del control del ejercicio profesional requería de información y los temas de formación implicaban trabajar en conjunto con el área educativa.

Los primeros años fueron de incorporación de la metodología de trabajo y consolidación de los equipos participantes. Se trataba de una tarea nueva para el sector salud, que requirió de la identificación de los perfiles adecuados en cada país y de un proceso de profesionalización de los mismos, que se fue dando en la medida que existía una continuidad de las personas en las reuniones ordinarias. Los representantes eran responsables de las áreas de regulación y/o recursos humanos de los ministerios de salud, excepto en el caso de Brasil, cuyos representantes hasta el 2003 fueron integrantes de los Consejos Profesionales de Médicos.

Las agendas estuvieron centradas en comparar las distintas profesiones del equipo de salud y los mecanismos de habilitación de ejercicio profesional, tema que aparecería en forma recurrente durante todo el trabajo de la Subcomisión, y en cómo identificar a los trabajadores migrantes y sus credenciales para el ejercicio profesional en su país de origen.

La primera resolución que se aprueba es la que incluye el Listado de Especialidades Médicas Comunes del MERCOSUR (Resolución GMC No 73/2000). Es llamativo que se comenzara por las especialidades y no por las profesiones comunes, pero esto respondía a dos factores: la diversidad de los equipos de salud y la presencia de representantes de los Consejos Médicos.

Si se revisan las actas en donde cada país identifica la conformación de los equipos de salud se puede constatar las grandes diferencias entre los mismos, que en algunos casos luego resultaron temas de nomenclatura, pero que requerirían de análisis más profundos hasta identificar las coincidencias o asimetrías. Hubo que profundizar en las currículas de formación y las incumbencias profesionales hasta contar con un listado de profesiones comunes.

La presencia de los Colegios Médicos en la Subcomisión hizo que se priorizara el tratamiento de una serie de normas básicas para el ejercicio profesional médico, que fueron aprobadas mediante Resolución GMC No58/01 -Principios Éticos Médicos del MERCOSUR.

El trabajo también iba dejando al descubierto falencias en materia regulatoria o informativa de los Estados Parte. En algunos casos, los países contaban con poca regulación o estaban cambiando las normas existentes, lo que también llevó a modificaciones a lo largo de los años. La rotación de los representantes de los países producía dilaciones en la concreción de los temas, ya sea por desconocimiento de lo actuado o por el aporte de otras perspectivas metodológicas que se sumaban, ya sea por el desarrollo del GMC en sí que producía nuevas reglas de funcionamiento como por los integrantes que se sumaban.



El proceso de “negociación” requirió de un período prolongado hasta adquirir una rutina de trabajo y de sistematización de la información que cada país llevaba a la mesa, y para reconocer los tiempos e institucionalidad particulares de cada EP. A diferencia de la Comisión de Productos o de Vigilancia, el objeto de trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional está desligado de las reglas de mercado y no responde a consensos científicos internacionales, a la vez que está estructuralmente teñido por concepciones y desarrollos históricos con particularidades locales. Estas particularidades ocupaban un espacio importante en la mesa, porque para fortalecer y consolidar la unión regional era y es importante que todos los actores sociales se consideren legítimamente representados y vean respetadas y reflejadas sus características institucionales en los acuerdos.

## El desarrollo de la Matriz Mínima

En 2002, a partir de que se identificó la necesidad contar con información de los profesionales de la salud en cada uno de los Estados Parte y pensando en la meta de la libre circulación en el 2015 aparece la propuesta que se constituiría en el eje de las discusiones en los siguientes años, la Matriz Mínima de Datos del MERCOSUR.

Mediante la Resolución GMC 27/2004 se aprueba la “Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR” (Ver ANEXO). La Matriz Mínima es un instrumento de registro de los profesionales de cada uno de los Estados Parte con información mínima armonizada, administrada y gestionada por los Ministerios de Salud. La Matriz Mínima la elabora cada Estado, lo que se consensua son sus contenidos y los datos a compartir entre los países. Tiene un objetivo preciso que es facilitar las migraciones profesionales de un país al otro y conocer si estos profesionales son reconocidos en su país, si tienen sanciones, etc. Estos son datos que tienen que estar a disposición en caso que alguno de los Estados Parte lo solicite. Es así como en la resolución se definen dichos estándares y se establece como autoridad de aplicación a la **autoridad sanitaria nacional** de cada uno de los integrantes del bloque, quienes serán los encargados de pedir y brindar la información sobre los profesionales.

La información a registrar puede verse a continuación.

### Matriz mínima de registro de profesionales de la salud del MERCOSUR

Código	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre y apellido:	.....													
Tipo y Nro. de Documento de Identidad:	.....						Fecha de Nacimiento	.....	/	.....	/	.....	/	.....
Ciudad y País de Nacimiento:	.....													
Nacionalidad:	.....						Sexo:	.....						
Profesión:	.....													

Título/Diploma/Certificado: .....
Institución formadora: .....
Fecha: ...../...../..... Ciudad: ..... País: .....
No Registro Profesional: ..... Jurisdicción: .....
Fecha de registro ...../...../.....
Observaciones: .....

### Formación de Postgrado

Título/Diploma/Certificado: .....
Institución formadora: .....
Fecha: ...../...../..... Ciudad: ..... País: .....
Nro. Registro Profesional: ..... Jurisdicción: .....
Fecha de registro ...../...../.....

### Reválida de Título/Diploma/Certificado

Institución: .....
Fecha: ...../...../..... País: .....

### Registro de Título/Diploma/Certificado en otro País del MERCOSUR

País: ..... Fecha: ...../...../.....
--------------------------------------

### Datos reservados

Domicilio Particular	
Calle: .....	Nro: .....
Ciudad: ..... Provincia: .....	País: .....
Código postal: .....	Teléfonos: .....
Email: .....	

Sanciones
Tipo: ..... Fecha: ...../...../.....
Motivo: .....
Institución que impone la sanción: .....

La implementación de esta Matriz Mínima constituyó un desafío diferente para cada uno de los Estados Parte. Argentina y Brasil son países federales y Uruguay es unitario. El poder de policía para el ejercicio profesional en Argentina está en las provincias, en Brasil se encuentra delegado en los Consejos Profesionales y en Uruguay lo ejerce la autoridad nacional. Por lo tanto, el cumplimiento de lo prescripto por la Resolución 27/2004 presentó desafíos diferentes para cada uno de los Estados Parte y determinó un trabajo político de búsqueda de consensos y alternativas técnicas, que es la que se describe en esta publicación.

El proceso de implementación fue arduo. Se partió de una situación de poca sistematización de la información de los países y muchas asimetrías al respecto de cómo esa información era recolectada, en función de las diferentes estructuras político administrativas. Pero se definió que la construcción de la Matriz Mínima se realizaría sobre las bases existentes de los sistemas de información nacionales y que a partir de la migración a una plataforma web de estas bases permitiría compartir la información. Argentina, Brasil y Uruguay trabajaron en el diseño de nuevos sistemas web. Este hito se vio reflejado en la nueva modificación de la pauta negociadora (Resolución GMC No 6/2005) incluye el desarrollo específico de los temas ligados a la Matriz Mínima.

### **Subcomisión de desarrollo y ejercicio profesional**

- Identificar y especificar, en función de las necesidades y de las políticas de salud de los Estados Parte que profesiones y áreas de actuación serán priorizadas;
- Definir criterios de evaluación y certificación de profesionales y especialistas de acuerdo a estas prioridades;
  - a. Identificar las instituciones formadoras de los Estados Parte para las profesiones de nivel superior.
- Desarrollar el proceso de compatibilización de las especialidades de las profesiones de nivel superior:
  - a. Identificar el contenido de la formación de las especialidades médicas prioritarias y comunes a los cuatro países (desarrollo curricular) y las instituciones habilitadas buscando el reconocimiento recíproco;
  - b. Identificar y priorizar las especialidades de las demás profesiones de nivel superior.

- **Definir y seguir el proceso de implementación de la Matriz Mínima para el ejercicio profesional:**
  - a. **Compatibilizar los tipos y niveles de sanciones de las profesiones de nivel superior a fin de implementar la Matriz Mínima;**
  - b. **Definir los requisitos mínimos complementarios para solicitar autorización para ejercer actividad profesional de salud en los Estados Parte;**
  - c. **Identificar los organismos reguladores de la práctica profesional en los Estados Parte, en los tres aspectos: formación, regulación del ejercicio profesional y del mercado de trabajo objetivando la compatibilización de los mismos;**
  - d. **Compatibilizar los Sistemas de Información contenidos en la Matriz Mínima, con el objetivo de configurar del Sistema de Información;**
  - e. **Crear un Sistema de Monitoreo de la Implementación de la Matriz Mínima.**
- **Desarrollar la formulación de principios y directrices que establezcan Derechos y Obligaciones para el Trabajo en Salud en el MERCOSUR:**
  - a. **Identificar los códigos de ética de las profesiones de cada Estado Parte y las instituciones que aplican el mismo a las profesiones de nivel superior.**
  - b. **Elaborar Principios y Directrices para el trabajo en Salud en el MERCOSUR.**
- **La posterior modificación del 2007 (Resolución 7-GMC-2007) marcó la necesidad de profundizar en el desarrollo de la Matriz Mínima.**
- **Identificar y especificar, en función de las necesidades y de las políticas de salud de los Estados Parte que profesiones y áreas de actuación serán priorizadas;**
- **Definir criterios de evaluación y certificación de profesionales y especialistas, teniendo en cuenta la actuación de las entidades formadoras en los Estados Parte.**
- **Desarrollar el proceso de compatibilización de las especialidades de las profesiones de salud de nivel superior:**
  - a. **Identificar el contenido de la formación de las especialidades médicas prioritarias y comunes a los Estados Parte (desarrollo curricular) y las instituciones habilitadas, tendientes al reconocimiento recíproco.**
  - b. **Identificar y priorizar las especialidades de las demás profesiones de salud de nivel superior, tendientes al reconocimiento recíproco.**

- **Definir y acompañar el proceso de implementación de la Matriz Mínima para el ejercicio profesional:**
  - a. Estructurar y compatibilizar sistemas informatizados que contemplen las informaciones definidas por la Res. GMC No 27/04 “Matriz Mínima de Registros Profesionales de Salud del MERCOSUR”.
  - b. Desarrollar directrices para un Sistema de Monitoreo de la Implementación de la Res. GMC No 27/04 “Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR”.
  - c. Identificar y compatibilizar los criterios de sanciones aplicadas a los profesionales de la salud de nivel superior en los Estados Parte, considerando la Res. GMC No 27/04 “Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR”.
  - d. Identificar los criterios para solicitar autorización para ejercer actividad profesional de salud en los Estados Parte.
  - e. Identificar los organismos reguladores de la práctica profesional en los Estados Parte, en los aspectos: formación y regulación del ejercicio profesional con el objetivo de compatibilizar los instrumentos de regulación.
- Identificar las necesidades de conocimiento sobre desarrollo y ejercicio profesional de los Estados Parte, tendientes a dar insumos para avanzar en el proceso de armonización normativa.

Este proceso llevó varios años, en los que se iba informando en forma permanente de los avances realizados por cada jurisdicción, que eran desiguales, tanto desde la perspectiva política como de la gestión administrativo institucional. Esto se ve reflejado en los capítulos país de este documento. También hubo marchas y contramarchas respecto a los datos a compartir y bajo qué circunstancias, oscilando desde una primera optimista propuesta de integración global de las bases hasta llegar a un acuerdo sobre que sólo serían los datos de aquellos que solicitaran la habilitación para el ejercicio en un Estado Parte diferente del de origen.

A partir del 2011, todos los países contaron con un sistema de información en una plataforma web que permitiría el intercambio de datos.

Se revisaron en ese momento los datos a compartir en una primera etapa, lo que quedó plasmado en el ACTA 02/2011, PPTU

- Nombres y apellidos,
- Profesión/es habilitadas,
- Número y tipo de documento identificatorio, registro estadual y/o número de matrícula, indicando si los mismos son de carácter único, nacional, estadual o provincial según lo que corresponda en cada país,
- Sanciones activas de la autoridad ministerial sanitaria o quien tenga delegada esta función.

También hubo que acordar qué tipo de sanciones se considerarían, definiendo que debían discriminarse en cada país si se trata de sanciones permanentes o temporales, parciales o totales y los motivos se agruparán en Administrativo, Ético o de Mala Praxis. Ello conlleva un análisis de las equivalencias entre las mismas y la definición de categorías comunes.

Respecto de la interface web (ACTA 01/2013), la elección fue la de implementar “web services”, una técnica que permite que dos sistemas dialoguen entre sí bajo ciertas reglas de funcionamiento e independientemente de las tecnologías de los sistemas, para que los registros de profesionales puedan implementar consultas individuales acerca de la existencia o no de profesionales de la salud. El “web services” requiere que los registros de profesionales de los EP cuenten con un sistema de arquitectura web, pero no demanda del desarrollo de un sistema de software para realizar la interrelación.

Ligada a la Matriz Mínima, en la Resolución GMC No 66/06 se definieron las primeras siete profesiones de grado universitario, como áreas de actuación priorizada que se incorporarían a la Matriz Mínima. Son las profesiones la Subcomisión identificó como aquellas que cumplen funciones análogas en todos los Estados Parte: Medicina, Odontología, Farmacia, Bioquímica, Enfermería, Psicología, Nutrición. Con posterioridad, mediante la Resolución GMC N° 07/12 se incorporarían dos profesiones más: Fisioterapia (Kinesiología) y Fonoaudiología.

## Otras líneas de trabajo en la subcomisión

### ● Profesiones priorizadas

Para cada una de estas profesiones se elaboraron matrices comparativas de formación y regulación, en conjunto con las organizaciones representativas (de formación y del trabajo) de las distintas disciplinas a nivel país. Cuando resultó pertinente, se convocó a las reuniones ordinarias de la subcomisión de ejercicio profesional a los representantes de las distintas profesiones de los Estados Parte. Estas matrices, como lo exige la pauta negociadora, identifican los espacios formativos y sus características, así como las normas que regulan la profesión en cada EP.

En el año 2010 se propone ampliar las profesiones priorizadas al universo de los técnicos, pero cuestiones internas de uno de los países demora el tratamiento del tema hasta 2011, donde se hace una primera propuesta de profesiones técnicas, que finalmente termina incluyendo a las de Enfermería, Laboratorio de Análisis Clínicos, Radiología en la reunión realizada en Montevideo durante la PPTU en abril de 2013 (ACTA 01/13).

### ● Certificación de especialidades

También en 2012, se amplía la lista de Especialidades Médicas Comunes (Resolución GMC No 8/2000) que pasa de 29 especialidades a 42.

Durante 2013 se consolida una matriz que compara el acceso a la certificación de la especialidad en cada Estado Parte, la que permite observar que si bien hay modalidades comunes como la residencia en todos los países, las regulaciones son diversas y el proceso de compatibilización requerirá del análisis del perfil de los egresados para avanzar en el recono-

cimiento recíproco. Para esta tarea, se define comenzar con las especialidades de Medicina General/ Medicina de Familia, Pediatría, Tocoginecología, Clínica Médica, Cirugía General, Terapia Intensiva de Adultos, Traumatología y Ortopedia y Anestesiología por ser las especialidades que abordan el mayor espectro de la atención de los problemas prevalentes de la salud en los Estados Parte.

### ● Trabajo conjunto con el MERCOSUR educativo

A partir de 2010, la Subcomisión identifica la necesidad de establecer reuniones conjuntas con el MERCOSUR Educativo, responsable del proceso de armonización de los mecanismos para la homologación de títulos en la región. La Comisión Regional Coordinadora de Educación Superior del MERCOSUR (CRC-ES) había realizado avances en la acreditación de algunas carreras en universidades en los EP a través del Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias de los Estados Parte del MERCOSUR y Estados Asociados “Arcusur”, entre ellas algunas de Medicina, pero había llegado al punto en donde esa homologación para hacerse efectiva requería de acuerdos con el área de salud del MERCOSUR. Por otra parte, para poder hacer efectiva la circulación de las personas ser requería de acuerdos sobre la convalidación de títulos en forma previa a la habilitación del ejercicio profesional. Paradójicamente, existían algunos acuerdos bilaterales pero el MERCOSUR no había alcanzado aún un mecanismo equitativo para todos los profesionales de la región a través del ARCUSUR.<sup>3</sup>

Con esta preocupación recíproca, comienza un trabajo conjunto entre el SGT 11 y el CRC de Educación Superior, que se plasma en una agenda de trabajo y en la propuesta de realizar reuniones en cada PPT.

Si bien desde entonces en la agenda de todas las reuniones se programa un espacio de intercambio con los representantes locales del MERCOSUR Educativo, se logran concretar dos reuniones plenarios de ambos grupos: durante la PPT de Paraguay en 2011 y durante la de Argentina en 2012.

La primera se organiza como un Seminario en la que se realiza en principio un relato de lo actuado por la Comisión Regional Coordinadora de Educación Superior y por la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional de Salud y luego los representantes de cada grupo y país presentan la situación respecto de la formación de grado y técnicos y el ejercicio profesional en salud. En el mismo se ratifica la necesidad estratégica de del trabajo conjunto entre el CRC-ES y la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional y se acuerda conformar una agenda de trabajo conjunta.

---

3 - Con base en la experiencia realizada a través del mecanismo experimental de acreditación para carreras de grado del MERCOSUR “MEXA”, se diseñó un mecanismo permanente de acreditación regional cuyo objetivo es dar garantía pública en la región del nivel académico y científico de los recursos, que se define a través de criterios regionales elaborados por comisiones consultivas en coordinación de la Red de Agencias Nacionales de Acreditación. Dicho mecanismo respeta las legislaciones nacionales y la adhesión por parte de las instituciones de educación superior es voluntaria. El proceso de acreditación es continuo, con convocatorias periódicas. Hasta el momento participan las siguientes titulaciones: Agronomía, Arquitectura, Enfermería, Ingeniería, Medicina, Odontología y Enfermería. Los países involucrados en este mecanismo son Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia, Chile, Colombia y Venezuela.

Tomado de: [http://portales.educacion.gov.ar/spu/cooperacion-internacional/cooperacion\\_multilateral/mercosur-educativo/arcusur/](http://portales.educacion.gov.ar/spu/cooperacion-internacional/cooperacion_multilateral/mercosur-educativo/arcusur/)

Los temas para dicha agenda incluyen:

- Promover el desarrollo de actividades compartidas en el proceso de **acreditación de carreras priorizadas en salud**.
- Propiciar mecanismo de análisis y propuestas sobre **homologación y revalidación de títulos**
- Establecer procesos integrales para la habilitación de **nuevas carreras en salud**
- Conocer la situación de la **formación de técnicos en salud**
- Y en esa reunión se define avanzar con una serie de actividades de aproximación que contemplaban
- Propuesta de un **glosario** de Términos comunes entre Salud y Educación
- Elaboración de una **matriz** de procesos de **homologación y revalidas** de las profesiones priorizadas en salud.
- Elaboración de una **matriz** de problemas prioritarios de las profesiones priorizadas en Salud
- Participación de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional en el **taller de evaluación de ARCUSUR** a ser convocada por la CRC-ES

La próxima reunión tiene lugar en Buenos Aires el día 5 de junio de 2012 en donde Argentina presenta una propuesta de Glosario, de Matriz de homologación y una lista de problemas prioritarios. En esa reunión se presentan también los resultados sobre un investigación sobre los técnicos de salud en el MERCOSUR que se llevaba en forma colaborativa entre los cuatro miembros plenos del MERCOSUR. Los documentos quedan a consideración pero, al no haberse concretado desde entonces una nueva reunión conjunta, no se pudo avanzar en su discusión.

### ● **Articulación con el Subgrupo de Servicios**

El MERCOSUR cuenta en su estructura con un grupo encargado de armonizar el comercio de servicios. Desde la misma, se han producido una serie de avances sobre el ejercicio profesional temporario en los EP.

La SCOEJERP, en el marco de su competencia, alerta sobre la necesidad de revisar las peculiaridades y complejidades del sector salud, que pueden no adecuarse a los mecanismos propuestos para el global de las profesiones y la importancia de determinar instrumentos adicionales para este fin. Al respecto, se realiza un trabajo conjunto sobre lo propuesto en la Decisión CMC No 54/10 “Profundización de Liberalización en Servicios”, Artículo 4º, relativo al “Movimiento temporario de personas físicas prestadoras de servicios”.

### ● **Propuesta de nueva Pauta Negociadora**

A partir de la dinámica que adquiere la Subcomisión, se solicita a la Comisión se introduzcan modificaciones en la Pauta Negociadora vigente desde el 2007, que da cuenta de los temas pendientes.

“Los delegados de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, acordaron

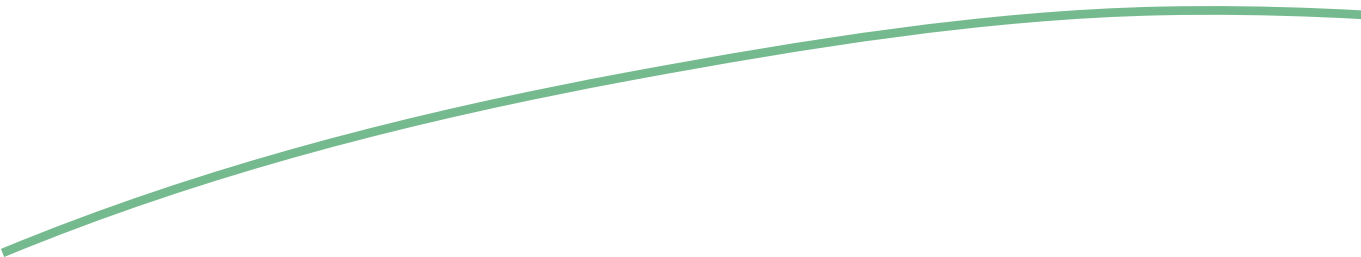
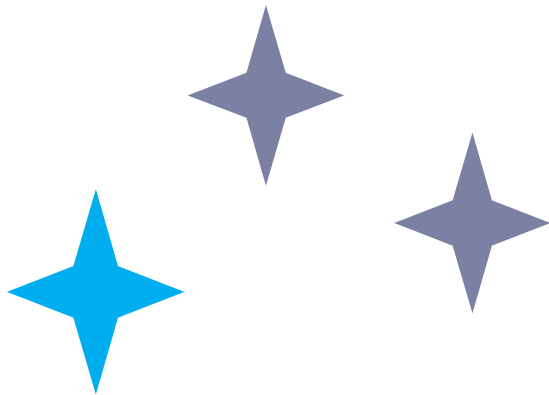


modificar los siguientes puntos de la Pauta Negociadora referente a esta Subcomisión, quedando los mismos redactados de la siguiente forma:

- Identificar y especificar, en función de las necesidades y de las políticas de salud de los Estados Parte qué profesiones y áreas de actuación serán priorizadas, definiendo criterios y procedimientos;
- Desarrollar el proceso de armonización para los Estados Parte de los requisitos para la habilitación para el ejercicio de los profesionales de la salud técnicos y de grado, para facilitar el reconocimiento recíproco
- Acompañar el proceso de implementación de la Matriz Mínima para el ejercicio profesional:
  - Articular los sistemas informatizados que contemplen las informaciones definidas por la Res. GMC No 27/04 “Matriz Mínima de Registros Profesionales de Salud del MERCOSUR”;
  - Identificar equivalencias en los criterios de sanciones aplicadas a los profesionales habilitados para el ejercicio de la salud de nivel de grado y técnico en los Estados Parte, así como armonizar nomenclatura de las mismas considerando la Res. GMC No 27/04 “Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR”;
- Sistematizar la información referida a organismos reguladores de la práctica profesional;
- Avanzar en forma específica en la identificación de estrategias que permitan favorecer el ejercicio profesional en zona interfronteriza;
- Identificar necesidades comunes de formación de profesionales de la salud en los Estados Parte para avanzar en propuestas de desarrollo de perfiles adecuados a las necesidades de salud de la población;
- Desarrollar un plan de trabajo conjunto del SGT No 11 – CRC-ES – CRC-ET, atendiendo el acuerdo 03/11 que refiere a la importancia de una agenda compartida entre Salud y Educación para el desarrollo y armonización del ejercicio profesional; así como eventualmente con otras áreas del MERCOSUR involucradas con la temática.
- Estudiar las denominaciones existentes en el campo de recursos humanos en salud e identificar equivalencias para la elaboración de una nomenclatura común que favorezca la implementación de la Matriz Mínima y armonización del ejercicio profesional de la salud.”



**Argentina**



## ■ ■ La formación en salud

### Introducción

La formación en el sistema educativo de las carreras que integran la rama de ciencias de la salud, se desarrolla dentro del sistema superior universitario (SU) y del sistema superior no universitario (SNU). Al primero le corresponde la formación de pregrado, grado y posgrado que se lleva a cabo en las universidades y en los institutos universitarios.<sup>1</sup> Mientras que comprende al segundo la modalidad técnico-profesional.

Las universidades e institutos universitarios pueden ser de gestión estatal o privada. Dependen de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación y gozan de autonomía tanto en lo administrativo como en lo académico.

La formación de pregrado y grado universitario es gratuita en las instituciones universitarias de gestión estatal y arancelada en el caso de los posgrados, sin discriminar el tipo de gestión de la institución (pública o privada).

El pregrado universitario puede otorgar título intermedio para quienes estén cursando carreras de grado o puede referir a carreras de corta duración (3 años), como en el caso de las tecnicaturas, orientadas a la práctica laboral disciplinar. La formación de pregrado universitario guarda estrecha relación con la formación técnico profesional de las instituciones del nivel superior no universitario.

Los planes de estudio están regulados por la Ley de Educación Superior No 24.521/1995 que establece la autonomía universitaria y sus atribuciones entre las que se destacan: la formulación y desarrollo de los planes de estudio; el establecimiento del régimen de acceso, permanencia y promoción del personal docente; el establecimiento del régimen de admisión, permanencia y promoción de los estudiantes; o el régimen de equivalencias, entre otros.

---

1 - El Ministerio de Educación de la Nación denomina Universidad a las instituciones que desarrollan su actividad en varias áreas disciplinarias no afines y que se estructuran en facultades, departamentos o unidades académicas equivalentes. En cambio, cuando se trata de instituciones en las que su oferta académica corresponde a una sola área disciplinar, como en el caso de la salud, se denomina Instituto Universitario. (Secretaría de Políticas Universitarias – ME. <http://portales.educacion.gov.ar/spu>)

Los institutos de educación superior pueden ser de gestión estatal o privada y tener dependencia nacional, provincial o municipal. El tipo de formación que se desarrolla dentro de este nivel corresponde a la modalidad técnico-profesional (equivalente con la antigua denominación de terciarios).

Producto de la descentralización del sistema educativo de la década del noventa, las instituciones formadoras del nivel superior no universitario fueron transferidas desde el nivel central hacia las jurisdicciones. En consecuencia, las normas que regulan su creación, modificación y cese están dictadas por la jurisdicción a la que pertenecen y enmarcadas dentro de la Ley Federal de Educación No 24.195/1993, la Ley de Educación Superior No 24.521/1995 (artículos 15 al 25) y los acuerdos del Consejo Federal de Educación.

Por otro lado, la Ley de Educación Técnico Profesional No 26.058/2005 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 1).

## **La formación técnica en el nivel superior**

(universitario y no universitario)

De acuerdo con un estudio colaborativo multicéntrico de la Comisión Nacional de Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, llevado a cabo durante el período 2010-2011, el universo de instituciones formadoras de técnicos en el campo de la salud estaba compuesto por 370 instituciones distribuidas en todo el territorio nacional. De éstas, 321 corresponden a la modalidad técnico profesional y 49 al pregrado universitario.

La formación de los técnicos en salud en Argentina tuvo sus inicios vinculada a las instituciones sanitarias, siendo la Enfermería la carrera pionera dentro de la formación técnica. Originariamente no existían formaciones específicas para la realización de tareas de instrumentación quirúrgica, auxiliar en el laboratorio y en la anestesia, tareas realizadas por la enfermera.

Dentro de la formación técnica en salud, el MSAL en conjunto con los países miembro del MERCOSUR acuerdan las regulaciones para el ejercicio de las profesiones de salud con el objetivo de alcanzar la libre circulación de los profesionales prevista para el 2015, priorizando cuatro formaciones comunes y de desempeño insoslayable en sus equipos de salud: Enfermería, Laboratorio Clínico, Radiología y Hemoterapia.

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. Precisamente, se da la coexistencia de diferentes denominaciones de títulos para una misma formación o una misma denominación de técnico con formaciones diferentes. (Laplacette y Otros, 2012:19).

De acuerdo con el Sistema de Información Sanitario Argentino, se registran 120 tecnicaturas habilitadas para el ejercicio profesional que podrían agruparse en 22 profesiones de referencia o ramas de actividad.

Ello presenta un problema en la organización del campo de la formación y su articulación con el campo laboral: dado que la autorización para la creación de instituciones formadoras y de nuevas carreras 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) es competencia del Ministerio de Salud de cada jurisdicción que a su vez –como consecuencia de la descentralización– puede o no delegarla en los Colegios de Ley.

### ● La formación de grado universitario

Las universidades y los institutos universitarios son regulados por la Ley de Educación Superior N° 24.521/1995, tanto las instituciones de gestión pública como las de gestión privada. Los órganos de gobierno y coordinación son el Consejo Universitario (CU), el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) compuesto por los rectores de las universidades nacionales y los rectores o presidentes de los institutos universitarios nacionales y de las universidades provinciales reconocidas por la Nación y el Consejo de Rectores de universidades privadas (CRUP). A su vez, las instituciones se encuentran agrupadas y coordinadas por los Consejos Regionales de Planificación de la Educación (CPRES).

Al mismo tiempo, funciona la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) que es un organismo que opera descentralizadamente en jurisdicción del Ministerio de Educación, al cual está asociado en la mayoría de sus competencias, y está compuesto por doce miembros designados por el Poder Ejecutivo Nacional.<sup>2</sup>

Además de esta superestructura de regulación de las políticas universitarias, las universidades nacionales en ejercicio de su autonomía institucional<sup>3</sup> tienen la atribución de definir sus propios órganos de gobierno. Asimismo, se asegura el cogobierno al prever la participación de los diferentes claustros en los órganos colegiados, abre la posibilidad de un gobierno cuatripartito y establece mecanismos electorales para la designación de autoridades.

### ● Regulación para las carreras de riesgo social

El Art. 43 de la Ley 24.521, se refiere a las carreras cuyo ejercicio genera riesgo social. Se trata de títulos que corresponden a:

1. Profesiones reguladas por el Estado.
2. Cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público.
3. Poniendo en riesgo de modo directo.
4. La salud; la seguridad; los derechos; los bienes o la formación de los habitantes.

El artículo 43 en su inciso b) establece que las carreras comprendidas en dicha norma deben acreditarse periódicamente por la CONEAU o agencia autorizada. La acreditación

2 - Está integrada por Cinco de ellos son propuestos desde el ámbito de la educación -tres por el CIN, uno por el CRUP y el otro por la Academia Nacional de Educación- en tanto que los siete restantes representan al poder político -tres por cada Cámara del Congreso de la Nación y uno por el Ministerio de Educación (Ley 24521, Art. 47)-.

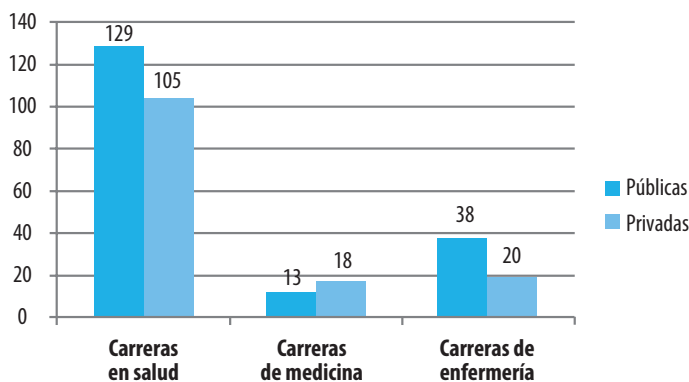
3 - La autonomía universitaria se define como el intento de resguardar a las universidades de cualquier tipo de intervención y subordinación respecto de los sucesivos gobiernos u otros poderes externos. Esto no implica que el Estado pueda desentenderse de asistirlos presupuestariamente, debido a que por mandato constitucional es, en el caso argentino, una responsabilidad indelegable. Esencialmente la autonomía consiste en la facultad que tienen las instituciones de dictarse sus propias normas y de autogobernarse.

importa una certificación de que la carrera cumple determinados estándares que debe fijar el Ministerio en consulta con el Consejo de Universidades (art. 46 inc. b). Los Contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica fijados en la forma indicada constituyen el principal y fundamental aspecto que debe considerarse en el proceso de acreditación.

La aplicación del Art. 43 se entiende como una excepción en la aplicación del concepto de autonomía universitaria. Es así que el principio de autonomía debe ceder frente a otros valores o intereses de mayor jerarquía, como son los que la ley enuncia. La salud, la seguridad los derechos, los bienes y la educación de los habitantes, son responsabilidad del Estado y por ello este se encuentra legitimado para tomar los resguardos necesarios para garantizarlos.<sup>4</sup>

En la actualidad se encuentran incluidas en este régimen las carreras de Medicina, Odontología, Psicología, Farmacia, Bioquímica, Ingeniería Biomédica y Veterinaria.

**Gráfico 1. Carreras de grado en Salud**

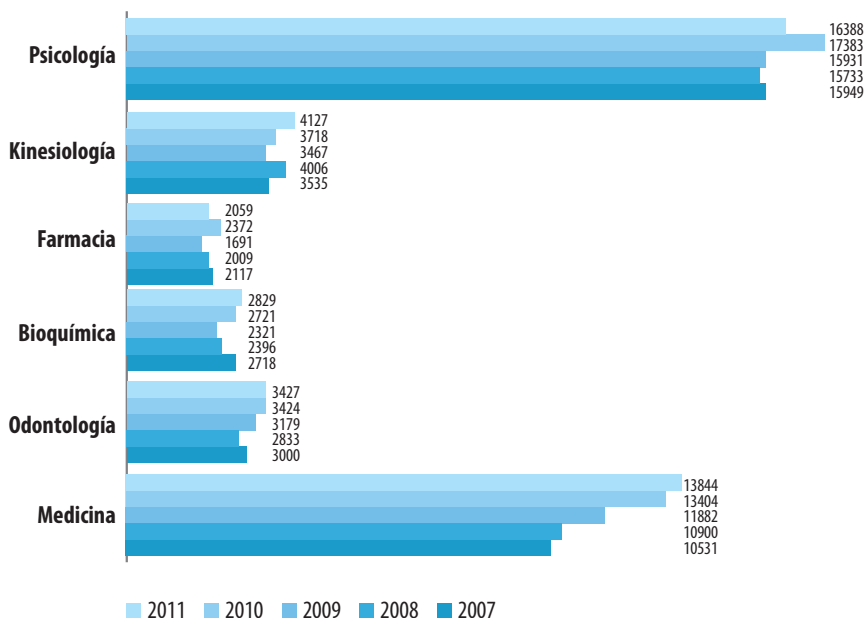


Fuente: Coordinación de Investigaciones e Información Estadística, Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Año 2011.

La evolución de los nuevos inscriptos para los años 2007-2011, señala que Psicología y Medicina son las que cuentan la mayor cantidad de inscriptos.

4 - <http://iniure.unlar.edu.ar/A1V1/MUNDET%20IN%20IURE%20A1%20V1.pdf>

**Gráfico 2.** Cantidad de Inscriptos en el SU - Carreras de Ciencias de la Salud



Fuente: Coordinación de Investigaciones e Información Estadística, Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Año 2011

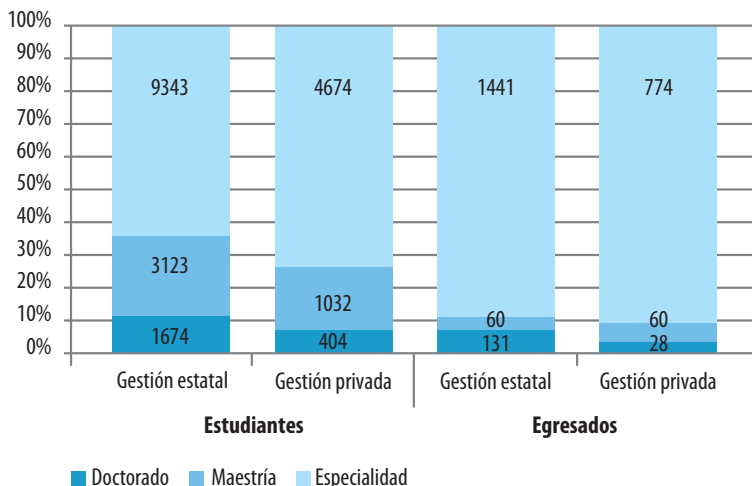
## La formación de posgrado universitario

La formación de posgrados está comprendida tanto por las carreras de especialidades, maestrías y doctorados que dependen del Sector Educación, como por las residencias básicas y/o post-básicas, que dependen del Sector Salud.

Este apartado prioriza un abordaje sobre las carreras de especialidades de medicina, por la equivalencia que guarda con la formación del sistema de residencias, los criterios de evaluación y acreditación de ambos tipos de formaciones, como por el mayor peso que tienen las especialidades dentro del sistema universitario con relación a los otros dos tipos de título.

De manera general se presenta la distribución de estudiantes y egresados para las carreras de salud de acuerdo al tipo de título y gestión.

**Gráfico 3.** Estudiantes y Egresados de posgrado de Ciencias de la Salud por tipo de gestión. Año 2011.



Fuente. Elaboración propia en base al Anuario de Estadísticas Universitarias. SPU- ME. 2011

En cuanto al sistema de residencias, el tipo formación corresponde al denominado posgrado en servicio, y se caracteriza por ofrecer oportunidades de práctica intensiva supervisada en los ámbitos asistenciales, así como por la asignación de una renta mensual. La oferta de formación de las residencias incluye becas que son financiadas por diversos actores (Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios de Salud jurisdiccionales, Universidades, Fuerzas de Seguridad y/o por Instituciones Privadas).

Este modelo de formación se distingue por la práctica intensiva dentro del medio hospitalario. La formación de las residencias contempla contenidos prácticos y teóricos entre los que se distinguen aspectos comunes a los distintos campos profesionales y otros que son propios de cada especialidad. El aprendizaje se organiza según principios de autonomía y responsabilidad creciente, y se orienta hacia la adquisición de las capacidades y conocimientos necesarios para el ejercicio autónomo de la práctica profesional.

En el año 2006 la Resolución del MSAL No 450/2006 crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud a fin de asegurar una formación de calidad en todo el país. Establece la conformación de documentos denominados Marcos de Referencia, que contienen los criterios básicos o mínimos para la formación de cada especialidad, que luego deben ser validados a nivel federal por el Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.)

La elaboración de los marcos de referencia surge como resultante de un proceso participativo conformado por todos los actores: representantes de las universidades, de asociaciones profesionales, de sociedades académicas y científicas y de programas nacionales y/o jurisdiccionales vinculados con la especialidad. En ellos se define un perfil profesional amplio de la especialidad para el desempeño profesional en diferentes contextos asistenciales y profesionales (Duré, 2008). Es decir, que los documentos establecen las bases curriculares para el funcionamiento de las residencias.



Respecto a los posgrados universitarios, se trata de estudios que permiten a los profesionales actualizar y/o especializar sus conocimientos en relación a un área profesional y profundizar su formación como investigadores.

La normativa vigente para los posgrados universitarios está integrada por leyes, resoluciones y disposiciones, entre las que se destaca:

- la Ley de Educación Superior No 24.521/1995 que establece los lineamientos generales de la educación superior universitaria (funciones, autonomía, condiciones para su funcionamiento),
- la Ordenanza CONEAU 055/2011 que aprueba pautas y procedimientos para la acreditación de carreras de posgrados,

y las Resoluciones Ministeriales:

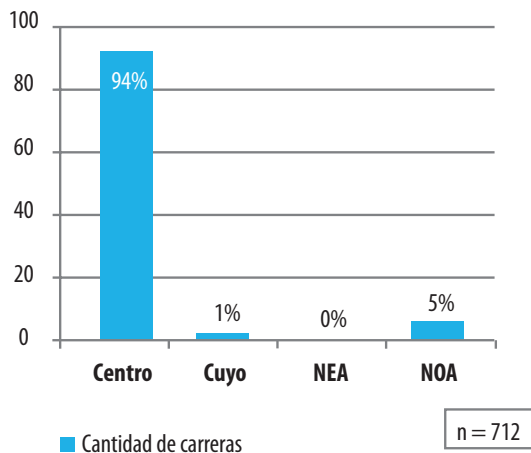
- Res No: 160/2011 que establece los criterios y estándares para la acreditación de carreras de posgrado en reemplazo de la Resolución del Ministerio de Cultura y Educación N° 1168 del 11 de julio de 1997;
- Res No 51/2010 correspondiente al reconocimiento oficial para el otorgamiento de títulos de posgrado que expiden las instituciones universitarias, con la acreditación de la **Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU)** de la carrera en la primera convocatoria posterior al inicio de las actividades académicas;
- Res No 462/2011 correspondiente a los requisitos para la Acreditación y Reconocimiento de Títulos incorporados al Artículo 43 de la Ley No 24.521.

Las especialidades “tienen por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Cuenta con evaluación final de carácter integrador. Conduce al otorgamiento de un título de Especialista, con especificación de la profesión o campo de aplicación. Debe cumplir una carga horaria mínima de 360 horas, sin contar el trabajo final, e incluirán horas de formación práctica” (RM 160/11).

Dentro de la formación de posgrado, se reconoce en el año 2011, un total de 75 universidades e institutos universitarios que ofrecen alguna formación en el área de salud. De éstos, 43 son de gestión estatal. (Coordinación de Investigaciones e Información Estadística, Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Año 2011). Dentro de las unidades académicas de gestión estatal, durante el año 2012 se dictaron 712 carreras de especialidades médicas.

La distribución de la oferta por región señala que en la región Centro del país, de mayor densidad poblacional, se concentra el 94% de la formación.

**Gráfico 4.** Distribución de carreras de especialidades de postgrado por región



El Ministerio de Salud de la Nación promueve especialidades básicas en medicina que se apoyan en los modelos de atención primaria para la salud dentro del primer nivel de atención (medicina general o familiar, pediatría y tocoginecología); de las áreas críticas, por la baja oferta de formación y de profesionales (terapia intensiva de adultos, terapia intensiva pediátrica, anestesiología, neonatología, ortopedia y cirugía general); y de las interdisciplinarias de salud mental.

En los últimos años se ha producido un acercamiento entre las ofertas de posgrado universitarias y las residencias, a partir de la voluntad política de integrar acciones entre los Ministerios de Salud y Educación para el desarrollo de los equipos de salud y de la relevancia otorgada por la CONEAU a la articulación de los posgrados con las residencias establecidas.

## Referencias bibliográficas

- Ministerio de Educación: Anuario de Estadísticas Universitarias 2011. Disponible en: <http://portales.educacion.gov.ar/spu/investigacion-y-estadisticas/anuarios/>
- DURE, I. (2012) Residencias del equipo de salud. Documento Marco 2012. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos [Online]. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php/las-residencias/que-es-la-residencia>
- Laplacet G, Duré MI, Cadile MC y otros. Educación a profesional de los técnicos de la salud en Argentina: formación superior terciaria y universitaria. Revista Argentina de Salud Pública. Vol. 4 N° 16. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Septiembre 2013

## ■ ■ Regulación del Ejercicio Profesional en Salud en Argentina

En la Argentina, para ejercer una profesión de las que integran los equipos de salud no sólo es necesario poseer un título que certifique un proceso de formación<sup>5</sup> sino que también debe estar registrado por la autoridad competente jurisdiccional que le otorga una matrícula o licencia para dicho ejercicio.

La responsabilidad de registrar y habilitar el ejercicio de profesiones de la salud en nuestro país es ejercido en forma federal por los ministerios de Salud provinciales o por los llamados Colegios de Ley, en uso de una potestad delegada a los pares, por parte del Poder Legislativo de cada provincia. La denominada “colegiación de las profesiones” no es uniforme en el país: no todas las provincias han delegado en Colegios el gobierno de la matrícula y no todas las profesiones están colegiadas. Esta situación configura un mosaico muy variado, a nivel nacional, de organismos que regulan la profesión.

En el siguiente cuadro, se puede observar el modo en que está regulado el ejercicio profesional de las principales profesiones de grado universitario en cada una de las 24 jurisdicciones del país.

**Tabla 1.** Profesiones por jurisdicción y entidad fiscalizadora

Jurisdicción	Medicina	Enfermería	Odontología	Farmacia	Bioquímica	Nutrición	Psicología
Buenos Aires	Colegio de Ley	Ministerio de Salud	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley
Catamarca	Consejo de Médicos	Ministerio de Salud	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Consejo de Bioquímicos	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
Ciudad de Buenos Aires	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Córdoba	Colegio de Ley	Ministerio de Salud	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley
Corrientes	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud

5 - El título de grado es habilitante, según la Ley de Educación Superior, sin embargo, no habilitan automáticamente para el ejercicio en el área de salud.

Jurisdicción	Medicina	Enfermería	Odontología	Farmacia	Bioquímica	Nutrición	Psicología
Chaco	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Colegio de Odontólogos	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
Chubut	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud
Entre Ríos	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Secretaría de Salud	Colegio de Psicólogos
Formosa	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano
Jujuy	Consejo de Médicos	Ministerio de Bienestar Social	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Consejo de Bioquímicos	Colegio de Nutricionistas	Colegio de Psicólogos
La Pampa	Colegio Médico	Ministerio de Bienestar Social	Ministerio de Bienestar Social	Ministerio de Bienestar Social	Ministerio de Bienestar Social	Colegio de Nutricionistas	Colegio de Psicólogos
La Rioja	Colegio de Médicos	Ministerio de Salud	Colegio de Odontólogos	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Mendoza	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Misiones	Colegio Médico	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Colegio de Nutricionistas	Colegio de Psicólogos
Neuquén	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Río Negro	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Salta	Colegio de Médicos	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Colegio de Graduados en Nutrición	Colegio de Psicólogos
San Juan	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Colegio de Psicólogos
San Luis	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Colegio de Farmacéuticos	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Colegio de Psicólogos
Santa Cruz	Colegio de Médicos	Ministerio de Asuntos sociales	Colegio de Odontólogos	Ministerio de Asuntos sociales	Ministerio de Asuntos sociales	Ministerio de Asuntos sociales	Colegio de Psicólogos
Santa Fe	Colegio de Médicos	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Colegio de Graduados en Nutrición	Colegio de Psicólogos
Santiago del Estero	Colegio de Médicos	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Jurisdicción	Medicina	Enfermería	Odontología	Farmacia	Bioquímica	Nutrición	Psicología
Tierra del Fuego	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Tucumán	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Círculo de Odontología	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
MINISTERIO	13	22	12	14	15	17	10
COLEGIO	11	2	12	10	9	7	14

Fuente: Bases para un desarrollo de RRHH en salud MS-OPS 2007

Algunas de las consecuencias de este mosaico de instancias de control son:

1. Habilitación para el ejercicio profesional no uniforme en el país: existen profesiones que son reconocidas en una jurisdicción y no en otras.
2. Matriculaciones diversas para el ejercicio de una misma profesión vinculada al título emitido por la institución formadora. Un ejemplo de esta situación se puede observar entre los profesionales de Enfermería: en algunas jurisdicciones se otorgan matrículas de enfermero universitario, enfermero profesional y/o enfermero, siendo la profesión en todos los casos enfermero/a.
3. Matices y/o modalidades de matriculación no necesariamente homogéneas en el país, si bien, tanto los Ministerios de Salud como los Colegios de Ley, se rigen por los mismos principios.

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

En relación con la certificación de especialidad, de idéntica forma que la habilitación profesional, cada provincia otorga la “autorización para anunciarse como especialista”, lo que se conoce como “certificado” de especialista. No se trata de una exigencia para el ejercicio de la especialidad, ya que en Argentina el título de grado es habilitante, pero sí es un requerimiento para integrar listas de prestadores y percibir aranceles diferenciados.

La Ley Nacional 23.873 establece que para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud

- a. Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de 5 (cinco) años de egresado y 3 (tres) de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia;
- b. Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;

- c. Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- d. Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;
- e. Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor de 3 (tres) años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

Con pocas variaciones, estas son las modalidades adoptadas en las distintas jurisdicciones por los ministerios de salud o los colegios de ley para la certificación de los profesionales.

Ante este mapa regulatorio, con el fin de implementar en Argentina los acuerdos que se llevaron adelante en el MERCOSUR, fue necesario cohesionar y articular 116 registros de profesionales: noventa y dos colegios de distintas profesiones y las veinticuatro jurisdicciones.

Este proceso de construcción federal e interinstitucional requirió de intervenciones en distintos espacios, como se ilustra y detalla a continuación.

**Figura 3.** Estrategias de cohesión para la regulación del ejercicio profesional



- Integración a nivel nacional, al interior del Ministerio de Salud cohesionando las políticas de formación y de regulación del ejercicio de los equipos de salud y con el Ministerio de Educación para el reconocimiento de nuevas carreras y para la regulación de los perfiles formativos de los profesionales de salud.
- Articulación Nación – Provincias para la elaboración de lineamientos de consenso federal, que involucra al Consejo Federal de Salud y a las áreas técnicas de

Recursos Humanos y Regulación del Ministerio de Salud de la Nación y las de los Ministerios de Salud de las provincias, con miras a unificar las distintas profesiones matriculadas provincialmente bajo profesiones de referencia.

- Trabajo conjunto y de articulación a nivel local, entre los colegios de ley y los Ministerios de Salud provinciales, para el control del ejercicio profesional.
- Consultas y consenso con los diferentes actores de la sociedad civil (asociaciones de formadores, sociedades científicas, gremios) para la elaboración de marcos de referencia para la formación técnica y de residencias, la incorporación de nuevas especialidades y la regulación del Sistema Nacional de Residencias.

Por lo tanto, podría decirse que el proceso de acuerdos al interior del país configura un ejercicio político técnico que facilita el trabajo en la Subcomisión, al tiempo que el Mercosur cataliza dicho proceso, a partir de la exigencia de internalizar las resoluciones producto del trabajo en el SGT11.

## **Control del ejercicio profesional en el marco de acuerdos SGT11 en Argentina. Estrategias y herramientas para la implementación de los acuerdos del MERCOSUR.**

En este contexto federal e interinstitucional se han desarrollado desde el Ministerio de Salud de la Nación una serie de espacios institucionales que aportan a la construcción nacional de los distintos acuerdos del MERCOSUR:

- La Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS): La Red fue creada para dar cumplimiento a la Resolución GMC 27/2004 “Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR”, que es internalizada en la Argentina mediante la Resolución No 605/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Para su integración, fue necesario avanzar en la firma de convenios con las provincias, los cuales terminan de concretarse en el año 2008. En estos convenios se acuerda la incorporación de los datos de la matriz mínima en los registros provinciales y su carga en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina.
- La Comisión Nacional Asesora de Profesiones de Grado Universitario, creada mediante Resolución No 1105/2006 que reúne a todos los actores de cada una de las profesiones y que interviene al reconocimiento de especialidades por profesión. Ante cada pedido de reconocimiento de una nueva especialidad, se reúne una subcomisión que es específica de la disciplina y que está integrada a esta comisión. Allí se analiza el pedido de reconocimiento de la especialidad y los antecedentes nacionales e internacionales. La Comisión emite un dictamen que, en caso de ser favorable al reconocimiento de la especialidad, es el paso previo para su tratamiento en el Consejo Federal de Salud. Si el Consejo Federal de Salud acuerda, esta especialidad pasa a ser reconocida por todas las provincias y pasa a integrar los registros. Sobre este listado de especialidades se trabajan los acuerdos MERCOSUR.

- El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo Salud. En Argentina, la residencia es una de las vías para acceder a la certificación de la especialidad. En este Sistema, se elaboran los marcos de referencia para la formación de especialistas, en los que se definen perfiles y contenidos de la formación para las residencias, que luego son tenidos en cuenta para la definición de las especialidades.
- La Comisión Mixta de Desarrollo Curricular de Tecnicaturas, desde la que se trabajan en conjunto con el Ministerio de Educación los marcos de homologación para las profesiones técnicas de Salud en todas las provincias. Los programas de formación homologados acceden a la validez nacional de los títulos que emiten y a la habilitación para el ejercicio profesional en todo el territorio. Estas carreras, se incorporan al proceso de acuerdo de la Matriz Mínima.

### ● Descripción de la situación de información previa a la Matriz Mínima

La fragmentación del sistema de Salud en la Argentina tiene su correlato en la fragmentación de los sistemas de información existentes.

En el ámbito del Ministerio de Salud, en un intento por superar la dispersión de la información de los distintos programas de su ámbito, se crea el **Sistema Nacional Único de Información Sanitaria (S.U.I.S.)**, a través del Resolución Ministerial 883 del año 2007 (6) . Su objetivo era el de fortalecer y hacer disponible la información sanitaria de los diferentes sistemas existentes en el sector salud, mediante el desarrollo de un proyecto de tecnología de la información.

De este proyecto inicial y teniendo en cuenta la característica de país federal surgió la iniciativa de ampliar esta plataforma tecnológica para integrar la información sanitaria de todo el país. Este es el origen del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA), que alberga en su interior la Red Federal De Registros de Profesionales de Salud (REFEPS) un pilar fundamental del sistema de información de los equipos de salud.

El SISA es un proyecto de tecnología de la información que permitió integrar y reducir la fragmentación en todos sus niveles y hacer disponible la información en tiempo y forma para quienes la necesiten, con etapas de implementación gradual de largo plazo.

El propósito fundamental fue contribuir al fortalecimiento del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de salud Provinciales en su función de rectoría del sistema de Salud, así como la mejora en la toma de decisiones de todos los actores del sistema a través de la optimización de la gestión en las organizaciones. en los diversos subsectores y niveles mediante la integración y conformación de un Sistema Federal de Información Sanitaria.

Los principios que orientaron su creación fueron:

- Conformar un sistema de alcance federal
- No reemplazar bajo ningún concepto a los sistemas preexistentes
- Incorporar a todos los actores en las decisiones para su construcción y desarrollo
- Disponer la información contenida de manera bidireccional
- Prioriza la seguridad, calidad y disponibilidad de la información



Los **tres pilares** sobre los que se desarrolló el SISA fueron:

1. Registro Federal de establecimientos de Salud- REFES
2. Red Federal de Registros de Profesionales de la salud - REFEPS
3. Ficha del Ciudadano

Al inicio del trabajo de la MM, el componente que había alcanzado mayor desarrollo era el del Registro Federal de Establecimientos de Salud, siendo la Ficha del Ciudadano el de desarrollo más reciente.

El **Registro Federal de Establecimientos de Salud** (REFES) fue creado por la Resolución Ministerial 1070 del año 2009,<sup>6</sup> previo acuerdo de todas las provincias a través de sus ministros de Salud. En el mismo están registrados todos los establecimientos públicos y privados existentes en el país. A la fecha existen 22066 instituciones registradas y codificadas con 206183 camas<sup>7</sup> identificadas en el caso de las instituciones con internación.

En tanto registro federal, la responsabilidad por la calidad de los datos es de las autoridades provinciales donde se ubican los establecimientos. Cada jurisdicción realiza la carga de datos y es responsable de la habilitación y fiscalización de dichos establecimientos. Esta habilitación se realiza con una modalidad estandarizada y acordada entre el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales.

Existen dos tipos de acceso a la información: una de acceso público, más restringida y otra, a la que acceden las autoridades nacionales y provinciales.

Es de acceso público la siguiente información:

1. Datos generales del establecimiento
  - Nombre del establecimiento
  - Tipología y categorización del mismo
  - Responsable a cargo
  - Domicilio – Teléfono/s – e-mail
  - Otros datos
2. Georreferenciamiento del mismo.
3. Tipo de prestaciones que brinda.

En tanto, se restringen al acceso público:

1. El número de camas existentes clasificadas según el tipo de las mismas
2. La evaluación de los servicios que existen en el establecimiento, incluido el recurso humano
3. La habilitación y posteriores fiscalizaciones al establecimiento.

Respecto de la información de los recursos humanos, se trabaja para consolidar la tipificación y cuantificación de los trabajadores del establecimiento, su identificación nominal, función, modalidad y horario de trabajo, sistema de contratación, y otras variables. Esta

6 - [www.msal.gov.ar/Legisalud/RM\\_1070/09](http://www.msal.gov.ar/Legisalud/RM_1070/09)

7 - Datos SISA al 13-08-14

modalidad de registro correspondiente al Registro de Establecimientos constituye uno de los desafíos más ambiciosos de largo plazo.

LA Red Federal de Registros alcanza su desarrollo definitivo a partir del proceso de acuerdos sobre la Matriz Mínima para Registro de Profesionales de Salud del Mercosur.

## Proceso de implementación de la matriz mínima en argentina

### ● Proceso de internalización de la Matriz Mínima de Datos Profesionales en el país. Actores involucrados.

En Argentina, cuando se planteó la necesidad de comenzar a trabajar en la matriz mínima, se definió como principio organizador el respeto al federalismo. El sistema de carga de la información y de registros sería responsabilidad de las jurisdicciones, en concordancia con el modelo de la regulación del ejercicio profesional (provincial) no es el Ministerio de la Nación quien se aboca a la búsqueda de los datos, sino que cada jurisdicción se encarga de la recolección y la carga en el sistema.

También en línea con el respeto por la autonomía provincial, en los casos en que el registro estuviera delegado en un Colegio de Ley, la provincia debía ser quien articulara con dicho colegio para enviar la información al Ministerio de Salud de la Nación. En otros términos, habría interacción del ministerio con los colegios siempre que fuera mediada o introducida por las autoridades locales.

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

Otra decisión tomada en el país fue que se incluirían a todos los profesionales del equipo de salud matriculados, independientemente de que en el MERCOSUR se había acordado que se comenzaba sólo por una serie de profesiones de grado. Esto significó un arduo trabajo, debido a la diversidad existente en las regulaciones provinciales.

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

Luego se insertó este registro en el marco de un sistema informatizado denominado “Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA)” y se comenzó con una carga centralizada desde el Ministerio. Las provincias relevaban su información y, en lugar de registrarla directamente con formatos disímiles, la remitían al Ministerio de Salud de la Nación. Allí la información se homogeneizaba, y se la incorporaba al sistema, incluyendo la posibilidad de mejorar la estructura del sistema. También para el caso de las provincias que tenía ya un registro informatizado, se trabajó en interfaces para poder captar la información

directamente de los mismos. En este momento, el REFEPS está completo, faltando solamente incorporar una provincia con informaciones de algunas profesiones.

El REFEPS se complementa con un registro de instituciones formadoras y de carreras de salud, proceso iniciado en 2011, para poder vincular a cada profesional con la institución en la que se formó. Como dificultad, no sólo hay que incorporar al SIISA instituciones en actividad sino también algunas que ya no existen más, es decir, que hoy no constan en ningún registro centralizado del Ministerio de Educación de la Nación. Actualmente, ya se encuentran registradas 692 instituciones formadoras registradas, que emiten o han emitido títulos en los últimos años.

En el último año, el mantenimiento actualizado del REFEPS es realizado por las provincias en forma descentralizada. De hecho, muchas ya han adoptado el sistema para registrar las matrículas de los profesionales en forma directa. Estos datos que integran el SIISA, se están interrelacionando con el registro de prestadores de servicios de la seguridad social para constatar cuáles de los profesionales que están registrados son prestadores de la seguridad social y, al mismo tiempo, que la seguridad social tenga la certeza de que todos sus prestadores tienen su matrícula. También se encuentra en etapa de diseño el módulo para incorporar las especialidades y el registro de las residencias.

## ● La Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud como sustento de la MM

En el año 2008 el Ministerio de Salud de la Nación firmó convenios con los Ministerios de Salud de las 24 jurisdicciones del país para la implementación de la Matriz Mínima en sus registros de profesionales con el fin de conformar la **Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud** que hoy es uno de los pilares del SIISA.

Dicha Red de Registros supone articular los múltiples registros existentes en las 24 jurisdicciones y que son responsables de producir la información primaria. Para ello, se es-

estructuró un sistema donde quien conduce el proceso en cada jurisdicción es el Ministerio de Salud de la misma. Es su decisión si los colegios son partícipes directos en la Red o lo hacen a través de cada ministerio provincial.

La gestión del REFEPS configuró un desafío mayúsculo por la cantidad y complejidad de actores intervinientes en la formación, matriculación y empleo de los equipos de salud. Su conformación supuso:

1. La implementación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales del MERCOSUR como ficha básica de registro de los profesionales de la salud.
2. La identificación y participación de los Ministerios provinciales y Colegios de Ley responsables de la matriculación de profesionales de la salud.
3. El relevamiento de las profesiones reconocidas en cada jurisdicción provincial y su registro que las habilita a ejercer la profesión.
4. La articulación con las autoridades educativas para identificar las instituciones formadoras de profesionales y técnicos en salud
5. La asociación con el proceso de formación de las residencias del Equipo de salud

Otro de los desafíos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud fue la identificación de las profesiones reconocidas en cada jurisdicción provincial y su registro que las habilita a ejercer la profesión, ya que no existe una decisión de tipo federal respecto de cuáles son las profesiones que integran el equipo de salud. Ello llevó a la discusión respecto de cuáles son las profesiones deben estar matriculadas en el sector: así por ejemplo si un contador o un abogado, que trabajan en el sector, requieren o no una matrícula de salud para ejercer su actividad, cuando cuentan con un sistema propio de regulación y su ámbito de incumbencia excede el del sector Salud.

Aún teniendo en cuenta lo explicitado en el párrafo anterior, cada jurisdicción tiene autonomía para matricular las profesiones que considera necesarias. De allí que en el país existen 70 matrículas de profesiones de grado universitario, 120 de tecnicaturas y 40 de auxiliares, o sea un total de 230 matrículas de profesionales de la salud. Esta cantidad de matrículas no reflejan la misma cantidad de profesiones, muy por el contrario, se estima que si se agrupan por “profesiones de referencia” se pueden encontrar que son sólo 27 en el grado universitario, 29 entre las profesiones técnicas y 19 en el nivel de auxiliar, lo que da un total de 75 profesiones reales o de referencia matriculadas en todo el país.

En la actualidad, la REFEPS cuenta con **668.914<sup>8</sup> Profesionales** registrados de todo el país. Esta sobreabundancia de matrículas parte de no identificar con precisión la diferencia entre 3 términos que a veces son usados como si fueran sinónimos y no lo son. Ellos son: carrera, título y profesión. En el caso de los médicos: la carrera es medicina, el título puede ser médico, médico cirujano o licenciado en medicina y la profesión es médico.

Esta problemática se resuelve en el marco del REFEPS mediante la agrupación bajo la “profesión de referencia”, sin perjuicio de la matrícula emitida en cada jurisdicción, y siendo la misma la base de la información en Red.

---

8 - Datos del SISA al 13-08-14

Del mismo modo, esto permitirá en el mediano plazo poder homogeneizar el proceso de registro de profesiones en Argentina, a partir de la utilización de estas profesiones de referencia y de la identificación y limitación de aquellas profesiones que no existen más o que su registro fue inapropiado oportunamente.

El REFEPS está estructurado para que, funcionando a pleno, existan varios tipos de acceso a la información:

1. Un acceso público a la información. La misma está vinculada a la consulta individual de cualquier ciudadano para verificar la profesión del profesional que lo atiende y su especialidad
2. Un acceso de cada profesional a su ficha individual en forma completa
3. Un acceso a las autoridades competentes en el control y ejercicio profesional a los fines que les corresponde.
4. Un acceso a las autoridades a los fines de la planificación y Gestión del Recurso Humano en Salud.

Para una adecuada actualización del REFEPS se requieren condiciones de articulación con otros registros:

1. Mantenimiento de altas y bajas permanente de los registros provinciales a través de los Ministerios de Salud provinciales y/o Colegios de Ley cuando así corresponda con auditoría permanente del nivel central Nacional.
2. Cruce periódico de información con las bases de datos de fallecimientos para dar de baja a los profesionales fallecidos.
3. Cruce periódico con los datos previsionales para determinar los profesionales que han dejado de trabajar por jubilación ordinaria y/o extraordinaria (discapacidad).

Otro de los contenidos del REFEPS es el Registro de todas las instituciones que forman profesionales de la salud en nuestro país y también de aquellas extranjeras que cuyos títulos han sido revalidados en Argentina.

Este registro de instituciones también registra las carreras que se dictan o han dictado, con la normativa correspondiente que identifica la validez nacional de los títulos que emiten para los trabajadores de la salud.

Con la misma modalidad, se están registrando las instituciones hospitalarias que se encuentran formando profesionales de posgrado a través de residencias y registrando la evaluación de calidad de dichos procesos a través del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias de profesionales de la Salud.

### ● Infraestructura Tecnológica

La infraestructura Tecnológica para el desarrollo del SISA se basó en los siguientes principios:

1. Formación y desarrollo propio del equipo por parte del Ministerio de Salud.
2. Adquisición de Infraestructura propia en el Ministerio que garantizará la evolución del proyecto .

3. Uso de tecnologías confiables y vigentes (Java, Oracle, Red hat entre otras)
4. Arquitectura web de alta disponibilidad.
5. Gestión descentralizada, unificación de datos.
6. Participación de todos los actores involucrados.
7. Interfaz de usuario y de sistema

La conectividad entre las instituciones actuantes está garantizada a través de la plataforma Web, siendo la frecuencia de la actualización de la información permanente y bajo responsabilidad de la autoridad competente en cada jurisdicción.

La Difusión del Sistema se realiza a través de la página Web del Ministerio de Salud ([www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)) donde ocupa un lugar destacado y puede ser consultada en sus aspectos generales por cualquier ciudadano, del mismo modo, que la información pública del Registro Federal de Establecimientos de Salud.

**Respecto a las fortalezas del sistema es importante destacar:**

1. Conceptualización y ejecución de un proyecto federal con la participación activa de las provincias argentinas como principales gestores y responsables de la construcción del Sistema.
2. Implementación de un proceso de decodificación de cada realidad provincial y articulación a través de la construcción de un proceso de estandarización y sistematización de la información común a todo el país y todos los actores, respetando los procesos jurisdiccionales.
3. Articulación con otros sistemas de información contribuyendo a la calidad del dato existente.
4. La consistencia de la información entre las instituciones actuantes es uno de los grandes desafíos del proyecto y supone una activa tarea de auditoria permanente en el ingreso de datos.
5. Buena infraestructura en lo referente al hardware y software de desarrollo propio con un equipo constituido por 25 personas a nivel central.

**Respecto de las limitaciones se debe tener en cuenta:**

6. La articulación y consenso entre tantos actores es un proceso prolongado en el tiempo y esto puede condicionar la velocidad de implementación del sistema.
7. En algunas jurisdicciones provinciales existe insuficiente recurso humano abocado a esta tarea y en otros casos el equipamiento informático resulta insuficiente, aunque bueno es destacar que desde el nivel central se ha provisto del mismo para garantizar el funcionamiento del sistema.
8. Los procesos de articulación de los diversos actores en cada provincia (Ministerio de Salud provincial y Colegios de Ley) difieren respecto de dinámica en la que se desarrollan.

Es importante considerar que el desarrollo del SISA fue de singular trascendencia en nuestro país debido a que:

1. Fue pensado con una lógica de integralidad y no de unicidad. No es un sistema único, sino un sistema integrado que tiene en cuenta, respeta e integra a los diversos procesos de información que se han desarrollado o se desarrollan en todas las jurisdicciones del país.
2. Conjunción de diversas funciones esenciales de Salud Pública para el afianzamiento de la Rectoría del Ministerio de Salud. Entre otras:
  - Regulación y fiscalización del Ejercicio profesional.
  - Gestión y desarrollo de Políticas de RRHH en salud.
  - Gestión del trabajo en el Sector Salud

Esto supone la integración de distintas áreas del Ministerio de Salud y su articulación con los Ministerios de Educación y de Trabajo.

3. La viabilidad en el tiempo del Sistema Integrado de Información depende de que sea utilizado no sólo como un sistema de información sino de gestión de Recursos humanos en Salud y para la planificación del Sistema de Salud.

### ● Conclusiones. Lecciones aprendidas

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

Es una gran fortaleza para el trabajo regional lo que se realiza en la Comisión Interministerial, porque con estos documentos que definen un marco nacional se pueden llevar a MERCOSUR y contrastarlos con los perfiles de formación de los otros países.

Respecto de MERCOSUR específicamente, se observa que la armonización se torna compleja cuando se arriba a zonas grises, resultando necesario afianzar un trabajo interno en los países. A su vez, tampoco se puede limitar avances con el MERCOSUR a la espera que los trabajos estén completamente cerrados en los países. Entonces, el desafío es trabajar en paralelo, buscando armonizar el conjunto de las regulaciones MERCOSUR, de modo que sean útiles y superadoras de las que existen en los países, sin vulnerar ni lesionar las instituciones.

### ● Cuestionario orientativo para la recolección de la información e identificación de los actores clave

- Estructura de control del Ejercicio Profesional
  1. Relación entre titulación y ejercicio. Defina los principales actores y organismos que regulan la formación y el ejercicio profesional. Legislación que regula la formación. Alcances del título profesional. Incumbencias profesionales.

2. **Quién ejerce el poder de fiscalización.** Defina quiénes son los responsables del control del ejercicio profesional en su país. Describa cuáles son sus responsabilidades. Legislación vigente que regula el ejercicio profesional.
  3. **Descripción de la situación de información previa a la Matriz Mínima.** Enumere los registros de información de títulos y matriculas profesionales. Ubicación de registros y bases documentales. Describa cuál era la situación previa a la sistematización realizada para la construcción de la Matriz Mínima.
- **Proceso de internalización de la MM en el país**
    1. **Actores involucrados:** describa las áreas de pertenencia de los actores que tuvieron a su cargo el proceso de construcción.
    2. **Acuerdos:** sistematice la información a través de las actas de acuerdo de la Comisión, focalizándose en los principales acuerdos arribados.
    3. **Normativa:** describa la implementación de la matriz, si fue necesaria la elaboración de normativas ad hoc para la sustentabilidad de la iniciativa; describa el proceso de elaboración y la gestión de su aprobación.

Se gestionó la conformidad de los siguientes actores claves para realizar las entrevistas:

1. Dr. Guillermo Williams. Coordinador de la Comisión de Servicios de Atención de la Salud del SGT N°11. Director Nacional de regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.
2. Dra. Isabel Duré. Punto focal en la Sub Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT N°11 (2008 a fecha).Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud de la Nación
3. Ing. Mariano Soratti – Responsable técnico del SISA

## Desarrollo Tecnológico del Sistema de Información Sanitaria Argentino (SISA)

### ● Definiciones y conceptos generales de la Red Federal de Registros de profesionales de la Salud (REFEPS).

El diseño, funcionamiento y la estructura de datos de la Ficha Única del Profesional de la Salud, como componente central y constitutivo del registro REFEPS, fueron desarrollados y analizados por el equipo de proyecto SISA y aprobados por las autoridades correspondientes. Los actores involucrados que participan en este proceso son:

- Dirección de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud (MSAL)
- Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional (MSAL)
- Dirección de Fiscalización (MSAL)
- Red de referentes de regulación sanitaria y tecnología del proyecto SISA (Autoridades de regulación y equipos provinciales)



Esta Ficha recoge toda la información de cada profesional de la salud del país en relación con sus datos personales, formación y sus registros de matriculaciones, especializaciones y residencias. El profesional -en cumplimiento y adhesión a la ley de protección de datos personales (Habeas Data, Ley Nacional 25.326) tiene derecho al acceso de su información personal y de sus registros asociados y puede solicitar la modificación de aquellos datos que pudieran ser incorrectos.

Existe un **código único** para cada Profesional, constituido por 12 dígitos enteros compuestos por el código de país, el tipo y el nro. de documento (resolución MSAL 604/2005), dadas estas características la ficha no es duplicable.

La Ficha del Profesional se compone de secciones, las cuales se gestionan de forma independiente pero manteniendo integridad, coherencia y consistencia en su conjunto.

Las secciones para la primera versión del registro son:

1. **Encabezado y resumen:** Incluye el título de la ficha, un espacio para la foto del profesional, el código único de profesional, información de los estados de la ficha, acceso al a ayuda en línea, un bloque de información resumen de la ficha y un espacio para botones de acción sobre la ficha (como por ejemplo crear la cuenta de usuario del profesional). El diseño y contenido del encabezado podrá cambiar con las nuevas versiones del SISA con el objetivo de mejorarla.
2. **Datos personales:** Incluye los datos personales del profesional.
3. **Domicilio e información de contacto (sección con lista de registros):** Incluye un registro histórico de domicilios e información de contacto (teléfonos y mails), lo que permitirá el registro del domicilio vigente sin perder el acceso y visualización a los domicilios anteriores.
4. **Formación (sección con lista de registros):** Incluye un registro de todas las posibles formaciones del profesional (sus profesiones).
5. **Matriculación (sección con lista de registros):** Incluye un registro de todas las matriculaciones del profesional (de todas las profesiones y todas las provincias disponibles).
6. **Especialización (sección con lista de registros):** Incluye un registro de todas las especializaciones del profesional (de todas las matriculaciones y todas las provincias disponibles).
7. **Residencia (sección con lista de registros):** Incluye un registro de todas las residencias del profesional (de todas las matriculaciones y todas las provincias disponibles).
8. **Inhabilitaciones y sanciones (sección con lista de registros):** Incluye un registro de todas las inhabilitaciones y sanciones del profesional (de todas las matriculaciones y todas las provincias disponibles).
9. **Establecimientos de trabajo (sección con lista de registros):** Incluye un registro de los establecimientos de salud en donde el profesional está registrado en el plantel de RRHH. Cada registro de esta lista permite el acceso al formulario del establecimiento en el registro REFES.

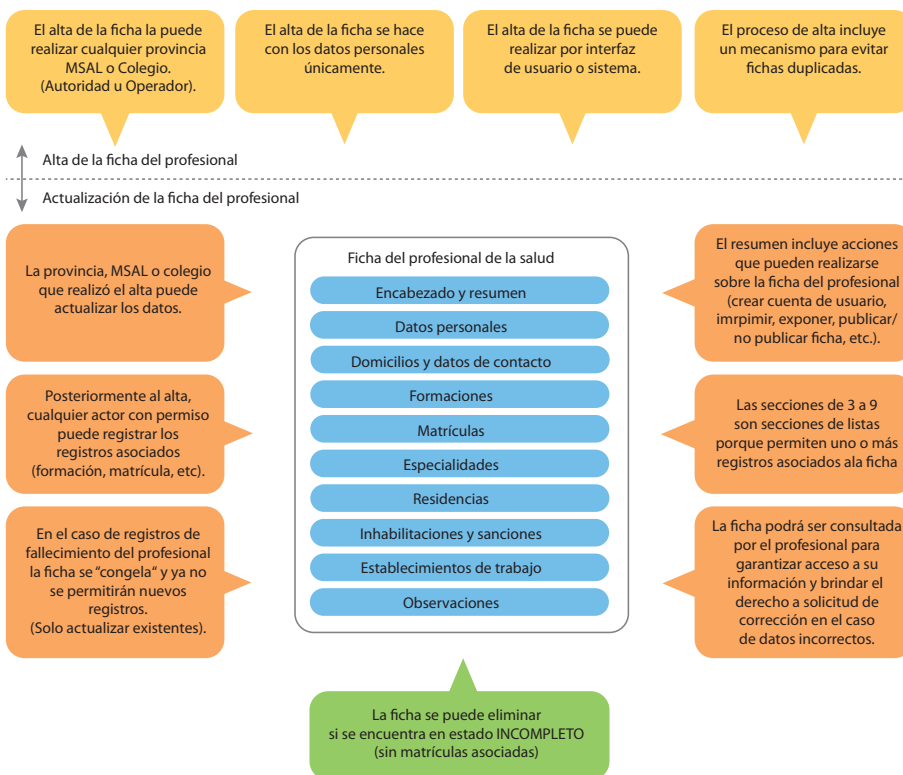
**10. Observaciones (sección con lista de registros):** Incluye un registro de todas las observaciones realizadas a los registros del profesional (de todas las matriculaciones y todas las provincias disponibles).

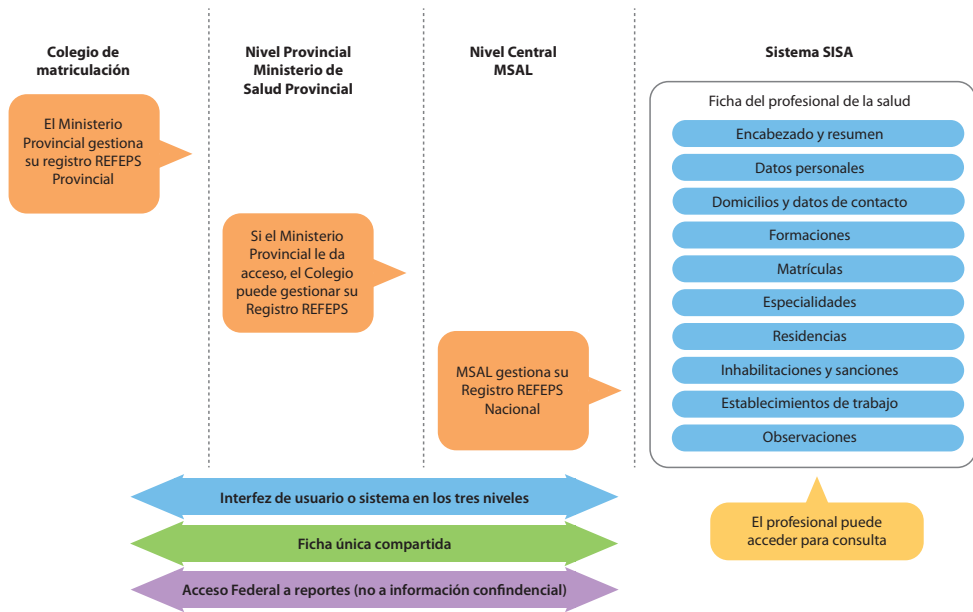
El Registro REFEPS incluye **auditoría** de todas las operaciones realizadas por los usuarios para seguimiento y control de los cambios realizados.

Los actores identificados para participar en la gestión del Registro REFEPS y la Ficha Única del Profesional de la Salud son autoridades nacionales y provinciales e integrantes del equipo de diseño y gestión SISA. Cada uno de ellos tiene permisos de acuerdo con su perfil y nivel de gestión:

- Operador Nacional REFEPS
- Autoridad Provincial
- REFEPS Autoridad
- Colegio REFEPS
- Usuarios de consulta (nacional o provincial y de colegio)
- Profesional (de todo el país)

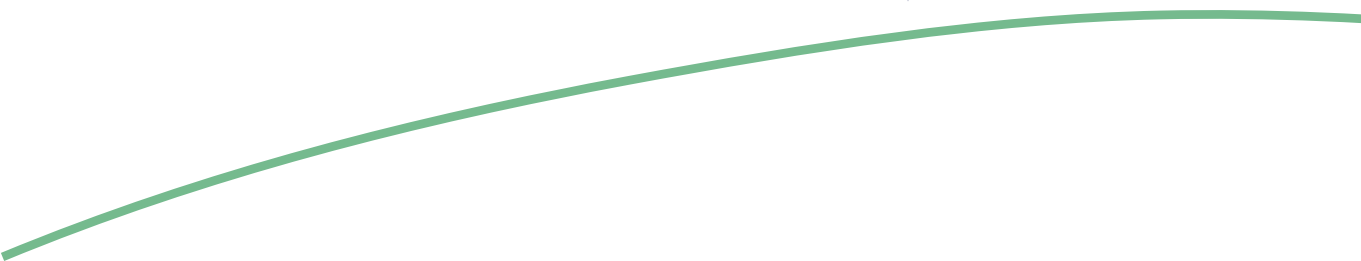
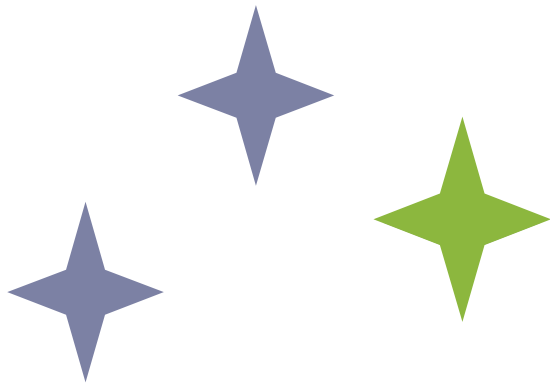
El perfil administrador SISA tiene la capacidad de gestionar todos los perfiles para intervenir cuando sea necesario.







**Brasil**



## ■ ■ Formação em saúde e a estrutura de controle e fiscalização do exercício profissional no Brasil

### 1. Introdução

A criação da Matriz Mínima partiu da necessidade de “padronização da informação que cada um dos Estados Partes registra de seus profissionais da saúde” (Res. GMC 27/04) e entendendo que “o conceito de profissionais de saúde não é o mesmo em todos os Estados Parte” (Res. GMC 66/06).

No Brasil, apesar da existência de conselhos profissionais definidos por leis e cobrindo todo o território nacional, ainda é complexo delimitar a definição de profissionais de saúde, e seus campos de atuação. Para os efeitos deste estudo, serão consideradas as 14 profissões cujos conselhos têm assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com a Resolução CNS nº 287, de 1998: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

### 2. A formação de profissionais em saúde no Brasil

A formação superior é relativamente recente no Brasil, se comparada a países europeus ou mesmo latino-americanos. Os primeiros cursos superiores (incluindo o de Cirurgia, Anatomia e Obstetrícia, em Salvador, Bahia) foram criados em 1808, sendo a primeira universidade oficialmente criada em 1920. Atualmente o sistema de ensino superior brasileiro conta com 2.399 instituições, categorizados como universidades (195), centros universitários (140), faculdades (2.016) e institutos federais (40), com cerca de sete milhões de estudantes matriculados.<sup>1</sup>

Nas décadas de 1990 e 2000 houve períodos de expansão significativa do ensino superior em geral, e na formação dos profissionais de saúde em particular. Tomando como base o ano de 1996, em que foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 9.394, de 1996, o número de instituições de educação superior dobrou em sete anos (1996 a 2003), passando de 922 a 1.859. A partir da aprovação da Lei nº 10.861 de 2004, que criou o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), a taxa de crescimento do número de

1 - Dados do Censo da Educação Superior 2013 do Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira/ Diretoria de Estatísticas Educacionais, disponíveis em <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>. Acesso em 20/10/2014

instituições diminuiu até se estabilizar em 2007.<sup>2</sup>

Ainda de acordo com os dados dos Censos de Educação Superior, entre 1991 e 2008 o número de cursos na área de saúde aumentou em 458%, com maior destaque para ciências biológicas (649%), nutrição (658%) e fisioterapia (892%), enquanto os cursos de medicina e odontologia (121% e 137%, respectivamente) cresceram em menor proporção.

Apesar do forte crescimento, há desigualdade no acesso da população aos profissionais. Dados divulgados pelo CNS, em 2003, indicam que o número de vagas e de egressos dos cursos de graduação das profissões de saúde não são distribuídos de maneira uniforme pelo país. A Região Norte e a Região Centro-Oeste são as que possuem o menor quantitativo, enquanto a Região Sudeste concentra mais da metade do total de cursos do país. Ademais, cerca de 70% dos cursos da área de saúde, 85,3% das vagas e 67% dos egressos estavam vinculados ao ensino privado. Em seis dos quatorze cursos da área da saúde, o setor público apresentou taxa de matrículas superior à da média nacional, de 21,8%. Em medicina, as matrículas do setor público superaram as do setor privado em 2004, mas, a partir de 2006, o setor privado passou a responder por mais de 50% das matrículas.<sup>3</sup>

**Tabela 2.** Distribuição de matrículas por curso e categoria administrativa das instituições de ensino. Brasil, 2004, 2006 e 2008.

Cursos	Matrículas 2004				Matrículas 2006				Matrículas 2008			
	Pública	%	Privada	%	Pública	%	Privada	%	Pública	%	Privada	%
1 Biomedicina	647	9,6	6.064	90,4	1.186	7,7	14.156	92,3	1.786	7,6	21.636	92,4
2 Ciências Biológicas	36.874	40,3	54.617	59,7	40.572	39,0	63.500	61,0	46.247	42,4	62.932	57,6
3 Educação Física	31.611	23,1	104.994	76,9	33.684	19,5	138.675	80,5	38.392	20,7	147.350	79,3
4 Enfermagem	21.807	18,0	99.044	82,0	24.181	12,9	162.774	87,1	27.455	12,2	196.875	87,8
5 Farmácia	16.537	27,0	44.740	73,0	16.948	21,2	62.857	78,8	17.921	19,0	76.421	81,0
6 Fisioterapia	7.771	8,1	87.978	91,9	8.089	7,6	97.779	92,4	8.552	8,1	96.869	91,9
7 Fonoaudiologia	1.812	13,8	11.311	86,2	1.858	16,0	9.719	84,0	2.067	21,8	7.397	78,2
8 Medicina	33.864	52,1	31.101	47,9	35.987	48,6	38.047	51,4	38.000	44,4	47.567	55,6
9 Medicina Veterinária	13.242	38,2	21.415	61,8	13.971	35,0	25.957	65,0	15.110	34,9	28.216	65,1
10 Nutrição	7.017	18,0	31.912	82,0	8.324	16,3	42.700	83,7	9.795	16,8	48.417	83,2
11 Odontologia	15.956	34,7	30.083	65,3	16.532	35,4	30.161	64,6	17.214	35,3	31.538	64,7
12 Psicologia	15.416	16,3	79.085	83,7	16.052	15,2	89.321	84,8	16.927	14,4	100.852	85,6
13 Serviço Social	12.188	33,7	23.937	66,3	12.691	26,5	35.176	73,5	13.257	23,0	44.474	77,0
14 Terapia Ocupacional	1.121	20,8	4.264	79,2	1.428	24,9	4.299	75,1	1.620	33,0	3.282	67,0
<b>TOTAL</b>	<b>215.863</b>	<b>25,5</b>	<b>630.545</b>	<b>74,5</b>	<b>231.513</b>	<b>22,1</b>	<b>815.121</b>	<b>77,9</b>	<b>254.343</b>	<b>21,8</b>	<b>913.826</b>	<b>78,2</b>

**Fonte:** Ministério da Educação/Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira/ Diretoria de Estatísticas Educacionais. Censo da Educação Superior, 2004, 2006 e 2008.

2 - Dados do Resumo Técnico 1991-2002 e do Resumo Técnico 2008 do Censo da Educação Superior, disponíveis em <http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior/resumos-tecnicos>. Acesso em 20/10/2014

3 - HADDAD, Ana Estela *et al.* **Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, jun. 2010.

## 2.1. A articulação entre saúde e educação

A lei nº 8080, de 1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu, por sua vez, pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), determinou que compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (CF/88, art. 200, III e V). Outras questões importantes estabelecidas pela criação do SUS foram o reconhecimento da necessidade de se definir uma política relacionada aos trabalhadores e a articulação dos interesses das Instituições de Educação Superior (IES) e do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população.

O debate sobre a mudança na formação de profissionais de saúde, através da articulação entre os setores da saúde e da educação levou à proposição de políticas públicas voltadas especificamente a este fim. Após a aprovação da LDB, o Conselho Nacional de Educação (CNE) iniciou o processo de estabelecer Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de graduação. A formação das profissões de saúde foi sendo regulamentada em etapas: Biomedicina – 2003; Ciências Biológicas – 2002; Educação Física – 2004 e 2007; Enfermagem – 2001; Farmácia – 2002; Fisioterapia – 2002; Fonoaudiologia – 2002; Medicina – 2001 e 2014; Medicina Veterinária – 2003; Nutrição – 2001; Odontologia – 2002; Psicologia – 2004 – 2011; Serviço Social – 2002; e Terapia Ocupacional – 2002.

Em 2005, o CNS emitiu a Resolução nº 350, em que condiciona a criação e reconhecimento de cursos de graduação em saúde a um conjunto de critérios por ele estabelecidos. Posteriormente, a Lei nº 12.871, de 2013, que institui o Programa “Mais Médicos”, estabeleceu novos paradigmas sobre a formação de profissionais para o SUS. Destaca-se, o fortalecimento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos estudantes e residentes da saúde. Neste novo modelo, há desde o processo de autorização de abertura de cursos e programas de residência, priorização de regiões de saúde com escassez de profissionais e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campos de prática suficientes e de qualidade para os alunos.<sup>4</sup>

Além da atuação dos CNS e do CNE, os respectivos ministérios criaram órgãos específicos para essa interação. A partir de 2003, cria-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS), e, a partir de 2013, cria-se no Ministério da Educação (MEC) a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde.

## 3. O registro para o exercício profissional

A CF/88 estabelece que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer (Art. 5º, inciso XIII). A mesma estabelece competência privativa à União para legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões (Art. 22, inciso XVI).

4 - BRASIL - LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Disponível no link [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm) , consultado em 20/11/2014

Várias leis que se sucederam entre 1937 e 1988 estabeleceram a obrigatoriedade de registro dos profissionais de Saúde junto aos respectivos conselhos profissionais, criados para fiscalizar o exercício de suas profissões e, conseqüentemente, com a atribuição de definir quem tem as qualificações profissionais necessárias.

### 3.1 Os Conselhos Profissionais

A Constituição de 1937 delegou aos sindicatos e associações profissionais (art. 138) a função de fiscalizar o exercício de atividades profissionais. As Constituições que se seguiram (art. 159 da Constituição de 1946; art. 159 da Constituição de 1967; e art. 166 da Constituição de 1969) mantiveram a possibilidade de exercício de funções delegadas do poder público por associações profissionais ou sindicais, que foi removida da CF/88.<sup>5</sup>

No entanto, os conselhos profissionais nas áreas de saúde, foram criados ao longo do tempo, por leis específicas, listadas no quadro abaixo, e todas estabeleciam estes conselhos como autarquias, dotadas de personalidade jurídica de direito público. Embora tenham autonomia administrativa e financeira, ainda estão teoricamente ligados ao Estado.

**Tabela 3.** Conselhos Profissionais existentes e data de fundação

Profissão	Primeira lei de exercício profissional	Conselhos Federal e Regionais
Medicina	1932 (Lei nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932)	1957 (Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957)
Farmácia	1932 (Lei nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932)	1960 (Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960)
Odontologia	1931 (Lei nº 20.862, de 28 de dezembro de 1931)	1964 (Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964)
Serviço Social	1938 (Decreto-Lei nº 525, de 1º de Julho de 1938)	1993 (Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993)
Medicina Veterinária	1968 (Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968)	1968 (Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968)
Enfermagem	1955 (Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955)	1973 (Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973)
Psicologia	1962 (Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962)	1971 (Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971)
Nutrição	1967 (Lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967)	1978 (Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978)
Fisioterapia	1969 (Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969)	1975 (Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975)
Terapia Ocupacional	1969 (Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969)	1975 (Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975.)
Biologia	1979 (Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979)	1979 (Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979)
Biomedicina	1979 (Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979)	1979 (Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979)
Fonoaudiologia	1981 (Lei nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981)	1981 (Lei nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981)
Educação Física	1998 (Lei nº 9.696, de 01 de setembro de 1998)	1998 (Lei nº 9.696, de 01 de setembro de 1998)

**Fonte:** Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde, Brasil.

De forma geral, no conteúdo das leis que criaram os conselhos estão definidas as atribuições de elaborar o código de ética da profissão, registrar os profissionais, fiscalizá-los e penalizá-los quando necessário. Para tais funções, os conselhos têm a prerrogativa de cobrar

5 - FERNANDES, Felipe Nogueira. A criação de conselhos profissionais e a delegação da atividade de fiscalização de profissões regulamentadas. Jus Navigandi, Teresina, ano 17, n. 3212, 17 abr. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/21519>>. Acesso em: 11 nov. 2014.



anuidades e multas. Além disso, de maneira geral os conselhos editam resoluções normativas para suas respectivas profissões.

### **3.2 Relação entre Titulação e Exercício Profissional**

Segundo o artigo 48 da LDB, os diplomas expedidos pelas universidades serão reconhecidos por elas mesmas e aqueles conferidos por instituições não universitárias serão registrados em universidades indicadas pelo CNE, situadas na mesma unidade da Federação. Os diplomas de cursos superiores reconhecidos, quando registrados, terão validade nacional, como prova da formação recebida por seu titular.

No caso de profissões reguladas por conselhos profissionais, como o são todas as profissões de saúde anteriormente mencionadas, o portador do diploma deve solicitar registro junto ao respectivo conselho para poder exercer a profissão.

### **3.3 Profissionais Formados No Exterior**

No caso de profissionais cujos diplomas foram expedidos por universidades estrangeiras, o mesmo artigo 48 dispõe que os diplomas de graduação serão revalidados por universidades públicas brasileiras que tenham curso do mesmo nível e área ou equivalente.

Diplomas de mestrado e doutorado serão igualmente revalidados por universidades com curso equivalente, podendo ser pública ou privada. No entanto, a LDB não menciona a revalidação da Residência Médica ou de cursos de Especialização, aspectos que têm sido regulados pela Comissão Nacional de Residência Médica ou pelos próprios conselhos profissionais. Cumprida a revalidação, o diplomado poderá requerer registro ao conselho profissional correspondente, e exercer sua profissão no país. No caso da Medicina, abriram-se duas exceções específicas: o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Universidades Estrangeiras (Programa Revalida) e o Programa “Mais Médicos”.

A Portaria Interministerial nº 278, de 2011 instituiu o Programa Revalida como forma de padronização da revalidação de diplomas nesta área. Apesar de várias resoluções do CNE para disciplinar a revalidação, as universidades realizam os procedimentos de forma diversa, dependendo de seus regimentos e estruturas internas, posto que têm autonomia garantida pelo Art. 207 da CF/88 e vários artigos da LDB. Através do Programa Revalida, 41 universidades (em 2014) aderiram voluntariamente a um procedimento comum e um exame nacional aplicado pelo Instituto Nacional de Pesquisas e Estudos Educacionais (INEP). Já o Programa “Mais Médicos”, estabelecido pela Lei nº 12.871, de 2013, abriu a possibilidade de profissionais graduados no exterior exercerem a Medicina sem ter o diploma revalidado, embora sob supervisão e em condições limitadas. Esse será descrito a seguir.

## **4. Mudanças de regras no exercício profissional: Mais Médicos com participação de estrangeiros e alteração do Revalida**

Dados divulgados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de maio de 2013 informam que o Brasil tem 1,86 médico por mil habitantes. O número é baixo em relação a países como Uruguai (3,7) e Argentina

(3), além de Estados Unidos (2,4), Alemanha (3,6), França (3,5), Espanha (4) e Portugal (3,9). Regionalmente a distribuição é bastante desigual e as maiores concentrações estão em São Paulo (2,4), Rio de Janeiro (3,4) e Distrito Federal (3,4).

Considerando este desequilíbrio, o Programa “Mais Médicos” foi estabelecido por Medida Provisória que, em 03 de outubro de 2013, foi transformada na Lei Ordinária nº 12.871, de 2013, tendo como objetivos:<sup>6</sup>

1. Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
2. Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
3. Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
4. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
5. Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
6. Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
7. Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
8. Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

O Programa se divide em três ações básicas:<sup>7</sup>

9. Reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
10. Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; e
11. Promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

A primeira ação trata de mudar o processo de abertura de cursos de Medicina. A Lei determina que o MEC abra convocatória para autorizar novos cursos, especificando condições de estrutura ligadas ao atendimento às necessidades da população. Em contrapartida, o SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

6 - BRASIL, Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm); Acesso em 20/11/2014

7 - BRASIL, Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm); Acesso em 20/10/2014

A segunda ação trata de mudanças significativas nas DCN, principalmente o estabelecimento da obrigatoriedade de um período de dois anos de internato, com pelo menos 30% da carga horária dedicados à Atenção Básica e Serviço de Urgência e Emergência do SUS. Além disso, a Lei impõe o aumento de vagas em programas de Residência Médica até um número igual ao número de egressos dos cursos de Medicina, priorizando a área de Medicina Geral da Família e da Comunidade.

A terceira ação trata de convocar médicos para um projeto de atividades de aperfeiçoamento em serviço, com uma bolsa-formação, mais benefícios de instalação e manutenção em cidades escolhidas pelo Ministério da Saúde. As convocatórias selecionam, pela ordem: 1. médicos brasileiros formados no Brasil; 2. médicos brasileiros formados no exterior; e 3. médicos estrangeiros.

De acordo com a Lei nº 12.871, de 2013, o médico estrangeiro é considerado intercambista. Nessa condição, pode exercer a Medicina sem necessidade de revalidação de diploma por três anos, tendo um registro emitido pelo MS. No entanto, só poderá exercê-la no âmbito do Programa “Mais Médicos”, e com acompanhamento de um supervisor profissional e um tutor acadêmico (Lei 12.871, Art.15).

Sendo assim, observa-se que a formação em medicina está em processo de mudança tendo em vista a legislação, a qual, aos poucos, está sendo adequada para atender às demandas apresentadas pela sociedade brasileira.

## **5. O Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde (FPMTS)**

A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional (SCODEP), inserida na estrutura do SGT-11, se constitui na instância de negociação das relações de trabalho, da formação profissional e da compatibilização dos currículos de formação na área da saúde para o exercício profissional no MERCOSUL.

Dentre os principais itens da agenda de trabalho da SCODEP estão, entre outras, o de formular políticas de gestão e educação na saúde; padronizar a legislação do exercício profissional; e implementar a MMRP com vistas ao registro profissional único para o exercício profissional.<sup>8</sup>

Para contribuir na atuação da Coordenação Brasileira da SCODEP na participação em reuniões ordinárias do SGT-11, foi institucionalizado, em 2006, o Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde (FPMTS). Entre os objetivos do FPMTS estão o de proporcionar um espaço de diálogo entre gestores e trabalhadores da saúde e o de apresentar proposições que auxiliem a formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde.

O FPMTS está sob a responsabilidade institucional do Departamento de Gestão e da

8 - MERCOSUL. Estrutura Institucional do MERCOSUL. Disponível em: <[http://www.mercosur.int/innovaportal/v/629/1/secretaria/estrutura\\_institucional\\_do\\_mercosul](http://www.mercosur.int/innovaportal/v/629/1/secretaria/estrutura_institucional_do_mercosul)>. Acesso em 13 de novembro de 2014.

Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) da SGTES/MS, e é composto por representantes das secretarias do MS, SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Participativa; da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); bem como pelos seguintes órgãos e instituições:

- Ministério da Educação;
- Ministério do Trabalho e Emprego;
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- Integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde (Conselhos Federais de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutricionistas, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Técnicos de Radiologia);
- Entidades científicas de âmbito nacional das Profissões de Saúde;
- Entidades sindicais de base nacional que integram a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; e por
- Entidades de estudantes de base nacional da área da saúde.<sup>9</sup>

## 6. O processo de aprovação da Matriz Mínima de Registro Profissional em Saúde no Brasil

O processo de debate e aprovação da Matriz Mínima de Registro Profissional em Saúde no MERCOSUL (MMRP), por entidades representativas da área de saúde, desenvolveu-se em duas etapas, sendo que a primeira estruturou a legislação de base dos órgãos os quais versam sobre a temática.

Entre os aspectos que envolvem a elaboração de legislação em torno do assunto, ocorreu a participação do Brasil no processo de construção do MERCOSUL e principalmente a aprovação da Decisão/GMC 25, de 2003<sup>10</sup>, que estabeleceu as “Diretrizes para a Celebração

9 - BRASIL - Portaria nº 929, de 03 de maio de 2006. Institui o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=44&data=03/05/2006>>. Acesso em 13 de novembro de 2014.

10 - Dentre as justificativas da Decisão, foi citado o “Artigo XI” do Protocolo, prevendo a necessidade dos governos dos Estados Parte, conjuntamente com as associações e colégios profissionais, desenvolverem normas para o exercício de atividades profissionais e a outorga de licenças (*considerando a educação, experiência, licenças, matrículas ou certificados obtidos no território de outro Estado Parte*). O CMC considerou também a necessidade das Normas basearem-se em critérios e “objetivos transparentes, que assegurem a qualidade do serviço profissional, a proteção ao consumidor, a ordem pública, a segurança e a saúde da população, o respeito pelo meio ambiente e a identidade dos Estados Parte” e que essas não “deverão constituir-se em barreiras ou restrições para a prestação de um serviço profissional temporário.”

Essa Decisão foi aprovada no Brasil pelo Decreto Legislativo no 347, de 23 de dezembro de 2008. Disponível em: <[http://www.mdic.gov.br/arquivos/dwnl\\_1202733268.pdf](http://www.mdic.gov.br/arquivos/dwnl_1202733268.pdf)>. Acesso em 13 de novembro de 2014.

de Acordos Marco de Reconhecimento Recíproco entre Entidades Profissionais e a Elaboração de Disciplinas para a Outorga de Licenças Temporárias”<sup>11</sup> Foram, igualmente, aprovadas as “Funções e Atribuições dos Centros Focais de Informação e Gestão”<sup>12</sup> e o “Mecanismo de Funcionamento do Sistema”,<sup>13</sup> os quais criaram um cenário que exigia maior interação entre o MS e as entidades de representação de categoria profissional.

No Brasil, o registro e controle do exercício profissional são feitos pelos conselhos profissionais, todos contando com estrutura federal e estadual ou regional. O ingresso do profissional no cadastro da profissão se dá pela sua inscrição junto ao conselho estadual ou regional, mas os conselhos federais são as instâncias que concentram em última instância o julgamento de sanções que possam inabilitar o profissional. Essas diferenças entre forma de registro e de sanção disciplinar e a dispersão das informações dificultam a implementação da MMRP no Brasil e requerem cooperação entre o MS e os conselhos.

## 7. Considerações finais sobre a Matriz Mínima de Registro Profissional em Saúde

A adoção da MMRP não altera as atuais regras de ingresso no mercado de trabalho brasileiro, uma vez que, por si só, não é capaz de permitir a livre circulação de profissionais da área da saúde, mantendo-se a mesma estrutura de ingresso no mercado de trabalho por meio de revalidação de diploma emitido no exterior.

A legislação vigente no MERCOSUL deve ser aos poucos adequada às peculiaridades existentes em cada país a fim de ser, em um futuro próximo, harmonizada.<sup>14</sup>

11 - Organización de los Estados Americanos. Sistema de Información sobre Comercio Exterior. Diretrizes para a Celebração de Acordos Marco de Reconhecimento Recíproco entre Entidades Profissionais e a Elaboração de Disciplinas para a Outorga de Licenças Temporárias. Disponível em: <<http://www.sice.oas.org/trade/mrcsrs/decisions/dec2503p.asp>>. Acesso em 13 de novembro de 2014.

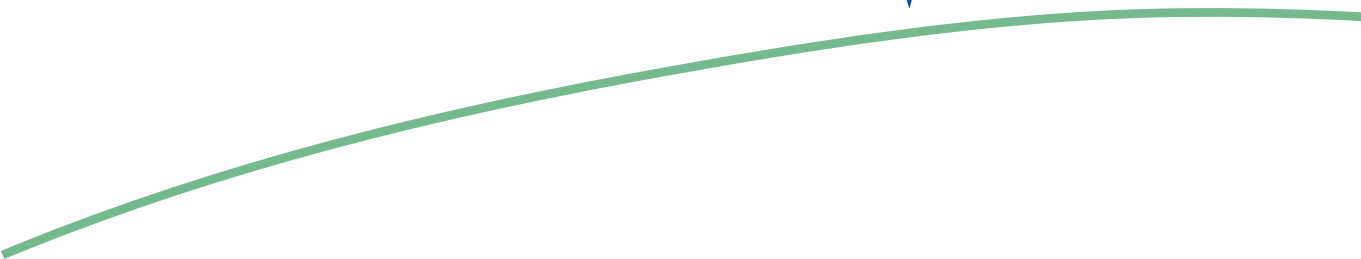
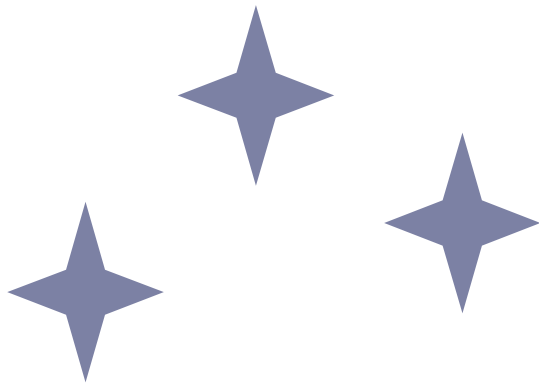
12 - Brasil. Senado Federal. Parecer\_no 1078, de\_2008.\_ Funções e Atribuições dos Centros Focais de Informação e Gestão. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/publicacoes/diarios/pdf/sf/2008/10/28102008/41966.pdf>>. Acesso em 13 de novembro de 2014.

13 - Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Decreto Legislativo no 58, de 2007. Aprova o texto do Mecanismo para o Exercício Profissional Temporário, aprovado pela Decisão CMC 25/03, emanada da XXV Reunião de Cúpula do Mercosul, realizada em Montevideu, em 15 de dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/512252.pdf>>. Acesso em 13 de novembro de 2014.

14 - Em anexo consta a relação de leis, portarias e decretos que regulam o exercício das diferentes profissões em saúde no Brasil.



Uruguay



## ■ ■ Condiciones para el ejercicio profesional en salud en Uruguay

### Introducción

El adecuado control del ejercicio profesional en los sistemas de salud es una responsabilidad de las Autoridades Sanitarias. La caracterización del personal de salud es una tarea básica para avanzar en su desarrollo, una de las Funciones Esenciales de Salud Pública definidas por la OPS/OMS.

El presente informe describe los distintos aspectos que hacen al ejercicio profesional en Uruguay, y toma como insumos la práctica institucional de nuestro país en lo referido a la formación del personal de salud, su registro y habilitación, los ámbitos de ejercicio profesional y su control. Se enmarca en el Proyecto de Cooperación Técnica de OPS/OMS con las autoridades sanitarias de Argentina, Brasil y Uruguay, como parte del trabajo de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT 11 MERCOSUR.

### La formación del personal de salud en Uruguay

#### ● Antecedentes

El inicio de la formación de los profesionales de la salud en nuestro país se remonta al Siglo XVIII, previo a la Independencia. El primer ámbito de formación fue el Hospital de Caridad de Montevideo (actualmente denominado Hospital Maciel), en el cual se atendía a la población más pobre. Allí se comenzaron a formar los primeros médicos uruguayos a partir de la docencia de médicos franceses, españoles, italianos, alemanes y polacos<sup>i</sup>. Tiempo después, en 1875, se conforma la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, con participación de docentes extranjeros y de médicos uruguayos formados en Europa, en la cual se comenzaron a formar los primeros “Doctores en Medicina y Cirugía”<sup>ii</sup>.

En 1952 se creó la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, orientada a la formación de posgrados.

La Facultad de Medicina se ocupó también de la formación de un conjunto de disciplinas vinculadas directamente a la práctica médica, como la enfermería profesional, las parteras, los tecnólogos y los nutricionistas.

A finales del Siglo XX comenzó un proceso de separación de la Facultad de Medicina

de algunas profesiones y la conformación de nuevas facultades y escuelas (Facultad de Enfermería, Escuela de Nutrición), si bien aún se mantiene la dependencia de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica en la formación de un conjunto de tecnicaturas y licenciaturas en la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, así como la Escuela de Parteras.

La formación de los auxiliares de enfermería estuvo a cargo del Ministerio de Salud Pública a través de la Escuela de Sanidad “Dr. José Scosería”, que además de impartir formación controlaba la formación de los auxiliares de diverso tipo en un conjunto de escuelas de enfermería privadas, hasta el año 2006 <sup>iii</sup>.

La formación profesional privada comenzó a partir del año 1984 con la creación de las primeras universidades privadas.

Actualmente la gran mayoría de los profesionales y técnicos de la salud se forman en la Universidad de la República.

### ● Instituciones de formación

En el campo de la salud la formación pública depende en su mayoría de la Universidad de la República que es autónoma y co-gobernada, y se rige por la Ley Orgánica No 12.549 del 16 de octubre de 1958 <sup>iv</sup>. Tiene autonomía para crear carreras y es un referente para el resto del sistema educativo <sup>v</sup>.

La formación profesional que dictan distintas universidades e institutos superiores privados <sup>vi</sup> es reconocida y controlada por el Área de Educación Superior del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), y se orienta según lo dispuesto por la Ley General de Educación <sup>vii</sup> y al Decreto 308/995. Los pasos que recorre una carrera en el ámbito privado para obtener el reconocimiento del MEC son los siguientes:

- **1° Paso:** Presentación de la carrera: Denominación, contenidos, perfil de egreso, duración, plan de estudios, etc.
- **2° Paso:** La misma es considerada por un tribunal de evaluadores (nacionales y extranjeros), el cual la aprueba y expresa que es pertinente.
- **3° Paso:** El Consejo Consultivo de Enseñanza Terciaria Privada lo dictamina.
- **4° Paso:** El Ministro de Educación y Cultura toma la resolución final aprobando la carrera.

En el año 2006 fue aprobada la primera facultad de medicina privada.

La formación de auxiliares de enfermería, farmacia hospitalaria, registros médicos y servicios es impartida por un conjunto de escuelas privadas y controlada por el Área de Escuelas de Enfermería Habilitadas del MEC <sup>viii</sup>.

En el Cuadro 1 se cuantifican las carreras de grado y posgrado del área salud que se registran actualmente en el MSP.



**Cuadro 1**

Tipo de carrera	Universidad de la República	Universidades privadas <sup>ix</sup>
Carreras de grado	50	16
Carreras de postgrado <sup>x</sup>	125	22

Fuente: SHARPS, MSP, año 2013.

En el cuadro 2 se cuantifican los cursos de auxiliares de la salud que se imparten en los sectores educativos público y privado, controladas por el MEC y que se registran actualmente en el MSP.

**Cuadro 2**

	Escuelas de Enfermería públicas (2)		Escuelas de Enfermería privadas (10+20)	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
Cursos <sup>xi</sup>	1	0	46	62

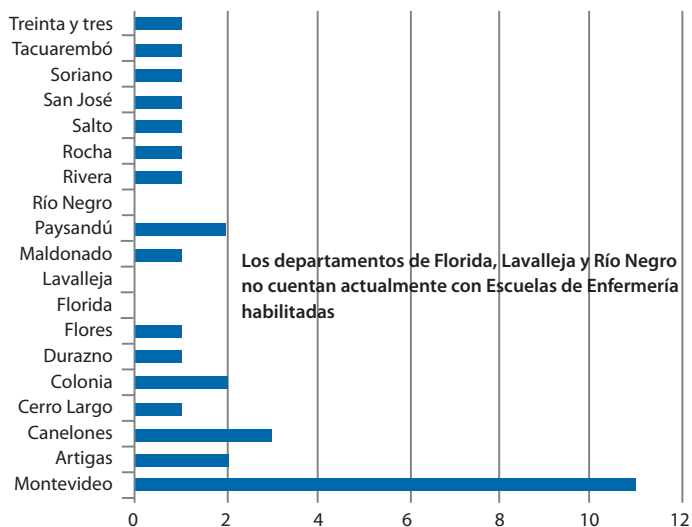
Fuente: Elaboración propia en base a datos del MEC, 2013.

A continuación se detallan las escuelas de enfermería habilitadas y la cantidad de títulos expedidos por las mismas que se registran en el MSP.

**Cuadro 3. Cantidad de escuelas por departamento**

Montevideo	11	Florida	0	Salto	1
Artigas	2	Lavalleja	0	San José	1
Canelones	3	Maldonado	1	Soriano	1
Cerro Largo	1	Paysandú	2	Tacuarembó	1
Colonia	2	Río Negro	0	Treinta y Tres	1
Durazno	1	Rivera	1		
Flores	1	Rocha	1	<b>Total</b>	<b>31</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del MEC año 2013

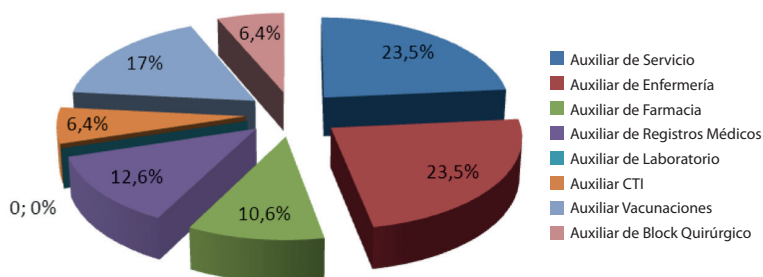
**Gráfico 5.** Cantidad de Escuelas de Enfermería Habilitadas por el MEC al año 2013

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del MEC año 2013

**Cuadro 4.** Cursos habilitados en Montevideo

Cursos	%	Cantidad
Auxiliar de Servicio	23,5	11
Auxiliar de Enfermería	23,5	11
Auxiliar de Farmacia	10,6	5
Aux. de Registros Médicos	12,6	6
Aux. de Laboratorio	0	0
Aux. CTI	6,4	3
Aux. Vacunaciones	17	8
Aux. de Block Quirúrgico	6,4	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>47</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del MEC año 2013

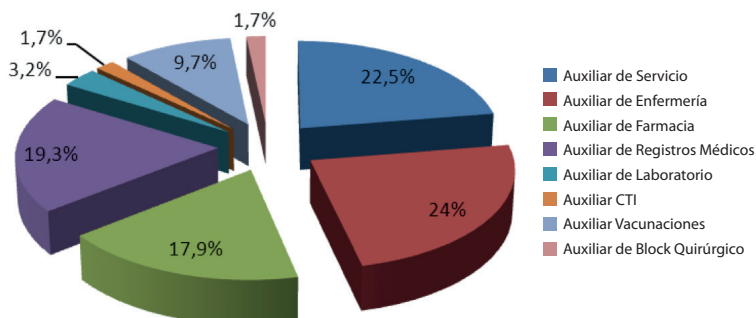
**Gráfico 6.** Porcentaje de cursos habilitados en Montevideo

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del MEC año 2013

**Cuadro 5.** Cursos habilitados en el interior de país

Cursos	%	Total Interior
Auxiliar de Servicio	22,5	14
Auxiliar de Enfermería	24	15
Auxiliar de Farmacia	17,9	11
Auxiliar de Registros Médicos	19,3	12
Laboratorio	3,2	2
CTI	1,7	1
Vacunaciones	9,7	6
Block Quirúrgico	1,7	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>62</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del MEC año 2013

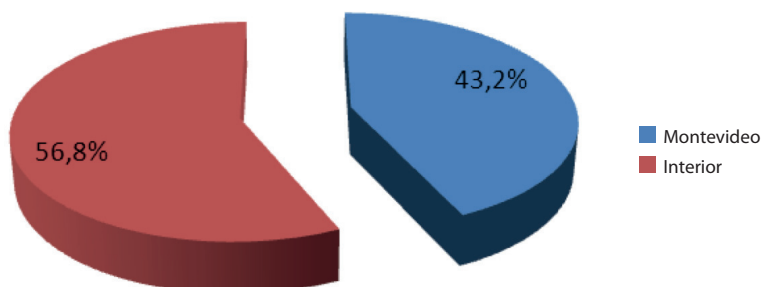
**Gráfico 7** Porcentaje de cursos habilitados en el Interior del país

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del MEC año 2013

**Cuadro 6.** Porcentaje de cursos habilitados Montevideo e Interior

	%	Cantidad
Montevideo	43,2	47
Interior	56,8	62
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>109</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del MEC año 2013

**Gráfico 7.** Porcentaje de cursos habilitados Montevideo e Interior

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del MEC año 2013

### ● Competencias institucionales

Luego de sucesivos cambios respecto a las competencias de los distintos ministerios y administraciones de educación sobre el control de la formación, el escenario actual es el siguiente:

**Cuadro 7**

Tipo de Formación	Responsable del control de la formación	Dependencia a cargo
Universitaria y Superior Pública	Universidad de la República	Facultades respectivas
Universitaria y Superior Privada	Ministerio de Educación y Cultura	Dirección Nacional de Educación - Área de Educación Superior
Técnica media	Administración Nacional de Educación Pública	Universidad del Trabajo del Uruguay
Auxiliares de la salud	Ministerio de Educación y Cultura	Dirección Nacional de Educación - Área de Escuelas de Enfermería Habilitadas

Fuente: Elaboración propia.

## El registro de la formación y la habilitación para el ejercicio profesional

### ● Antecedentes

En Uruguay la formación técnica y profesional es libre, pero en el área de la salud se encuentra fuertemente regulada. Ya desde 1882 se dispuso que los médicos debían registrarse en la Junta de Higiene Pública -quién ejercía la “policía sanitaria”-, y desde 1934 comenzaron a registrarse en el Ministerio de Salud Pública. Históricamente fueron registrados en libros.

El registro de profesionales, técnicos, auxiliares y de sus títulos en libros se realizó hasta el año 2006, pasando ese año a registrarse de manera electrónica. Los datos son relevados de acuerdo a la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud, acordada en MERCOSUR en el 2004 e internalizada por Uruguay mediante Decreto del Poder Ejecutivo en el año 2007<sup>xii</sup>.

### ● La situación actual

Un conjunto de normas disponen que para el ejercicio profesional todos los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud deben estar registrados y habilitados por el MSPxiii. Para ello deben presentarse en el Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud con sus títulos y certificados expedidos por las instituciones formadoras habilitadas, a efectos de ser ingresados en el Sistema informático de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS). A partir de ese momento quedan habilitados para ejercer la profesión que adquirieron, debiendo en lo sucesivo registrar nuevas formaciones obtenidas.

A continuación se muestra la pantalla principal del SHARPS:

Actualmente se encuentran registradas 90.659 personas y 124.815 títulos y certificados, según detalle:

**Cuadro 8.** Cantidad de títulos por persona

Personas	%	Títulos
62.406	68,8	1 título
23.392	25,8	2 títulos
4.025	4,4	3 títulos
674	0,7	4 títulos
125	0,1	5 títulos
31	0,0	6 títulos
5	0,0	7 títulos
1	0,0	8 títulos
<b>90.659</b>	<b>100</b>	

Fuente: SHARPS, octubre 2012.

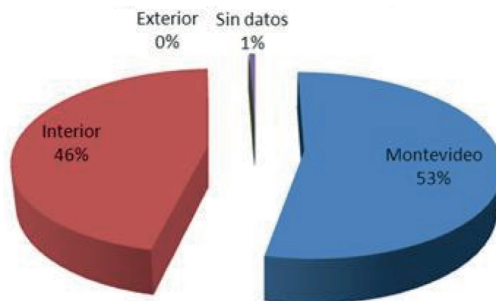
Actualmente se encuentran registradas 644 denominaciones de títulos de pregrado, grado y posgrado, terciarios y certificados auxiliares que provienen de Instituciones formadoras públicas y privadas, habilitadas por los organismos competentes: Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Universidad de la República (UdelaR), Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU).

Los datos del profesional que se registran son: Nombre completo, tipo y No de documento de Identidad, fecha de nacimiento, ciudad y país de nacimiento, ciudad y localidad de residencia actual, nacionalidad, sexo, Credencial, N° de CJPPU, Domicilio particular, código postal, teléfonos, celular, e-mail.

Los datos del título que se registran son: Denominación, Institución Formadora, Fecha de Obtenido, Fecha y N° de Registro en el MSP (si correspondiera: libro, folio y número).

Modos de obtención: Curricular – Conversión – Competencia Notoria – Actuación Documentada – Reválida – Competencia Notoria en la modalidad de Actuación Documentada - Reconocimiento. Los datos del profesional que se registran son: Tipo, motivo, período.

En el Gráfico 5 se muestra la distribución general en el país según lugar de residencia. En el Gráfico 8 se muestra la evolución del registro en los últimos años.

**Gráfico 8.** Registros según residencias del RHS

Al graficar la variación porcentual del período con año base en el 2006 se ve con claridad el crecimiento que vienen teniendo los registros en el Ministerio de Salud Pública. Entre los años 2006 y 2011, los registros crecieron un 67.2 %. Este incremento ha sido constante en todos los años analizados; asimismo, entre los años 2007 y 2008 fue donde se dio un crecimiento más notorio.

Factores que influyeron en el incremento del registro:

- El incremento de los registros puede ser entendido como un efecto adicional del 1º Censo Nacional de Profesionales de la Salud realizado en el 2008. La participación en el Censo exigió el registro previo en el MSP. Esta exigencia hizo que una cantidad importante de RHS que no se encontraban registrados lo tuvieran que hacer para poder completar la planilla censal. Es decir, el Censo tuvo un efecto coercitivo de carácter positivo para mejorar el control sobre los trabajadores de la salud.
- Este incremento también responde al aumento de los controles del MSP durante el proceso de habilitación y rehabilitación de los servicios de salud.
- Otro factor es la demanda creciente de RHS en el mercado de trabajo.

**CENSO SALUD 08**

**Inscripción obligatoria  
1º al 31  
de OCTUBRE**

**1er. Censo de Recursos Humanos de la Salud**  
Complete el formulario en:  
[www.msp.gub.uy/censo](http://www.msp.gub.uy/censo)

**Usted debe participar si es:**  
Doctor en Medicina | Químico-Farmacéutico | Químico | Bioquímica Clínico | Doctor en Odontología | Doctor en Veterinaria | Licenciadas en Enfermería (Enfermera, Nurse) | Bachiller en Química | Bioquímico Clínico | Licenciado en Bioquímica | Licenciado en Ciencias Biológicas | Licenciado en Psicología (Psicólogo) | Licenciado en Trabajo Social | Licenciado en Fisioterapia (Fisioterapeuta) | Licenciado en Fonoaudiología (Fonoaudiólogo) | Licenciado en Neuropsicología (Neuropsicólogo) | Licenciada en Psicomotricidad (Psicomotricista) | Licenciado en Laboratorio Clínico (Técnico en Laboratorio) | Licenciado en Oftalmología (Técnico en Oftalmología) | Técnico en Hemoterapia | Técnico en Podología Médica | Técnico en Radioterapia | Técnico en Anatomía Patológica | Licenciado en Inaugenología (Técnico Radiólogo) | Técnico en Radioisótopos | Lic. en Neurofisiología Clínica | Técnico en Electrofisiología y Patología Clínica | Técnico en Cosmética | Licenciado en Prácticas Médicas (Tecnólogo En RM) | Licenciado en Instrumentación | Quirúrgico (Técnico En IO) | Licenciado en Terapia Ocupacional | Técnico en Salud Ocupacional | Licenciado en Nutrición (Nutricionista Dietista) | Partera (Obstetrica) | Higienista en Odontología | Asistente en Odontología | Laboratorista en Odontología | Licenciado en Trabajo Social (Asistente Social) | Licenciado en Ciencias Biológicas | Licenciado en Bioquímica | Licenciado en Psicología (Psicólogo) | Licenciatura en Fisiopedagogía | Bachiller en Química | Practicante de Medicina | Técnico Óptico | Auxiliar de Enfermería | Aux. de ERI | Adiestrado en Bloq Quirúrgico e Instrumentación | Auxiliar de Enfermería en CTI | Auxiliar de Enfermería en Visiunciones | Auxiliar de Laboratorio Clínico | Auxiliar de Registro Médicos y Estadísticas en Salud | Auxiliar de Higiene Ambiental | Auxiliar de Farmacia Hospitalaria | Auxiliar de Servicio (Pedicura) | Masajista

**CENSO SALUD 08**

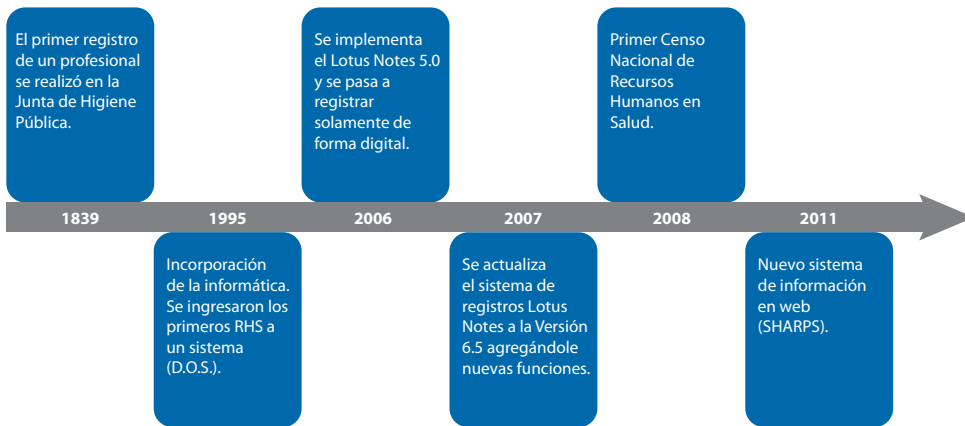
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**Un país más saludable  
es un mejor lugar para vivir**

Los objetivos del Censo fueron los siguientes:

- Superar las debilidades históricas del MSP para el registro de los Recursos Humanos en Salud.
- Conocer las características básicas de las personas que se desempeñan en el campo de la salud (calificación profesional, títulos, posgrados y ubicación territorial).
- Estudiar el fenómeno de la migración.
- Revisar las proyecciones demográficas en el área de los RHS.
- Actualizar los sistemas de información del Ministerio para avanzar en el diseño de políticas de desarrollo de los RHS.

A continuación se muestra la evolución en el tiempo de los instrumentos de registro de profesionales:



Debemos señalar que actualmente el SHARPS presenta las siguientes limitaciones:

- Los datos que figuran en la base corresponden a la fecha en que la persona se registró en el MSP. No se ha implementado aún un procedimiento de actualización periódico de la información.
- Existen dificultades para diferenciar a las personas activas de las inactivas, identificar a las fallecidas y a las que residen en el exterior.
- No se cuenta con registro de la migración.
- Se requiere una revisión del árbol de profesiones.
- Desde la promulgación de la Ley de Protección de Datos Personales y Habeas Data en el año 2009 se ha dificultado el cruzamiento con otras bases de datos públicas.

Los avances recientes son:

- La puesta en producción del SHARPS en el 2011 sobre plataforma web ha permitido mejorar el registro de datos y ha posibilitado el acceso externo al mismo (Intendencias, Webservice MERCOSUR).



- Se inició de un proceso de mantenimiento y gestión del sistema y de la base de datos junto a la División Sistemas de Información del MSP y la empresa proveedora.
- Se ha designado de un responsable en el Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud del mantenimiento del sistema y la base de datos, que trabaja en coordinación con la División Sistemas de Información y la empresa proveedora.

### ● Normas MERCOSUR de registro de profesionales y títulos

Desde el año 2007 en nuestro País el registro de los profesionales de salud y su formación se efectúa de acuerdo a lo dispuesto por la Norma MERCOSUR conocida como “Matriz Mínima”<sup>xiv</sup>, en la cual están dispuestos un conjunto de campos de datos comunes a las autoridades sanitarias de los Estados Parte, según los cuales debe quedar registrada la información a efectos de su futuro intercambio.

### ● El Colegio Médico

A partir de la aprobación de la Ley del Colegio Médico No 18.591 del 18 de setiembre de 2009, se incorporó una nueva condición para poder ejercer la medicina en nuestro País. El cometido del Colegio Médico es garantizar al médico y a la comunidad el ejercicio de la profesión dentro del marco de ontológico establecido.

Para ejercer la profesión de médico en el territorio nacional, se requiere la vigencia de la inscripción en el registro de títulos del Colegio Médico del Uruguay. Para efectuar dicha inscripción se requiere:

- a. Título profesional expedido por las Facultades de Medicina habilitadas en el país o reválida de título expedido en el extranjero.
- b. Habilitación otorgada por el Ministerio de Salud Pública para el ejercicio de la profesión médicaxv.

### ● Los profesionales formados en el exterior

A partir de la ley 12.549 de 16 de octubre de 1958 la reválida de títulos extranjeros es competencia exclusiva del Consejo Directivo Central (CDC) de la Universidad de la República, previo asesoramiento de la Facultad respectiva y con sujeción a los tratados internacionales concertados por la República, según lo dispuesto en su artículo 21.

El proceso de reválida de títulos se guía por la Ordenanza de Reválidas de la UdelaR<sup>xvi</sup>. Luego de revalidado el título, la Universidad de la República expedirá a través de la

Facultad respectiva un nuevo título –en este caso uruguayo-, el que deberá ser registrado en el MSP para que el profesional quede habilitado a ejercer esa profesión o especialidad.

### ● Los ámbitos del ejercicio profesional

Los profesionales de la salud - así como los técnicos y los auxiliares- se desempeñan en un conjunto de instituciones públicas y privadas de diverso tipo que actúan en el sector salud. La mayoría de estas instituciones brindan atención a la salud y muchas otras están vinculadas

a la atención, como ser laboratorios, ópticas, centros de rehabilitación y tratamiento, centros de imagenología, residencias de ancianos, farmacias comunitarias, etc.

Las instituciones públicas y privadas prestadoras de salud, tanto sean integrales o no integrales, conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado a partir de la Ley 17.930 art. 264 y 265 de Presupuesto Nacional del 19 de diciembre de 2005 y de la ley 18.211 del 5 de diciembre de 2007.

Se detallan a continuación los distintos servicios de salud existentes:

1. Servicios Ambulatorios, Clínicas o Centros
2. Block Quirúrgicos
3. Carne de Salud
4. Centros de Rehabilitación Psicomotriz o Psicopedagógicos
5. Establecimientos Especializados en el Tratamiento de Usuarios con Consumo Problemático de Drogas (Drogodependencias)
6. Emergencias Móviles
7. Farmacias de 2da. Categoría
8. Servicios de Hemodiálisis
9. Servicios de Implantación de Marcapasos
10. Servicios de Internación Domiciliaria
11. Laboratorios de Análisis Clínicos
12. Laboratorios de Anatomía Patológica
13. Laboratorios Dentales
14. Residenciales para pacientes psiquiátricos
15. Sala de partos
16. Seguro Parcial Odontológico
17. Seguro Parcial Médico para Diagnóstico y Tratamiento
18. Seguro Parcial Quirúrgico para Diagnóstico y Tratamiento
19. Servicios para Diagnóstico y Tratamiento
20. Servicios de Internación
21. Servicios Privados de Enfermería
22. Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátrico y Neonatales).

Es en todos estos ámbitos de la salud dónde los profesionales, los técnicos y los auxiliares se desempeñan, tanto sea como profesionales independientes o en régimen de dependencia.

El SNIS cuenta con 45 Prestadores Integrales de Salud según la siguiente distribución:

**Cuadro 9**

Prestadores integrales	Cantidad
Públicos	3
IAMC /IAMPP	35
Seguros Privados	7

Todos ellos están organizados en Unidades de Atención A, B y C <sup>xvii</sup>.

### Unidades de Atención A

Primer nivel de atención Servicios ambulatorios Registros médicos
Primer nivel de atención Sede secundaria Registros médicos
Servicio de internación domiciliaria
Servicio odontológico
Carnet de salud
Servicio de diagnóstico y/o tratamiento
Servicio de laboratorio de análisis clínico
Centro de materiales
Servicio de drogodependencia
Servicio de hemato-oncología

### Unidades de Atención B

Servicio de internación Cuidados moderados
Cuidados moderados
Servicio de emergencia
Servicio de urgencia
Servicio de block quirúrgico
Servicios de apoyo <ul style="list-style-type: none"> <li>• alimentación</li> <li>• lavadero</li> </ul>

### Unidades de Atención C

Servicio Cuidados INTENSIVOS
Adultos Servicio de cuidados intensivos pediátrico y neonatal

## ● El control del ejercicio profesional

El control del ejercicio profesional le compete al MSP en todo el territorio nacional. Así fue dispuesto en el Capítulo III artículos 13 a 18 de la Ley 9.202 del 12 de enero de 1934, y se deriva de las competencias que tenían otras dependencias públicas previas a la creación del MSP, en el ejercicio de la policía sanitaria.

Un conjunto de otras normas de distinta jerarquía jurídica <sup>xviii</sup> (leyes, decretos del Poder Ejecutivo y Ordenanzas Ministeriales) complementan el marco normativo que sirve de guía para el control del ejercicio profesional.

A lo largo de la historia del MSP diversas dependencias han sido las responsables del control. Desde el año 2001, según lo dispuesto por el Decreto No 460/001 de 27/11/2001, es el Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud el que se tiene esta responsabilidad.

Actualmente el MSP cuenta en sus registros informáticos con más de 90.000 profesionales, técnicos y auxiliares, los cuales poseen más de 120.000 títulos y certificados, de pregrado, grado y posgrado.

En la práctica, el control del ejercicio profesional se inicia:

1. Por denuncia de parte.
2. A partir de la consulta sobre la formación de un profesional.
3. Durante el proceso de habilitación y rehabilitación de los distintos servicios de salud.

Existe una denuncia de parte cuando un usuario de un servicio de salud, un paciente, sus familiares, o una institución de salud, denuncian por escrito que una persona está ejerciendo una profesión para la cual –afirman- no se encuentra habilitado.

Se inicia también el control a partir de la consulta por escrito sobre la formación de un profesional.

En ambas modalidades, se activa un proceso administrativo <sup>xix</sup> que permita conocer la formación del profesional. El primer paso es recurrir al sistema de información SHARPS. En caso de no contar con registro informatizado sobre esa persona, se recurre al registro en libros. Si la información está disponible y coincide con la función ejercida, se responde la denuncia o la consulta, y el proceso generalmente culmina allí. De no ubicarse ningún registro en el SHARPS o en los libros, o la encontrada no coincide con la función desempeñada por el profesional, se procede a convocar a la persona sobre la cual recae el cuestionamiento, para que presente la documentación probatoria de su formación. Se labra acta de la entrevista ante escribano público, y se continúa con el proceso administrativo. Si la documentación presentada es válida, se informa a las partes y se puede culminar el proceso administrativo. Si no le es, se deriva hacia el área jurídica del MSP para proceder a estudiarlo y eventualmente presentar una denuncia ante la justicia por ejercicio ilegal de una profesión.

El control del ejercicio profesional también se realiza durante el proceso de habilitación y rehabilitación de los servicios de salud. Durante dicho proceso los servicios de salud deben presentar un conjunto de informes (notariales, arquitectónicos, descriptivos del proce-

so asistencial, y de plantel del personal de salud), que son estudiados por los Departamentos correspondientes<sup>xx</sup>. Si todos los profesionales, técnicos y auxiliares presentados no se encuentran registrados y habilitados para el ejercicio de la función que se asegura desempeñan, el servicio de salud no culminará su habilitación hasta resolver la inscripción de su personal en el sistema informático de profesionales de la salud del MSP. Este control obliga a los servicios de salud a mantener personal debidamente registrado y formado para el ejercicio de las competencias profesionales, y permite en algunos detectar registros incompletos y el ejercicio de personal que no tienen la formación requerida.

### ● La inhabilitación del ejercicio profesional

En el proceso de control del ejercicio profesional, específicamente sobre la praxis, también interviene la Comisión de Salud Pública (CSP). Dicha Comisión es un organismo que funciona en el MSP y sus integrantes son designados por el Poder Ejecutivo. Fue creada a partir de la Ley 9.202<sup>xxi</sup> y le corresponde:

- Dictaminar sobre todas las cuestiones técnicas y administrativas relacionadas con la asistencia e higiene pública, que le sean sometidas por el Ministerio de Salud Pública.
- Juzgar las faltas cometidas por el personal de salud.
- Reprimir el ejercicio ilegal de la medicina.
- Aplicar las sanciones que correspondieren.

En este proceso técnico-administrativo son distintas oficinas técnicas del MSP las que llevan adelante las averiguaciones sobre las posibles faltas previstas por la ley.

Los tipos de sanciones previstas son las siguientes:

1. Observación
2. Amonestación bajo apercibimiento.
3. Inhabilitación parcial del ejercicio profesional.
4. Inhabilitación total del ejercicio profesional.

El plazo máximo de inhabilitación de un profesional es de 10 años. No está previsto en nuestra normativa el retiro del título.

Las sanciones dispuestas por la CSP deben ser notificadas al profesional, al denunciante y a los servicios de salud, e inscriptas en el registro informático de profesionales de la salud (SHARPS).

## Conclusiones

En Uruguay existe una fuerte tradición institucional y social de control del ejercicio profesional en la salud. Ya desde los primeros años de creada la República se evidencian decisiones y normas que demuestran la intención de regular el ejercicio de los profesionales de la salud. Un hito fundamental fue la aprobación de la Ley Orgánica del MSP en 1934. Progresivamente se fue ampliando la normativa y el registro hasta llegar prácticamente a todos los profesionales, técnicos y auxiliares que ejercen en el SNIS en nuestros días.

La recepción de los títulos y certificados a registrar y habilitar está claramente definido y proviene de fuentes concretas: La UdelaR, el MEC y la ANEP-UTU.

Los instrumentos de registro han evolucionado con el tiempo, desde los clásicos libros hasta llegar a los actuales sistemas de información en plataforma web que permiten mantener bases de datos exhaustivas estructuradas de acuerdo a normas MERCOSUR, que incluso permitirán el intercambio de información con otras autoridades sanitaria de la región, en la perspectiva de la aprobación de la libre circulación de profesionales. Se requiere aún avanzar en la transición desde el registro papel al registro informático, y en la mejora de la calidad del dato.

Los mecanismos de control institucional se encuentran claramente definidos, tanto para evitar el ejercicio ilegal de la profesión, como para juzgar casos de mala praxis. En el caso de los médicos se agrega la participación del Colegio Médico a través de su Tribunal de Ética en los caso de posibles faltas éticas durante el ejercicio de la medicina.

## Bibliografía consultada

- La formación en el área de la salud – Lic. Sergio Núñez, MSP, 2011.
- La formación de Posgrados de Medicina en Uruguay – Lic. Ana Larrosa y Lic. Aníbal Suárez, MSP, 2011.
- Perfil de los Sistemas de Salud – Uruguay – OPS/OMS, 2010.
- Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos: El poder de curar. José Pedro Barrán. Ediciones de la Banda Oriental, 1992.
- Informe sobre la evolución de los registros en el MSP - Gonzalo Lucas, MSP, 2012.
- Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud: Desarrollo y presentación de los primeros resultados, MSP, DIGESA, Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud, Febrero de 2010.

## Notas:

- i. El Poder de Curar, José Pedro Barrán, Ediciones de la Banda Oriental.
- ii. Facultad de Medicina de la Universidad de la República: <http://www.fmed.edu.uy/institucional/rese%C3%B1a-institucional/rese%C3%B1a-institucional>
- iii. Decreto 90/006.
- iv. Ley Orgánica de la Universidad No de 1958.
- v. Ver Anexo Tablas, dónde se reseñan las distintas carreras del área de la salud.
- vi. Idem.
- vii. Ley 18.437 del 12 de diciembre de 2008.
- viii. Ver Anexo Tablas, dónde se reseñan los distintos cursos realizados actualmente por escuelas de enfermería.
- ix. Universidades Privadas: se refiere a universidades e institutos privados habilitados por el MEC.

- x. Carreras de posgrado: incluye posgrados (convencionales y residencias), maestrías, doctorados y diplomaturas.
- xi. Cursos: se refiere a cursos de auxiliares de enfermería, de registros médicos, de servicio y de farmacia hospitalaria, cuya duración oscila entre los cuatro meses y los dos años.
- xii. Decreto No 282 del 06/08/07.
- xiii. Normas que disponen la obligatoriedad de estar registrado en el MSP: Ley 9,202 del 12 de enero de 1934; Decreto-Ley 14.294 del 31 de octubre de 1974; Decreto 346/72 del 16 de mayo de 1972; Ordenanza Ministerial Número 16/91 de 10 de junio de 1991; Ordenanza 360 del Ministerio de Salud Pública, del 27/07/2002.
- xiv. Decreto No 282 del 06/08/07.
- xv. Art. 2 Ley 18.591 del 18 de setiembre de 2009.
- xvi. Ordenanza sobre revalidación y reconocimiento de títulos, grados académicos y certificados de estudio extranjeros. UdelAR.
- xvii. [http://www.msp.gub.uy/categoria\\_629\\_1\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/categoria_629_1_1.html)
- xviii. Enumerar
- xix. De acuerdo a lo dispuesto por el Dec. 500/991
- xx. Actualmente lo desarrolla la División Habilitación Sanitaria del MSP a través del Departamento de Evaluación de la Conformidad. El control sobre el personal de salud lo realiza el Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud.
- xxi. Complementada por el Decreto No 213 del 20 de diciembre de 1934.

## ■ ■ El Proceso de Implementación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud del MERCOSUR en Uruguay

### Introducción

En este informe se describirá el proceso llevado adelante para la implementación de la Matriz Mínima de Registro de los Profesionales de la Salud del MERCOSUR (MM) en Uruguay, desde las etapas previas a su aprobación e internalización, pasando por los procesos políticos, institucionales y técnicos vividos hasta el presente para su puesta en práctica. Hemos contado para ello con los invalorable aportes de autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud Pública (MSP) que vivieron el proceso de implementación y colaboraron como actores claves con este informe.<sup>1</sup>

### El proceso político de internalización de la Matriz Mínima

Durante el proceso político llevado a cabo para la internalización de la MM, puede afirmarse que existió desde su inicio voluntad de todos los Estados Parte para ello. Fue un proceso que llevó su tiempo, y que tuvo un gran impulso a partir del año 2005 cuando se generó un ambiente propicio para que todos los países avanzaran en esta propuesta. Esto marcó el inicio de un tiempo de entendimiento en la Sub Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT 11, la cual dio una señal de avance con respecto su implementación.

Las principales dificultades que se debieron afrontar para la internalización de la norma y su posterior implementación fueron las asimetrías en cuanto a la realidad de los Estados Parte, sobre todo Brasil y Argentina, caracterizados por una conformación provincial y federativa, con autonomías y colegios médicos, lo cual hizo dificultosa la unificación de criterios para los registros de profesionales. Esto no sucedió con Uruguay en dónde el ministerio de salud ya unificaba la información del registro de los profesionales de la salud.

La negociación llevada a cabo para acordar la utilización de esta MM llevo a prolongar los tiempos de trabajo de los Coordinadores Nacionales.

Si bien la Matriz Mínima fue aprobada en el SGT 11 en el año 2004, particularmente en Uruguay fue internalizada por Decreto del Poder Ejecutivo No 282/007 de fecha 06 de

1 - Este informe se complementa con el documento "Condiciones para el ejercicio profesional en salud en Uruguay" Lic. Anibal Suárez y colaboradores, Setiembre 2013, OPS/OMS.



agosto del año 2007. No existieron problemas políticos para ello. La demora en ser internalizada fue debido al cambio de gobierno y las nuevas prioridades definidas en el marco de la Reforma de la Salud que se inició en el año 2005.

Lo que más costó fue la implementación. Estuvo marcada por la necesidad de mejorar los sistemas de información y transitar la digitalización, generándose demoras operativas para su concreción.

Esta MM fue pensada inicialmente para todos los recursos humanos de la salud, pero se acordó priorizar algunas profesiones, con la idea de ampliarla luego al resto. Básicamente se comenzó a trabajar a nivel de categorías de profesionales y tecnicaturas.

## La situación en Uruguay previa a la implementación de la Matriz Mínima

Desde los inicios del registro de profesionales de la salud en Uruguay en el Siglo XIX y hasta fines de Siglo XX, el registro se realizaba de forma manuscrita. El procedimiento utilizado consistía en registrar en libros el nombre del profesional y la denominación de la profesión. Posteriormente algunos de estos profesionales eran además ingresados en fichas de cartulina.<sup>2</sup> Estas contenían los siguientes campos:

- Fecha
- Profesión
- Nombre
- Credencial cívica
- Cedula de Identidad
- Domicilio
- Consultorio
- Lugar donde trabaja
- Título División Técnica (Fecha de registro)
- Número de Afiliado a la Caja de Profesionales Universitarios
- Firma del Profesional
- Firma usual
- Especialidad

Posteriormente algunos de ellos fueron modificados ingresándose en las fichas los siguientes datos:

- Profesión
- Fecha de Nacimiento

<sup>2</sup> - En las fichas de cartón eran ingresados los Médicos, Veterinarios, Odontólogos, Químicos Farmacéuticos y Parteras. Con el objetivo de facilitar la posterior búsqueda de estos profesionales se contaba con índice de los libros por profesión y ordenados alfabéticamente. En el caso de que un mismo profesional realizara el trámite de registro de otro título obtenido lo que se hacía era agregar a su registro el nuevo título presentado.

- Apellidos y Nombres
- Cedula de Identidad
- Caja de Profesionales
- Credencial Cívica
- Domicilio
- Teléfono
- Habilitación No (Muchas veces se ingresaba en este campo Folio, Número y Libro)
- Fecha (Fecha de registro)
- Fecha de graduación
- Firma habitual
- Rúbrica

Si el profesional obtenía alguna especialidad o poseía alguna sanción, esta información se ingresaba al dorso de la ficha.

El egresado de cualquier carrera o curso vinculado al área de la salud, iniciaba el trámite de registro en las oficinas del Ministerio de Salud Pública y aportaba sus datos personales además de aquellos vinculados a su título. A pesar de estar en vigencia la Ley No 9202 del año 1934, que establece la obligatoriedad del registro de los profesionales de la salud a los efectos de su habilitación para el ejercicio profesional, existió durante varios años un importante sub-registro en algunas profesiones, así como en las especialidades médicas, por un débil control de la autoridad sanitaria.

Transitoriamente se contó con otro sistema complementario denominado “registro elegible”. Este consistía en que una vez que el profesional habilitaba su título en oficinas del MSP, era anotado y ordenado cronológicamente en un archivo en el cual eran ingresados los siguientes datos: título, domicilio, lugar de preferencia laboral y perfil, con posibilidades de ingreso al mercado laboral. Este mecanismo permitía brindar información a los diferentes servicios de salud cuando estos requerían personal para sus respectivos servicios. A fines de los años 80 esta modalidad de trabajo dejó de funcionar.

La Dirección de Coordinación y Control (DICOCA) tenía el cometido del registro y habilitación de profesionales de la salud, y la información recabada era utilizada en solicitudes puntuales de oficinas internas del propio Ministerio de Salud Pública con fines de control y registro, así como para conocer la cantidad de personas que figuraban con determinada profesión. Para la obtención de la información se trabajaba clasificando y contabilizando los datos de forma manual.

Posteriormente en el año 2001 fue creado el Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud. En el año 2002 inició un proceso de reestructura interna de y transición que apuntó principalmente al registro del título en formato digital,<sup>3</sup> dejando paula-

---

3 - La información era mínima, ya que muchas veces se contaba con datos como nombre, cédula y en algún momento credencial cívica y firma. En caso de actuar un apoderado, no se contaba con cédula de identidad del profesional que registraba su título. Además de estar muchos de los libros y fichas con un notorio deterioro.

tinamente la forma manuscrita de registro.<sup>4 5</sup> En el año 2006 se decidió un corte definitivo del formato papel para pasar a un sistema electrónico único de registro.<sup>6</sup>

## La implementación de la Matriz Mínima en Uruguay

Cuando en el año 2007 se internalizó en Uruguay la MM, se requirió actualizar el sistema de información de recursos humanos del Ministerio de Salud Pública. En lo que refiere al registro de los títulos, se elaboró el “árbol de títulos”, una estructura informática que permitió ordenar racionalmente la información referida a las instituciones formadoras y los títulos que estas expedían, ingresándose los datos siguiendo un determinado procedimiento. Este proceso implicó completar los siguientes campos: Título (nombre del título), Denominación, Origen, Categoría, Subcategoría<sup>7</sup>. Paulatinamente se ingresaron nuevos títulos en el “árbol de títulos”.

Debido al contexto y a una realidad propia que transitaba el país, se planteó integrar un campo relacionado con las migraciones, con el cual se puede medir la intención de migrar de los profesionales de la salud entre los países miembros. Este dato no conforma la MM común, pero sí fue un campo incluido en el sistema informático de nuestro país.

Si bien en Uruguay ya se venía procesando la informatización del registro, este se hacía con un conjunto de campos mínimos. Cuando se internaliza la MM se incorpora un conjunto de mayor de campo. Es así que se creó otro campo - no pautado en la MM - que releva la forma de obtención del título del profesional,<sup>8</sup> pudiendo además especificar de qué país procedía ese título.

La internalización de la MM impactó en el Sistema de Registro de profesionales. Si bien hacía 12 años se había comenzado a registrar algunas profesiones de forma digital, la aprobación de la MM requirió el diseño y la puesta en producción de un nuevo sistema de información, el Lotus Notes 6.5 que posibilitaba el almacenamiento de mayor cantidad de campos que los sistemas anteriores, para de esta forma ajustarse a lo exigido por la MM.

En el marco de la Reforma de la Salud y del fortalecimiento de la Rectoría sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en el año 2008 se realizó el Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud, con la finalidad de superar las debilidades históricas

4 - En el año 2002, la Dra. Rosa Santisteban fue designada para llevar adelante la transición del formato papel al informático. Además integró desde el año 1998 y hasta 2008 la Sub-Comisión del Ejercicio Profesional SGT-11.

5 - A partir del año 1995 se comenzó a utilizar el sistema informático (D.O.S) y se ingresaron Médicos, Odontólogos, Química y Farmacia y Veterinaria. El resto de los profesionales se continuó registrando en fichas y libros. Luego se puso en funcionamiento el sistema Lotus desarrollado en Visual Foxpro, allí se ingresaron servicios, prestadores y algunos profesionales de la caja de profesionales.

6 - En julio del 2006 se puso en funcionamiento el Lotus.Notes 5.0 en régimen de intranet. Este sistema solamente permitía registrar un título por persona.

7 - El árbol de títulos está formado en 4 niveles de desagregación. Primero están los Orígenes que son las entidades que expiden títulos, para cada origen existen categorías que son las Escuelas, Institutos etc. donde se cursan las carreras. A su vez cada Categoría puede o no tener sub categorías asociadas, en caso que no tenga se ingresa una sub categoría con el nombre vacío. Cada sub categoría tiene asociados los títulos. A su vez, pero de forma paralela, cada título tiene una denominación que es el agrupador por el cual títulos de distintas escuelas, orígenes, etc. se pueden comparar.

8 - Actualmente en el sistema informático (SHARPS) se relevan las siguientes formas de obtención: Competencia Notoria, Revalida, Curricular, Actuación Documentada, Canje de Certificado a Título, Conversión, Competencia Notoria por Actuación Documentada, Resolución MSP y Reconocimiento.

de registro y habilitación de los recursos humanos en salud. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública se fortaleció en su rol rector, debilitado previo al inicio de la Reforma de la Salud.

Actualmente la MM constituye la base del Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS), un nuevo sistema que corre en plataforma web, adquirido en el año 2009 y puesto en producción en abril del 2011. Este nuevo sistema brinda la posibilidad de transversalizar la información entre las diferentes áreas del Ministerio de Salud Pública, y el acceso externo desde otras dependencias públicas. Próximamente permitirá establecer un diálogo con los sistemas de información de las autoridades sanitarias de los demás Estados Parte del MERCOSUR.

## Conclusiones

El crecimiento y la incorporación de nuevas profesiones en el área de la salud en Uruguay exigieron una mejora en el manejo de la información y la obtención de datos actualizados ya que la información en los libros era parcial. En este sentido es que se fueron incorporando distintos sistemas informáticos.

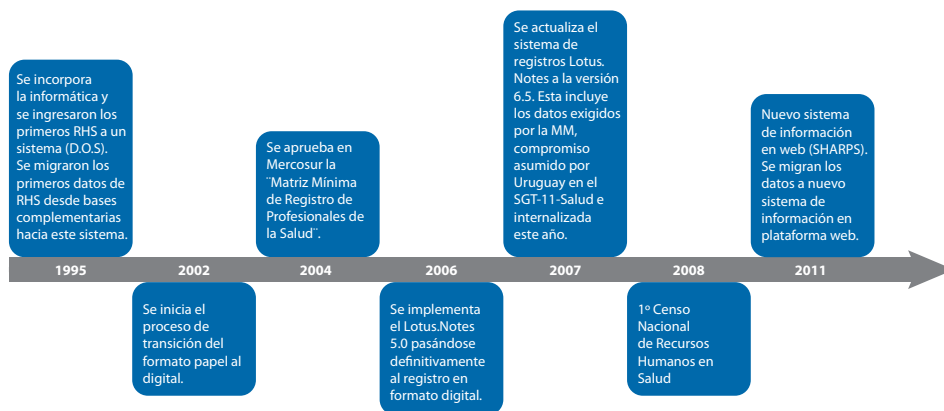
Coincidiendo con ello, la puesta en marcha de la Reforma de la Salud en el año 2005 marcó el inicio de un proceso de trabajo hacia el desarrollo del personal de salud, que requirió contar con mayor y mejor información a efectos de la planificación y la gestión de los mismos.

La internalización y la implementación de la MM en los distintos Estados Parte tuvieron distintas etapas y características, dependiendo de la estructura institucional y administrativa de cada uno de ellos, así como del grado de avance en el ejercicio de la rectoría sobre los recursos humanos por parte las distintas autoridades sanitarias.

En nuestro país, la implementación de la MM implicó un cambio en la gestión de los datos y en el desarrollo de los sistemas de información. El cambio en la herramienta del registro de los profesionales trajo una mejora en la calidad de los datos, se pudo recabar más información y tener un notorio mejoramiento de la gestión.

A nivel regional, la aprobación y la implementación de la MM significan avances fundamentales de cara a la libre circulación de los profesionales de la salud en el MERCOSUR, y posibilitarán una mayor coordinación entre las autoridades sanitarias de los Estados Parte, profundizando así el proceso de integración regional.

## Evolución histórica de los Sistemas de Registros de los Profesionales de la Salud en el MSP



### ● Actores Claves entrevistados

- **Dr. Gilberto Ríos**- Coordinador Nacional del SGT 11 desde el 2005 al 2011. Sub Director General de Salud (2005-2010) y Director General de Salud (2010-2011).
- **Dra. Rosa Santisteban** – Punto focal en la Sub Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT 11 (1998-2008). Directora del Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud (2002-2009).
- **Soc. Adriana Ghüisolfi** – Punto focal en la Sub Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional del SGT 11 (2008-2011). Técnica del Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud (2005-2011).
- **Sra. Dinorah Peralta** – Jefa Administrativa del Sector Registro de Profesionales de la Salud (1996-2005). Jefa Administrativa del Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud (2005-2006).

### ● Pauta de Entrevista al Dr. Gilberto Ríos

1. ¿Desde cuándo participó y cuál fue su rol dentro del SGT 11 Salud?
2. ¿Existió voluntad política de todos los estados parte en el proceso de aprobación de la Matriz Mínima?
3. ¿Cómo fue el proceso y cuáles fueron las principales dificultades que se debieron afrontar para la internalización de la norma y la implementación de la Matriz Mínima?
4. ¿Contribuyó la Matriz Mínima en la armonización de la normativa de los estados parte sobre el ejercicio profesional?
5. ¿En el período que usted fue Coordinador Nacional del SGT 11, se hizo un seguimiento de la implementación?
6. ¿La Matriz Mínima fue pensada para la formación universitaria, o para todos los RRHH en salud?

● **Pauta de Entrevista a la Dra. Rosa Santisteban**

1. ¿Desde cuándo participó y cuál fue su rol dentro del SGT 11 Salud?
2. ¿De cuál de los estados parte surgió la propuesta de la Matriz Mínima?
3. ¿Cuál fue el objetivo de la creación de la MM?
4. ¿Hubo un consenso inmediato de los Estados Parte sobre la propuesta, o fueron necesarias varias instancias de trabajo del SGT 11 Salud para llegar a un acuerdo?
5. ¿Cómo se definieron y con qué criterios las variables a incorporar en la MM?
6. ¿Cuándo se firmó el acuerdo de implementación de la MM?
7. Hasta su participación en el SGT 11 Salud, ¿cuántos Estados Parte lo implementaron?
8. ¿Se acordó relevar algún otro tipo de información adicional a la de la MM?
9. ¿Cómo fue el proceso de internalización de la MM en el país?
10. La implementación de la MM ¿implicó un cambio en la gestión y desarrollo de los sistemas de información?

● **Pauta de Entrevista a la Soc. Adriana Ghüisolfi**

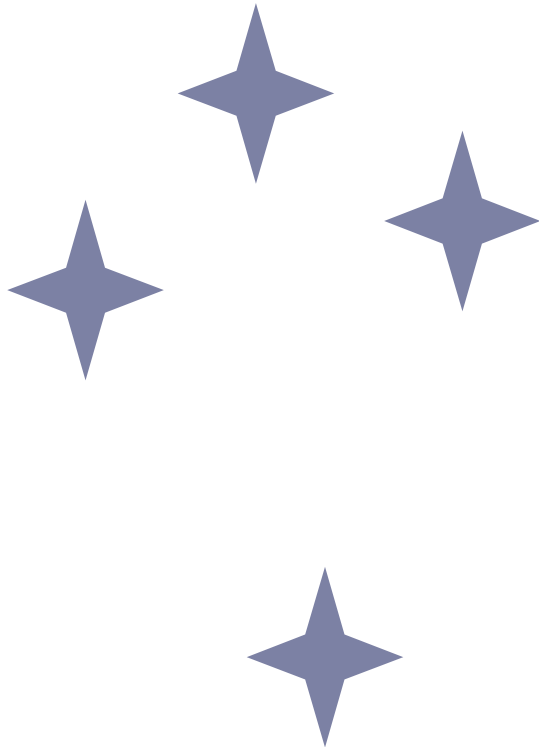
1. ¿Desde cuándo participó y cuál fue su rol dentro del SGT 11 Salud?
2. ¿De cuál de los estados parte surgió la propuesta de la Matriz Mínima?
3. ¿Hubo un consenso inmediato de los Estados Parte sobre la propuesta, o fueron necesarias varias instancias de trabajo del SGT 11 Salud para llegar a un acuerdo?
4. ¿Cómo se definieron y con qué criterios las variables a incorporar en la MM?
5. ¿Se acordó relevar algún otro tipo de información adicional a la de la MM?
6. La implementación de la MM ¿implicó un cambio en la gestión y desarrollo de los sistemas de información?

● **Pauta de Entrevista a Dinoraht Peralta**

1. ¿En qué periodo de tiempo estuvo vinculada al Depto. de Registros?
2. ¿Qué rol desempeñó?
3. ¿Cómo eran los sistemas de registro de profesionales en ese entonces?
4. ¿Para qué se utilizaba la información recabada sobre los profesionales de la salud?
5. ¿Participó en alguna etapa de la implantación de la Matriz Mínima?



## Conclusiones y lecciones aprendidas



El desarrollo e implementación de la Matriz Mínima en los estados parte del MERCOSUR, como se ha visto a lo largo de las exposiciones de cada uno de los países y la dinámica de funcionamiento de la Subcomisión de Desarrollo del Ejercicio Profesional del SGT-11, nos permite compartir una serie de reflexiones finales que analizaremos bajo los siguientes ejes:

1. Encuadre político de los Estados Parte en el proceso de integración en el MERCOSUR a lo largo de la historia del bloque.
2. Características diferenciales de los países presentes en este trabajo desde el punto de vista de sus dimensiones y estructura política.
3. Modalidades de regulación del ejercicio profesional, así como la articulación Educación-Salud en cada uno de los Estados Parte.
4. Impacto que genera la MMM en los procesos de negociación del MERCOSUR
5. Incidencia de la MMM en el libre tránsito de profesionales entre los Estados Parte.
6. Interrelación entre la implementación de la MMM y los procesos de fortalecimiento de la capacidad regulatoria de los Estados Parte en relación al ejercicio profesional y al desarrollo de políticas en RRHH en salud en los mismos.

## 1. Encuadre político

El proceso de integración, desde los comienzos del MERCOSUR en la década del '90 y lo transcurrido en ya más de una década de este siglo, muestra una significativa evolución en el encuadre político. Los cambios pueden observarse claramente si se comparan las resoluciones a lo largo del período. La resolución GMC 4/98 establecía lo siguiente para el campo de los RRHH en Salud: Armonizar/compatibilizar las legislaciones en el área de la salud identificadas como necesarias al proceso de integración y aquellas que se identifiquen como obstáculos a los flujos de comercio intra MERCOSUR.

Ya la Resolución GMC 2001 reafirma la búsqueda de herramientas necesarias para el proceso de integración. Y es en ese contexto que surge en el año 2004 la resolución de MMM, no sólo como un proceso de intercambio de información para los flujos de comercio, sino de armonización de la regulación del ejercicio profesional.



La Resolución GMC 2005, al explicitar la necesidad de promover y gerenciar propuestas de cooperación que busquen la integración regional en el Sector Salud, reafirma la voluntad política de propender al proceso de integración asegurando la igualdad de oportunidades para el acceso a los Servicios de salud por parte de los ciudadanos del MERCOSUR

La definición de las pautas de acción, específicas para la temática, han sido analizadas en los capítulos previos. Pero lo que claramente establece ese proceso de cambio, son los cambios en las orientaciones políticas de los gobiernos de la región, con un llamamiento no sólo a una integración comercial, propia de los comienzos, sino además a una integración y a la búsqueda del bienestar y de los derechos a la salud de los pueblos.

Esto, llevado al campo de los RRHH en salud, trasunta no sólo la búsqueda de mecanismos que permitan el libre tránsito de profesionales de la salud, sino también armonizar la calidad del RRHH en cuanto a su formación y la igualdad de oportunidades para dichos profesionales, así como la igualdad de accesibilidad de la población a los Servicios de Salud.

La pauta negociadora del año 2007 establece claramente la voluntad política de avanzar en la identificación y especificación de las profesiones priorizadas en función de las necesidades y de las políticas de salud de los Estados Parte. Esta definición, que orienta el accionar de la subcomisión en el SGT11 en estos últimos años, dimensiona adecuadamente la voluntad política de los Estados parte y sitúa a la MMM como herramienta fundamental para el logro de eso objetivos.

## 2. Características diferenciales de los Estados parte

El MERCOSUR se caracteriza por estar integrado por países que presentan significativas diferencias. Desde diferencias poblacionales y superficies territoriales concomitantes, como por ejemplo Uruguay y Brasil, por ir a los extremos, como en su organización política, centralizada o federal. Se incluye entre estas diferencias, la presencia y el diferente grado de interrelación entre el Estado y los Consejos y Asociaciones profesionales.

Estas diversas características también presupone distintas alternativas a la hora de internalizar las normativas aprobadas por el GMC. La cantidad y diversidad de actores que participan o inciden tienen directa relación al tamaño de los países y a su estructura centralizada o federal. Sin embargo, los acuerdos MERCOSUR pueden constituir una buena plataforma para articular el proceso de armonización al interior de los Estados Parte.

La implementación de la MMM en los Estados Parte y su seguimiento permanente constituye tema de análisis en todas las reuniones ordinarias y ha permitido observar como ha influido con diversa intensidad pero de manera sistemática en los procesos de reorganización de la regulación del Ejercicio profesional en los Estados Parte. Entre ellos, se explicita en el caso de Uruguay, se observa un cambio en la obtención, sistematización y gestión de datos, así como en el desarrollo de sistemas de información.

## 3. Modalidades de regulación del ejercicio profesional

En la diversidad de actores, referidas en el punto anterior, la implementación de la

MMM en los Estados Parte incide mucho la modalidad de regulación del ejercicio de las profesiones que presenta características disímiles.

En Uruguay, la regulación del ejercicio profesional está integralmente a cargo del Ministerio de Salud de forma centralizada. En el caso de Argentina, se sostiene un modelo mixto, con rectoría a cargo de cada provincia por la característica federal y dentro de cada una de ellas puede estar delegada o no, a través de Colegios de profesionales establecidos por leyes de las legislaturas provinciales, estableciendo una mapa de regulación diverso entre las provincias y para cada una de las profesiones. Por último, el caso de Brasil por leyes federales se establece la colegiación de las profesiones de la salud con aplicación en los 27 estados brasileños y del mismo modo para todas las profesiones. Estas distintas modalidades han sido ampliamente explicitadas en la descripción de cada país realizada en capítulos anteriores.

Del mismo modo, cada país presenta diversidades importantes respecto de la articulación con los espacios formadores de universidades y escuelas de formación de técnica. Ellas están vinculadas a la cantidad de espacios formadores, a la autonomía universitaria, a la validación nacional de las formaciones de grado universitario (técnicos o auxiliares) así como en la coordinación y rectoría de los Ministerios de Educación en cada Estado Parte hacia los espacios formadores y su interacción con los Ministerios de Salud.

Asimismo la formación de especialistas para las distintas profesiones de la salud con énfasis en las especialidades médicas presenta aristas diferenciales. Entre ellas, la perspectiva de cuáles son las especialidades reconocidas en los Estados Parte, en la modalidad de formación de especialistas y en cómo se legitiman dichas especialidades.

Este breve panorama pretende resumir lo desarrollado por cada una de las presentaciones de los Estados Parte, y abona la importancia que tiene una herramienta de registro como la MMM en este proceso de integración regional, como lo es el MERCOSUR.

#### **4. Impacto que genera la MMM en los procesos de negociación del MERCOSUR**

Los cambios producidos en las pautas negociadoras, pasando de un intercambio de bienes y servicios hacia un proceso de integración regional que redunde en beneficio de las poblaciones de los Estados Parte, ha permitido que la MMM se transforme no sólo en un instrumento para intercambio de información de profesionales, sino que induce a la necesidad de profundizar el análisis de la formación de los profesionales en los Estados Parte y, en definitiva, sobre la calidad de los mismos.

La centralidad de la MMM en este proceso se refleja en que en todas las reuniones ordinarias del SGT-11 MERCOSUR y figura en agenda el análisis de las implementaciones de la misma en los Estados Parte. Del mismo modo, las matrices comparativas de profesiones y especialistas que viene desarrollando la Subcomisión han sido diseñadas a la luz de la estructura de la MMM.

## 5. Impacto que genera la MMM en el libre tránsito de profesionales entre los Estados Parte

En este ítem justo es decir que todavía no ha habido una utilización concreta de la MMM para estos fines y hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones.

El libre tránsito de personas fue prefijado como una prerrogativa para el año 2015 en el ámbito del MERCOSUR. Para los profesionales de la salud esto tiene que ver con el reconocimiento en los Estados Parte de los títulos que cada profesional detenta y la posibilidad de valorar el ejercicio de su profesión en su país de origen.

En cuanto al reconocimiento de títulos se importante destacar que el mayor obstáculo al libre tránsito obedece a que no existen mecanismos de reconocimiento recíproco de títulos de profesionales de la salud entre los Estados Parte. Hoy día se continúa con el mecanismo tradicional de reválida de títulos. En ninguno de los Estados Parte la reválida es un proceso sencillo y de corta duración, aunque es importante considerar la iniciativa de Brasil a partir del Programa de Reválida con un procedimiento común dado por el Instituto Nacional de Pesquisas y Estudios Educativos.

Como paradoja, todos los Estados Parte tienen convenios de reconocimiento recíproco de títulos con países extra MERCOSUR, lo que constituyen un contrasentido importante. Se debería avanzar en procesos de convalidación y reconocimiento entre los Estados Parte, proceso que existe entre algunos Miembros del MERCOSUR y miembros no plenos del mismo, por ejemplo: Chile, Bolivia, Colombia, etc.

Las líneas que se están trabajando para facilitar estos reconocimientos son fundamentalmente dos. La primera de ellas es la acreditación MERCOSUR de instituciones académicas de grado universitario bajo una modalidad de acreditación consensuada. Esto claramente permite equipar la calidad de la formación y constituiría el paso previo a que la titulación emanada de dichas instituciones tuviera reconocimiento en todos los Estados Parte en forma automática con características similares al proceso que se desarrolla en la UE

La otra línea en estudio implicaría acelerar los mecanismos de reválidas en los Estados Parte. Ésta no es una modalidad de fácil articulación, en función de las reglamentaciones de cada Estados Parte y la multiplicidad de actores involucrados en cada Estados Parte.

Los mecanismos de reconocimiento recíproco que cada Estados Parte tiene con países extra MERCOSUR es una alternativa no contemplada en los actuales procesos de negociación, dado que excede a los análisis técnicos del SGT-11 y están supeditados a decisiones políticas de los gobiernos. No obstante, si el mecanismo de Acreditación de carreras MERCOSUR avanzara fuertemente constituiría un fuerte soporte al reconocimiento recíproco.<sup>1</sup>

1 - Se encuentra en desarrollo el Mecanismo Experimental de Acreditación de Carreras de Grado Universitario (MEXA). Los representantes de las agencias de acreditación de los EPPP, CONEAU de la Argentina, CONAES e INEP de Brasil, ANEAES de Paraguay, CNA de Chile, el Ministerio de Educación Superior de Venezuela y una comisión representativa de Uruguay elaboraron el "Memorandum de entendimiento sobre la creación e implementación de un sistema de acreditación de carreras universitarias para el reconocimiento regional de la calidad académica de las respectivas titulaciones en el MERCOSUR y Estados asociados". Este documento constituirá el marco normativo para la implementación del sistema ARCUSUR (Acreditación Regional de Carreras Universitarias del Sur), que iniciará sus actividades con las carreras del Enfermería, Veterinaria, Arquitectura y Odontología, a la vez que retomará

¿Cómo puede contribuir la MMM al libre tránsito de profesionales de la salud? Fundamentalmente en 2 aspectos. Al estar estandarizada la información de la misma permite que los responsables del Control del ejercicio de cada profesión puedan conocer la trayectoria del profesional en su país de origen. Del mismo modo incorpora un elemento muy importante en la gestión de RRHH cual es el fenómeno migratorio y su impacto en los Estados Parte y/o en subregiones de los mismos. Tecnológicamente hoy existen avances tecnológicos que permitirían que el proceso de consulta entre los Estados Parte se pueda hacer rápidamente a través de conexiones web services entre los registros de cada uno de ellos.

Un ejemplo de potencial utilización de la MMM lo constituye el programa “Mais Médicos”. Los datos de mayo de 2013 informan que Brasil tiene 1,8 médicos por habitante, lo que llevó a priorizar el programa “Mais médicos” y a revisar los procesos reconocimiento de títulos de profesionales médicos extranjeros, como se detalla en el capítulo de Brasil. Dicho programa, implementado en Brasil en función de sus necesidades de poder brindar a toda la población accesibilidad a la atención médica imposibilitada en muchos municipios del país por la inadecuada cantidad y distribución de médicos, ha producido la integración de médicos provenientes de diversos países, con especial relevancia de Cuba.

También algunos profesionales médicos de países del MERCOSUR se han incorporado en forma espontánea al programa “Mais Médicos”. El mecanismo de consulta entre los Estados Parte a partir de la implementación de la MMM no fue utilizado, debido a dificultades técnicas y operativas. Sin embargo, su utilización hubiera permitido corroborar la identidad, registro y eventuales sanciones de los profesionales, así como su radicación y desarrollo profesional en el país de origen, ya que si bien Argentina y Uruguay, por ejemplo, tienen un número de médicos suficiente, su distribución territorial adolece de los mismos inconvenientes que en otros países. Es deseable, entonces, que ante desarrollos de programas y actividades de los Estados Parte sean utilizados los instrumentos desarrollados en MERCOSUR, cuando esos programas o actividades puedan involucrar a profesionales de los otros Estados Parte.

## **6. Interrelación entre la implementación de la MMM y los procesos de fortalecimiento de la capacidad regulatoria de los Estados parte en relación al ejercicio profesional y al desarrollo de políticas de RRHH en salud**

Es quizás en este punto donde se advierten los mayores beneficios de la implementación de la MMM en los Estados Parte. Cabe aclarar no obstante lo antedicho que son varios los factores concurrentes en este proceso, tal vez más importantes que la MMM, pero no se puede negar el efecto dinamizador que la misma ha tenido en este proceso.

---

las acreditadas anteriormente por el MEXA (Medicina, Ingeniería y Agronomía).

En el año 2002, la XXII Reunión de Ministros de Educación de los países del MERCOSUR, Bolivia y Chile, firmaron los acuerdos elaborados por las diversas comisiones y se aprobaron los estándares comunes, documentos y procedimientos que dan inicio a la convocatoria para el MEXA. El cronograma diseñado en una primera etapa abarca a las carreras de Agronomía, Ingeniería y Medicina. Se crearon Comisiones Consultivas de Expertos (CC) para cada una de las tres carreras, integradas por tres miembros por cada uno de los países. En el caso argentino, se requirió además la nominación de un titular y un suplente al Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) al Consejo de Rectores de Universidades Privadas (CRUP) y al sector profesional respectivo

En primer lugar, los cambios políticos de este siglo en los Estados Parte han establecido el fortalecimiento del Estado como garante del bien común con un énfasis muy importante en la capacidad regulatoria del Estado. No es casual que en este período que se vaya consolidando el SUS en Brasil, que surja la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay y que en Argentina se afiance la Rectoría del Sector Salud a través del MSN y los ministerios provinciales y del Plan Federal de Salud con sus diversos componentes

La implementación de la MMM en los Estados Parte pone de manifiesto el estado real de los Sistemas de control del Ejercicio Profesional en los mismos y su viabilidad como herramientas para el desarrollo de políticas de RHH acorde a las necesidades de la población.

Con la construcción de la MMM se ha visualizado, con distintos matices y en algunos casos, el grado de obsolescencia de muchos registros de los Estados Parte, tanto en los datos que lo conformaban, como en la modalidad de registro de los mismos. También, y sobre todo en los países más grandes y federales, se ha verificado la dispersión de registros sin articulación entre sí. Como expresamos anteriormente, este panorama dificulta en buena medida el control del Ejercicio profesional y la mayor coherencia en la formulación de políticas de RRHH.

Del mismo modo también dinamiza la articulación entre Salud y Educación con el objetivo de establecer pautas que permitan acercar lo que se forma a lo que se necesita formar.

En Argentina, estimulados por la MMM, se va consolidando la Red Federal de Registros de Profesionales –REFEPS - que integra a todos los registros de todos los profesionales y profesiones existentes a nivel nacional y provincial, incluyendo los registros que poseen los Colegios con Ley en las jurisdicciones. Ello permite un mejor contralor del ejercicio profesional y representa una herramienta de indudable valor para la gestión y el desarrollo de políticas de RRHH en salud.

Esta Red Federal de Registros (REFEPS), permitió actualizar uno de los indicadores básicos de la cobertura en salud en la Argentina. Este número, debido a la complejidad del sistema de salud y su carácter federal, sólo había podido ser estimado a través de los datos de los censos de población, por lo tanto, la última estimación fue realizada con datos del Censo 2001 y publicada en el 2005.

Con los datos relevados por el REFEPS se realizó un estudio para establecer el número de “médicos en edad activa” que dio como resultado al 31-12-2012: **160.041 médicos, es decir, 3.88 por mil habitantes**. Como se puede apreciar, la posibilidad de arribar a un cálculo confiable del número de profesionales médicos en edad activa no resultaba, hasta este momento, sencilla en función de las distintas fuentes de datos disponibles.<sup>2</sup>

En Brasil, se ha utilizado una estrategia particular, con una evaluación cualitativa de la percepción de los distintos actores con incidencia en el manejo de la información y en el contralor del ejercicio profesional. Para reforzar el papel del Estado en la regulación, se creó una Cámara de Regulación, con la representación de estos actores.

En Brasil, actualmente, se discute la implementación de la MMM con los actores del

2 - [www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_fuerza\\_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Informe\\_Medicos\\_2012\\_Argentina.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Informe_Medicos_2012_Argentina.pdf)

Sector en el Foro Permanente MERCOSUR por el Trabajo en Salud y en ese ámbito se ha realizado una evaluación de las percepciones y grado de conocimiento de los actores sociales, con aplicación de cuestionario auto-administrado de opinión, del cual se presentan los resultados así como las dificultades en la conformación de la muestra por ausencia de algunas organizaciones relevantes.

En Uruguay, y en el marco de la Reforma del Sistema de Salud, la MMM contribuye a la modernización del registro. Desde el punto de vista operativo, se pasó del registro en libros a la informatización de las informaciones. Desde el punto de vista institucional, constituyó un disparador del censo de profesionales establecido en el 2007. Ello llevó a que una cantidad importante de trabajadores de salud que no se encontraban registrados lo tuvieran que hacer, a aumentar el contralor del Ministerio de Salud Pública así como a contar con datos ante la demanda creciente de recursos humanos en el mercado de trabajo. Asimismo, se sistematizaron informaciones acerca de los cursos de formación, residencias y titulaciones existentes en el país.

Entre los avances actuales, se destaca la puesta en producción del SHARPS en 2011 sobre plataforma web, incluyendo el proceso de mantenimiento y gestión del sistema y la designación de un responsable de dicha gestión en coordinación con la División de Sistemas de Información.

Es obligación reiterar que no debemos atribuir todos estos cambios a la MMM, sino a la voluntad política de los Estados Parte, en la que esta herramienta contribuyó a poder analizar el estado de la capacidad regulatoria del Estado y colaboró para el diseño de estrategias de fortalecimiento del rol del Estado.

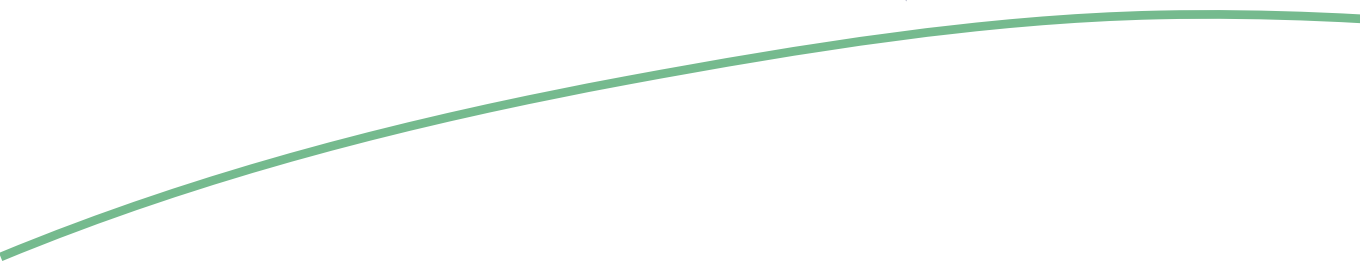
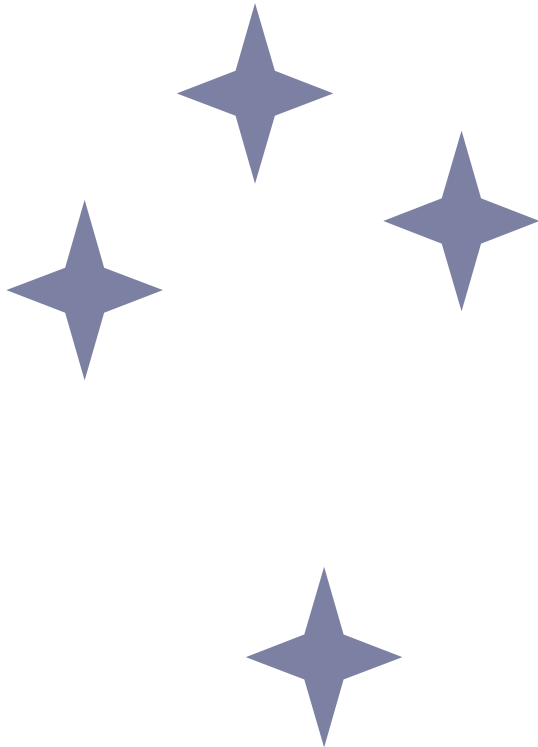
## Reflexiones finales

Los procesos de integración son procesos con una dinámica compleja. En muchos momentos es oscilante, con avances y retrocesos, con repetición de instancias, y con velocidades distintas bajo las directivas políticas de cada gobierno. Para los actores involucrados, es necesaria mucha paciencia, memoria y vocación de integración. Pero la integración es también una gran instancia de aprendizajes, dado que las experiencias de los otros terminan siempre mejorando al todo y cada una de las partes que la integran. Aún siendo un proceso largo, los resultados progresivos son siempre un avance para cada Estado y en la integración regional.

La MMM no es más que una herramienta. Pero utilizada como hasta ahora por los Estados Parte y, desde ahora en adelante, profundizando más y mejor su aprovechamiento, contribuirá no sólo al fortalecimiento de los Estados Parte, sino al desarrollo de las políticas de recursos humanos de salud y fundamentalmente al bienestar de los ciudadanos. Corresponde al SGT-11, específicamente a la Subcomisión de Desarrollo del Ejercicio Profesional, seguir profundizando este camino para el proceso de integración regional.



## Anexos



## ■ ■ MERCOSUR

Resolución MERCOSUR (GMC N° 27)

"Matriz Mínima de registro de Profesionales de la Salud"

MERCOSUR/GMC/RES. N° 27/04



### MATRIZ MÍNIMA DE REGISTRO DE PROFESIONALES DE SALUD DEL MERCOSUR

VISTO: El Tratado de Asunción, el Protocolo de Ouro Preto y la Resolución N° 91/93 del Grupo Mercado Común.

#### CONSIDERANDO:

Que los organismos de registro de los profesionales de la salud en cada uno de los Estados Partes no cuentan en la actualidad con información mínima armonizada.

Que resulta necesario estandarizar la información de los profesionales de la salud que se registra en cada uno de los Estados Partes.

Que algunos Estados Partes no cuentan con registros nacionales susceptibles de ser homologados entre sí.

Que es imprescindible definir parámetros, sobre los cuales avanzar, para la implementación y puesta en marcha del "Registro de Profesionales de la Salud en cada Estado Parte".

Que entre esos parámetros es esencial establecer, entre otros extremos, la autoridad o entidad que controlará y hará operativa la base de datos, la necesidad de los Estados Partes, cuando corresponda, de consensuar la implementación de la Matriz con las instancias internas competentes, la determinación de los sujetos habilitados para consultar el mencionado registro, y la reciprocidad de la información.

Que, en los términos del Tratado de Asunción, el MERCOSUR tiene como uno de sus fines la libre circulación de profesionales.

#### EL GRUPO MERCADO COMÚN RESUELVE:

Art. 1 - Aprobar la "Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR" que consta como Anexo I y forma parte de la presente Resolución.

Art. 2 - Aprobar el "Instructivo para la carga de datos que los órganos competentes de los Estados Partes deberán observar al completar la información requerida por la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR", que consta como Anexo II de la presente Resolución].

Art. 3 - Los Estados Partes deberán incluir como información mínima para el Registro de los Profesionales de la Salud, los datos indicados en la Matriz Mínima de

A collection of handwritten signatures and initials, including a large signature at the top, a signature in the middle, and initials "C. C." and "A." at the bottom.





Registro de Profesionales de la Salud del MERCOSUR que constan en el Anexo de la presente Resolución.

Art. 4 - Los Estados Partes implementarán la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR a través de los siguiente organismos, los cuales estarán encargados a su vez, de operar y controlar la base de datos, asegurar la publicidad de la misma e intercambiar información con los órganos correspondientes de los demás Estados Partes:

- Argentina: Ministerio de Salud
- Brasil: Ministério da Saúde
- Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
- Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Art. 5 - Los Estados Partes se comprometen a implementar la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR, antes del vencimiento del plazo establecido en el artículo 8, a través de las instancias competentes, según la estructura interna de cada país.

Art. 6 - Los Estados Partes se comprometen a intercambiar la información de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR, a través de los organismos citados en el artículo 4, los cuales quedan autorizados a pedir y brindar la información mencionada.

Los Estados Partes, de conformidad con la presente Resolución, podrán mantener o crear complementariamente Registros Provinciales, Estatales y Departamentales de Profesionales de la Salud.

Art. 7 - Los Registros de Profesionales contendrán todos los datos de profesionales de la salud que ejerzan o intenten ejercer su profesión en el exterior y/o que trabajen en zonas, municipios o jurisdicciones de frontera. No obstante, cada Estado Parte podrá incluir en esos registros, en forma optativa, los datos de la totalidad de los profesionales de salud que ejerzan en el país.

Art. 8 - Los Estados Partes del MERCOSUR deberán incorporar la presente Resolución a sus ordenamientos jurídicos nacionales y adoptar las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas necesarias para su cumplimiento, antes del 30/VI/05.

LV GMC – Brasilia, 8/X/04

ANEXO I  
MATRIZ MÍNIMA DE REGISTRO DE PROFESIONALES DE LA  
SALUD DEL MERCOSUR



Código | | | - | | - | | | | | | | | | | |

Nombre ..... Apellidos .....  
Tipo y Nº de Documento de Identidad..... Fecha de Nacimiento / /  
Ciudad y País de Nacimiento.....  
Nacionalidad..... Sexo .....  
Profesión .....  
Título/Diploma/Certificado.....  
Institución formadora.....  
Fecha ...../..... Ciudad .....País.....  
Nº Registro Profesional...../Jurisdicción.....  
Fecha de registro / /

Observaciones.....

Formación de Postgrado

Título/Diploma/Certificado .....  
Institución formadora .....  
Fecha ...../..... Ciudad .....País .....  
Nº Registro Profesional...../Jurisdicción.....  
Fecha de registro / /

Reválida de Título/Diploma/Certificado.....

Institución .....  
Fecha ...../..... País .....

Registro de Título/Diploma/Certificado en otro País del MERCOSUR

País .....Fecha ...../...../.....

DATOS RESERVADOS

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

Domicilio Particular  
Calle.....Nº.....  
Ciudad .....Provincia.....País.....  
Código Postal.....Teléfonos .....  
E-mail.....

Sanciones

Tipo..... Fecha ...../...../.....  
Motivo .....  
Institución que impone la sanción.....

ANEXO II  
INSTRUCTIVO PARA LA CARGA DE DATOS DE LA MATRIZ MÍNIMA DE  
REGISTRO DE PROFESIONALES DE LA  
SALUD DEL MERCOSUR



**Instructivo**

- 1) **Código:** el Código de identificación estará formado por dos dígitos que identifican al país, separado por un guión se completará con un número o un dígito que identifica el tipo de documento, y seguido de un guión se deberá cargar el número del documento del país de origen. Los Estados Partes consensuarán en Resoluciones complementarias a la presente, la conformación del código mencionado.

_ _ _	-	_	-	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Identificación del país		Tipo de Documento		Nº de identificación del país de origen

- 2) **Nombre/Apellido:** deberá llenarse con los nombres y apellidos que figuren en el documento seleccionado por cada Estado Parte para conformar el número de Código del punto 1.
- 3) **Documento de Identidad:** deberá llenarse con el documento del país que registra.
- 4) **Fecha de nacimiento:** deberá ocupar dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año.
- 5) **Ciudad y País de nacimiento:** deberá completarse con la localidad y el país de nacimiento del profesional registrado.
- 6) **Nacionalidad:** se completará con la nacionalidad del profesional registrado.
- 7) **Sexo:** se completará con femenino o masculino, de acuerdo a lo que surja de la documentación presentada por el profesional registrado.
- 8) **Profesión:** Deberá completarse con el nombre de la profesión que el registrado ejerce.
- 9) **Título/Diploma/Certificado:** deberá completarse de acuerdo a la nomenclatura que entre los Estados Partes se haya consensuado.
- 10) **Institución formadora:** institución que otorga al profesional registrado el título, diploma o certificado que presenta.
- 11) **Fecha:** de otorgamiento del título, diploma o certificado.
- 12) **Ciudad/País:** debe completarse con la ciudad y país de otorgamiento del título, diploma o certificado.
- 13) **Número de Registro Profesional:** deberá llenarse con el número de matrícula otorgado por el país que registra, y podrá poseer más de un número de matrícula si es que está registrado para ejercer en diferentes jurisdicciones del mismo Estado.
- 14) **Jurisdicción:** deberá llenarse con el nombre de la jurisdicción nacional, provincial, municipal o estadual dependiendo de la estructura interna de los Estados Partes.
- 15) **Fecha de registro:** deberá cargarse con la fecha en que el número de registro o matrícula fue otorgado por la jurisdicción registrante.

Los puntos 8 a 14 se deberán completar para cada una de las profesiones que esté habilitado a ejercer el profesional registrado.



16) **Observaciones:** debe agregarse toda información adicional que sea de interés para la autoridad registrante.

#### FORMACIÓN DE POSTGRADO

**Título/Diploma/Certificado:** deberá completarse con la especialidad o título de postgrado obtenido.

**Institución formadora:** deberá completarse con el nombre de la institución que otorgó el Título/Diploma/Certificado.

**Fecha de inscripción en el registro:** deberá cargarse con la fecha en que el profesional registra su título, certificado o diploma de postgrado y que lo habilita a desempeñarse dentro de una especialidad.

Este campo deberá cargarse tantas veces como especialidades posea el profesional registrado.

#### **Reválida de Título/Diploma/Certificado**

**Institución:** completarse con el nombre de la Institución que otorgó la reválida de Título/Diploma/Certificado.

**Fecha:** que figura en título, diploma o certificado de reválida.

**País:** completarse con el nombre del país que otorgó la reválida de Título/Diploma/Certificado.

#### **Registro de Título/Diploma/Certificado en otro país del MERCOSUR**

País en que está registrado

Fecha de registración

#### DATOS RESERVADOS

Estos datos sólo serán de conocimiento del ente registrante y de los organismos designados en el Artículo 4 de esta Resolución como responsables en los Estados Partes de los Registros de Profesionales de la Salud del MERCOSUR. Tales datos no constituyen información de acceso público

#### **Domicilio Particular**

**Calle:** deberá completarse con el domicilio donde reside el profesional en el momento de registrarse.

**Ciudad:** deberá completarse con el nombre de la ciudad donde reside el profesional en el momento de registrarse.

**Provincia:** deberá completarse con el nombre de la provincia donde reside el profesional en el momento de registrarse.

**País:** deberá completarse con el nombre del país donde reside el profesional en el momento de registrarse.

**Código Postal:** deberá completarse con el código de la localidad donde reside el profesional en el momento de registrarse.

**Teléfonos:** deberá completarse con el número de teléfono particular.

**E-mail:** deberá completarse con la casilla de correo electrónico del profesional.



**Sanciones**

**Tipo de sanción:** el tipo de sanción y quien la impone.

**Fecha:** en que se hace efectiva la sanción.

**Motivo:** deberá completarse con el motivo que origina la sanción.

**Institución que impone la sanción:** deberá llenarse con el nombre de la Institución que impone la sanción identificando a qué país corresponde.

Para el caso de las Sanciones, cada Estado Parte evaluará en función de su régimen.


## ■ ■ Acceso a la Especialidad en MERCOSUR

### Argentina

#### ● Acceso a la especialidad

El título de grado habilita para el ejercicio profesional general.

La certificación de especialista no es requisito para el ejercicio de la especialidad, pero sí para anunciarse como tal y para recibir un pago diferenciado en la seguridad social.

No hay una única autoridad responsable de otorgar el reconocimiento de la especialidad. Las autoridades jurisdiccionales tienen la competencia para el reconocimiento de las especialidades, las que pueden realizar per se a través de la autoridad sanitaria o delegarla en un Colegio de Ley.

La Ley Nacional 17.132 y su modificatoria, Ley Nacional 23.873, regula el ejercicio de la medicina, la odontología y los servicios auxiliares (artículo 21). Esta ley está vigente para CABA, Tierra del Fuego, San Juan (ésta por adhesión según Ley 7727 del Poder Legislativo Provincial) e instituciones dependientes del Ministerio de Salud de la Nación

Cantidad de egresados de Medicina: 5416 (Año 2010) 3004 cargos para residencias básicas (tienen como requisito el grado) ofrecidos por los Ministerio de Salud de la Nación y las provincias.

#### ● Modalidades de Acceso a la Especialidad

Residencia	Carrera de Especialista Universitario	Otras formas de acceso a la Especialidad
La residencia completa habilita a la certificación de la especialidad en las jurisdicciones en las que la autoridad sanitaria es quien otorga la especialidad. En las jurisdicciones en que el Colegio /Consejo Médico tiene el poder de policía, la residencia cuenta como antecedente para solicitar la certificación de la especialidad pero los profesionales deben pasar un examen.	El título de especialista universitario habilita a la certificación de la especialidad en las jurisdicciones en las que la autoridad sanitaria es quien otorga la especialidad. En las jurisdicciones en que el Colegio / Consejo Médico tiene el poder de policía, la residencia cuenta como antecedente para solicitar la certificación de la especialidad pero los profesionales deben pasar un examen.	Se puede acceder a la certificación de la especialidad acreditando antecedentes de concurrencia a un servicio de la especialidad y/o realizando un curso dictado por Sociedad científica reconocida por autoridad sanitaria.

Residencia	Carrera de Especialista Universitario	Otras formas de acceso a la Especialidad
<p>La Ley Nacional 23.873, modificatoria de la Ley Nacional 17.132, en su Art. 21 Inc. "e" establece que la duración mínima es de 3 años.</p> <p>La duración promedio es de 3/4 años para las residencias básicas y articuladas (se accede con título de grado) y 2 años más para las residencias posbásicas (Requieren dos años como mínimo de residencia básica).</p> <p>Requisitos para el ingreso a residencias: Ser graduado de la carrera universitaria correspondiente. Tener Matrícula Profesional. Contar con apto médico. No tener antecedentes penales. Participar de un concurso, que suele consistir en examen y entrevista.</p> <p>El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias, regulado por Resolución 450/06 y por Resolución 1342/07, establece pautas mínimas para el funcionamiento de las residencias de todo el país, implementa procesos de evaluación y coordina la acreditación de aquellas a nivel nacional, a fin de garantizar la calidad de la formación de los recursos humanos en salud. La acredita la Ley de Residencias No 22.127. La Resolución 303/2008 establece el Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.</p> <p>Cada jurisdicción reglamenta la gestión de las residencias que financia con fondos propios.</p> <p>El Ministerio de Salud de la Nación regula aquellas residencias que funcionan en todos los establecimientos asistenciales y sanitarios dependientes de la Autoridad Sanitaria Nacional. Las Provincias, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, las Universidades, las Fuerzas Armadas y la Policía Federal y las instituciones privadas que deseen tener programas de residencias aprobados según esta ley, podrán incorporarse al Sistema que se establece mediante convenios. (Art. 3 de la ley 22.127)</p>	<p>La Resolución 160/11 del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, reglamentaria de la Ley de Educación Superior, exige 360 horas como mínimo para una carrera de especialista universitario. Esa norma es una norma general para todos los posgrados.</p> <p>La duración mínima de una carrera de especialista universitario de salud es de 2 años, pero en el caso que está asociada a una residencia su duración depende de la duración de la Residencia.</p> <p>¿Cuáles son los requisitos de ingreso a la carrera? Según la Ley de Educación Superior No 24.521/95, el único requisito es tener título universitario de grado. En algunos casos, se exige haber accedido a un cargo de Residencia, según condiciones expresadas en la resolución de creación de algunas carreras.</p> <p>La Ley de Educación Superior 24.521 y su modificatoria, Ley 25.754, regulan la formación universitaria y superior no universitaria a nivel nacional. La resolución ministerial No 160/11 presenta estándares para la acreditación de carreras de posgrado.</p> <p>El Ministerio de Educación de la Nación a través de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, según la Ley de Educación Superior 24.521/95, es la autoridad competente para la regulación de carreras de especialistas.</p>	<p>En estos casos los profesionales deberán, acreditar 5 años de graduados y 3 años de ejercicio de la especialidad y pasar un examen ante pares, según la normativa de cada jurisdicción.</p>



## Brasil

### ● Acceso a la especialidad

El título de grado habilita para el ejercicio profesional general; para el ejercicio de las especialidades clínicas y el ejercicio de las especialidades quirúrgicas.

La Resolución No 1634/2002 del Consejo Federal de Medicina unificó las formas de reconocimiento de especialidades médicas. En Brasil se reconocen 53 especialidades médicas.

El reconocimiento de un médico como especialistas puede ser hecho de dos formas (está dentro de la estructura del consejo):

1. Por la finalización de una residencia reconocida por la Comisión Nacional de Residencia (CNRM).
2. Por la aprobación de un examen de especialista de la Asociación Médica Brasileña (AMB).

Desde la resolución 1634/2002, CFM, AMBE y CNRM trabajan con la misma lista de especialidades médicas.

### ● Modalidades de Acceso a la Especialidad

Residencia	Carrera de Especialista Universitario	Otras formas de acceso a la Especialidad
<p>La residencia completa habilita en forma directa a la certificación de la especialidad.</p> <p>La autoridad nacional, al concluir una residencia reconocida por la Comisión Nacional de Residencias Médicas, y la Asociación Médica Brasileña a través de las sociedades de especialistas que participan de ella, tienen la competencia de otorgar la certificación de la especialidad</p> <p>No se establece un mínimo de duración de años para el acceso a la especialidad.</p> <p>La duración promedio de la residencia es de tres años para especialidades básicas y cinco años para especialidades clínicas y quirúrgicas (equivalente a especialidades de formación posbásica). Los requisitos mínimos de las residencias están establecidos en la Resolución CNRM No 02/2006 del 17 de mayo de 2006 (Comisión Nacional de Residencias Médicas)</p> <p>Requisitos de ingreso a la residencia: Ser graduado en medicina. Aprobar el examen para el programa de residencia.</p>	NO SE APLICA	<p>Se puede acceder a la especialidad por la aprobación de un examen de especialista de la Asociación Médica Brasileña (AMB)</p> <p>Para ello el profesional debe comprobar años de práctica profesional equivalentes al doble de la duración de la residencia en la misma especialidad. No hay relación con la carrera, la práctica puede ser autónoma desde que documentada.</p> <p>Las sociedades científicas ofrecen cursos que son arancelados, pero no habilitan en forma directa a la certificación de la especialidad. Se debe aprobar el examen en la AMB.</p> <p>No existen normas para cursos de postgrado y educación continua en medicina, sólo para las residencias médicas.</p>



Residencia	Carrera de Especialista Universitario	Otras formas de acceso a la Especialidad
<p>La norma que regula la formación de residencias a nivel nacional es la Ley 6932/1981 y sus derivadas, así como las resoluciones de la CNRM.</p> <p>La autoridad competente en la regulación de las residencias es la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM).</p>		

## Uruguay

### ● Acceso a la especialidad

El título de grado habilita para el ejercicio profesional general con requisitos diferentes para egresados de universidades públicas y de universidades privadas.

Para ser considerado especialista en cualquier disciplina médica será imprescindible la inscripción en el Ministerio de Salud Pública del título o certificado correspondiente expedido o revalidado por la Universidad de la República. El título será obligatorio para desempeñar cualquier cargo -en la orientación que corresponda- en la actividad oficial, mutual o privada, con excepción del ingreso a los cargos de iniciación en la Carrera Docente de la Facultad de Medicina y en los naturalmente homólogos del Ministerio de Salud Pública, para cuyo desempeño se exige el título de Médico.

El acceso a la especialidad se encuentra regulado por el Reglamento de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR), del año 2004, que es la autoridad responsable para el reconocimiento de la especialidad.

Las normas que la habilitan como tal son la Ley Orgánica 9.202 del Ministerio de Salud Pública del 12/01/1934. El Decreto No 346/72 del 16/05/1972. La Ordenanza 360 del Ministerio de Salud Pública, del 27/07/2002.

### ● Modalidades de Acceso a la Especialidad

Residencia	Carrera de Especialista Universitario	Otras formas de acceso a la Especialidad
<p>La residencia completa habilita en forma directa a la certificación de la especialidad.</p> <p>Existe un tribunal que ejerce el rol de control de los actos en todas sus partes, con la presencia de al menos uno de sus miembros durante la prueba final de graduación y de la totalidad de los miembros en el momento de la exposición. Es además quien definirá en el fallo la idoneidad técnica del aspirante.</p>	<p>La carrera de especialista universitario y la residencia es lo mismo.</p>	

Residencia	Carrera de Especialista Universitario	Otras formas de acceso a la Especialidad
<p>Una vez que el profesional aprueba todos los cursos del posgrado, dispone de tres años para rendir su prueba final. En el caso de no haber finalizado todos los cursos, vencido dicho plazo, el profesional debe realizar la reinscripción correspondiente en los períodos fijados en los meses de marzo y julio, siendo estudiado por una Comisión Asesora.</p> <p>La Comisión Asesora, con base en la documentación presentada por el profesional, la cantidad de semestres realizados y el tiempo transcurrido desde entonces, define la posibilidad de recuperar los cursos, con el objetivo de dar la prueba final. Es quien también define si el alumno deberá recuperar o realizar por primera vez algún módulo en particular. Posteriormente, la Comisión Directiva de la Escuela de Graduados debe aprobar el informe de la Comisión Asesora</p> <p>El Artículo 15 de la Ley de Residencias 18.438 establece que la Residencia Médica se extenderá por un plazo de tres años, aunque en los hechos algunas residencias llevan más años. La Comisión Técnica decide la duración de la residencia</p> <p>El acceso a residencia es únicamente por Concurso de oposición, anónimo y eliminatorio, para aquellas especialidades que tienen cupo máximo de ingreso, de acuerdo a los cargos disponibles, según Ley de Residencias 18.438 del 17/12/2008. Esta información está sujeta a las posibles modificaciones que resuelva la Comisión Técnica de Residencias Médicas en lo referente a las especialidades a las que se accede por esta modalidad, así como de las variantes que surjan como propuestas de las Unidades Docentes Responsables.</p> <p>La norma que regula la formación de residencias a nivel nacional es la Ley de Residencias Médicas 18.438 del 17/08/2008, actualmente vigente.</p> <p>La autoridad competente en la regulación de las residencias es la Comisión Técnica de Residencias Médicas. La Comisión Técnica de Residencias Médicas está integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública, Facultad de Medicina, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Hospital de Clínicas, un representante de las Instituciones Privadas habilitadas, un representante del subsector privado y un representante de los médicos residentes.</p>		

## ■ ■ Listado de reuniones que generaron documentación

No	Órganos Participantes	Tipo	Número	Fecha	Lugar
1	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria		08/04/2013	Uruguay - Montevideo
2	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXXIX	10/09/2012	Brasil - Salvador/Bahía
3	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria		16/04/2012	Argentina - Buenos Aires
4	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXXVII	19/09/2011	Uruguay - Montevideo
5	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria		04/04/2011	Paraguay - Asunción
6	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXXV	20/09/2010	Brasil - Porto Alegre
7	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXXIV	26/04/2010	Argentina - Buenos Aires
8	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXXIII	05/10/2009	Uruguay - Montevideo
9	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXXI	15/09/2008	Brasil - Porto Alegre
10	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXX	12/05/2008	Argentina - Buenos Aires
11	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria		22/10/2007	Uruguay - Montevideo
12	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria		21/05/2007	Paraguay - Asunción
13	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXVII	23/10/2006	Brasil - Brasilia

No	Órganos Participantes	Tipo	Número	Fecha	Lugar
14	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXVI	15/05/2006	Argentina - Buenos Aires
15	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria		03/10/2005	Uruguay - Montevideo
16	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXIV	30/05/2005	Paraguay - Asunción
17	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XXIII	22/11/2004	Brasil - Brasilia
18	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria		20/10/2003	Uruguay - Montevideo
19	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XX	26/05/2003	Paraguay - San Bernardino
20	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XVII	27/05/2002	Argentina - Buenos Aires
21	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XVI	05/11/2001	Uruguay - Montevideo
22	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XV	04/06/2001	Paraguay - San Bernardino
23	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XIII	20/11/2000	Brasil - Brasilia
24	Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional (SCOJEJER)	Ordinaria	XII	11/09/2000	Brasil - Brasilia

## ■ ■ Argentina

### Cuadro de Leyes del Ejercicio Profesional

ARGENTINA	MÉDICO	FARMACÉUTICO	BIOQUÍMICO	ODONTÓLOGO	LIC. EN ENFERMERÍA	NUTRICIONISTA	PSICÓLOGO	KINESIÓLOGO	FONOAUDIÓLOGO
NACIONAL	Ley 17132	Ley 17565		Ley 17132	Ley 24004	Ley 24301	Ley 23277	Ley 24317	
BUENOS AIRES	Dec. Reg. 6216/1967	Dec. Reg. 7123/1968	Ley 8271	Dec. Reg. 6216/1967	Dec. Reg. 2497/1993	Ley 11659	Dec. Reg. 905/1995	Dec. Reg. 1288/1997	Ley 10757
CABA	Ley 4534	Ley 6682		Ley 4534	Ley 12245		Ley 10306	Ley 5755	
CATAMARCA	Dec. Reg. 4369/1986	Decreto Reglamentario 670/2011 veto a la Ley 4015 de adhesión a la Ley Nac. 26567	Ley 3736	Dec. Reg. 4369/1986	Dec. Reg. 2225/2001	Ley 4358			Ley 4353
CÓRDOBA		Ley 4477	Dec. Reg. 1644/1981		Ley 298	Ley 7661	Ley 4024	Ley 4574	Ley 8068
CORRIENTES	Decreto-Ley 4652/1991	Ley 7514	Ley 5197	Ley 4023	Dec. Reg. 1060/2004	Ley 6090	Ley 7106	Ley 6222	
CHACO	Ley 6222	Ley 651	Decreto-Ley 164/01	Ley 6222	Ley 4491	Ley 4515	Ley 4025	Dec. Reg. 274/2011	Ley 4665
CHUBUT	Ley 2839	Ley 1037	Ley 2746	Ley 2839	Dec. Reg. 870/1991	Dec. Reg. 413/05	Dec. Reg. 1103/1987		
ENTRE RÍOS	Dec. Reg. 437/1969	Dec. Reg. 2573/1970	Dec. Reg. 984/83	Dec. Reg. 437/1969	Ley 6222	Ley X-16	Ley 3203	Ley 3191	Ley 8744
FORMOSA	Dec. Reg. 1795/2004	Ley I-9		Dec. Reg. 1795/2004	Ley 4710	Ley 7589 Ley 9806	Ley X-9		Ley 1272
JUJUY	Decreto-Ley 527/1955	Ley 5466	Ley 5639	Ley 6571	Ley 3520		Dec. Reg. 910/1986	Ley 8652	Ley 5183
LA PAMPA	Ley X-3	Dec. Reg. 1409/1982	Ley 1360	Dec. Reg. 1806/10	Dec. Reg. 1659/1990	Ley 5338	Ley 7456		Ley 2558
LA RIOJA	Dec. Reg. 1108/1976 Dec. Reg. 1319/1983	Ley 3835	Ley 3834	Ley X-3	Ley X-20	Ley 2197	Ley 461 Dec. Reg. 776/1988	Ley 5199	
MENDOZA	Ley 3818	Ley 2350		Dec. Reg. 1108/1976 Dec. Reg. 1319/1983	Dec. Reg. 319/1999	Ley 7619	Ley 4124	Ley 2193	Ley 5515
MISIONES	Ley 296	Ley 7719	Ley 7439	Ley 6968	Dec. Reg. 759/1997	Ley 6760	Ley 818	Dec. Reg. 2145/2006	Ley I - 130

ARGENTINA	MÉDICO	FARMACÉUTICO	BIOQUÍMICO	ODONTÓLOGO	LIC. EN ENFERMERÍA	NUTRICIONISTA	PSICÓLOGO	KINESIÓLOGO	FONOAUDIÓLOGO
NEUQUÉN	Ley 2814	Ley 7303	Ley 8401	Ley 296	Ley 1136	Dec. Reg. 1950/2002	Dec. Regl. 1066/1985	Ley 5420 Dec. Reg. 625/1997	
RÍO NEGRO	Dec. Reg. 281/1971	Dec. Reg. 355/2009	Ley I - 41 (antes 1830)	Ley 2814	Ley 5297	Ley I - 129	Ley 4503	Ley 5040	
SALTA	Ley 2079	Ley 2567		Dec. Reg. 281/1971	Ley 2079	Ley 1860	Ley 5045	Ley I - 55	Ley 6853
SAN JUAN	Ley 3330	Ley 2707		Ley 2079	Ley 9067	Ley 4011	Ley I - 35		Ley 5865
SAN LUIS	Ley 2636	Ley 4438	Ley 7182	Ley 6950	Ley 6836	Ley 6412	Ley 1674		Ley XIV - 0364
SANTA CRUZ	Dec. Reg. 2806/2000	Ley 7539		Ley 2636	Dec. Reg. 1805/01		Ley 972	Ley 7032	
SANTA FE	Ley XVII - 1	Dec. Reg. 2828/2011	Ley XIV - 0362	Dec. Reg. 2806/2000	Ley I - 82		Ley 6063	Ley 5434	Ley 9981
SANTIAGO DEL ESTERO	Ley 578	Ley 7455	Ley 1330	Ley XVII - 1	Dec. Reg. 446/2008		Ley 5436		Ley 5786
TIERRA DEL FUEGO	Ley 3338	Ley XIV - 0376	Ley 13236	Ley 578	Ley 2219	Ley 9957	Ley XIV - 0367		
TUCUMÁN	Dec. Reg. 703/2002	Ley 1330	Ley 6310	Ley 548	Ley 2999	Ley 6775	Ley 1709		Ley 5947
	Decreto-Ley 327/1963	Ley 2287		Dec. Reg. 21/1972	Dec. Reg. 472/1998		Ley 9538		
	Ley 7727	Ley 4638	Ley 5482		Ley 7351		Ley 6932		
	Ley XIV-0361	Ley 524		Ley 7727	Ley 6763		Ley 318		
	Ley 1380	Ley 5483		Ley XIV - 0361	Ley XIV - 0369		Ley 7512		
	Ley 2287								
	Ley 5205			Ley 2287	Ley 12501				
	Ley 418			Ley 5767	Dec. Reg. 2810/2012				
	Ley 5554			Ley 418	Ley 6937				
				Ley 5542	Ley 57				
				Dec. Reg. 2533/1985	Ley 6656				
					Dec. Reg. 595/1999				

## Diccionario de datos de la Ficha del Profesional de la Salud de la Argentina

#A	Atributo/Etiqueta	Tipo de dato	*Req	Comentario
<b>General</b>				
1	Código de profesional	NUMERICO(12)	Si	Manejo interno del SISA (ver documento 306)
2	Código interno SISA	NUMERICO(8)	Si	Manejo interno del SISA (ver documento 306)
<b>Sección datos personales</b>				
1	Apellido	TEXTO(100)	Si	Se guarda en mayúscula y sin acentos
2	Nombre	TEXTO(100)	Si	Se guarda en mayúscula y sin acentos
3	Tipo de documento	NUMERICO(1)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
4	Nro de documento	NUMERICO(9)	Si	El tipo y nrodoc tienen restricción de valor único
5	Fecha de nacimiento	FECHA	Si	Formato DD-MM-YYYY
6	País de nacimiento	NUMERICO(3)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
7	Ciudad de nacimiento	NUMERICO(10)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares COMPARTIDAS (departamentos y localidades)
8	Nacionalidad	NUMERICO(3)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
9	Sexo	TEXTO(2)	Si	Se guarda M o F
10	CUIT/CUIL	NUMERICO(11)	No	Se valida XX-NRODOC-X
16	Fallecido	TEXTO(2)	Si	Manejo interno del SISA (se guarda SI/No)
17	Fecha de fallecimiento	FECHA	No	Manejo interno del SISA
<b>Sección domicilio e información de contacto</b>				
1	Domicilio (calle)	TEXTO(200)	Si	
2	Domicilio (nro)	TEXTO(10)	No	
3	Domicilio (piso)	TEXTO(10)	No	
4	Domicilio (depto)	TEXTO(10)	No	
5	Provincia	NUMERICO(2)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares COMP.
6	Localidad	NUMERICO(10)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares COMP.
7	CP	TEXTO(8)	No	Se permite el formato tradicional de 4 dígitos o el nuevo de 8 caracteres
8	Tiene teléfono	TEXTO(2)	Si	Se guarda SI/No
9	Teléfono1	TEXTO(40)	No	Obligatorio si Tiene teléfono=SI
10	Teléfono2	TEXTO(40)	No	
11	Teléfono3	TEXTO(40)	No	
12	Teléfono4	TEXTO(40)	No	
13	Tipo teléfono1	NUMERICO(2)	No	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares COMP.
14	Tipo teléfono2	NUMERICO(2)	No	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares COMP.

#A	Atributo/Etiqueta	Tipo de dato	*Req	Comentario
15	Tipo teléfono3	NUMERICO(2)	No	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares COMP.
16	Tipo teléfono4	NUMERICO(2)	No	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares COMP.
17	Mail1	TEXTO(100)	No	
18	Mail2	TEXTO(100)	No	
19	Tipo de domicilio	NUMERICO(1)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
<b>Sección formación</b>				
1	Tipo de formación	NUMERICO(1)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
2	Profesión	NUMERICO(3)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
3	Título	TEXTO(200)	Si	
4	Institución formadora	NUMERICO(5)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
5	Fecha de egreso	FECHA	Si	Fecha de graduación. Formato DD-MM-YYYY
6	Reválida	TEXTO(2)	Si	Se guarda SI/No
7	Fecha de reválida	FECHA	No	Requerido si Reválida=SI. Formato DD-MM-YYYY
8	Institución reválida	NUMERICO(5)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
9	Organismo que registró	NUMERICO(2)	Si	Manejo interno del SISA
10	Profesional asociado	NUMERICO(9)	Si	Manejo interno del SISA
<b>Sección Matriculación</b>				
1	Fecha de matrícula	FECHA	Si	Formato DD-MM-YYYY
2	Número de matrícula	NUMERICO(9)	Si	Sólo se permiten dígitos
3	Organismo emisor	NUMERICO(2)	Si	Manejo interno del SISA
4	Profesional asociado	NUMERICO(9)	Si	Manejo interno del SISA
5	Profesión matriculada	NUMERICO(9)	Si	Manejo interno del SISA
6	Situación del registro	NUMERICO(2)	Si	Manejo interno del SISA
<b>Sección Especialización</b>				
1	Tipo	NUMERICO(2)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
2	Especialidad	NUMERICO(3)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
3	Establecimiento	NUMERICO(14)	Si	Código Federal de Establecimiento (REFES)
4	Fecha expedición	FECHA	Si	
5	Fecha vigencia	FECHA	Si	
6	Expediente	TEXTO(30)	No	
7	Orden	TEXTO(30)	No	
8	Inciso	TEXTO(30)	No	
9	Matrícula asociada	NUMERICO(9)	Si	Manejo interno del SISA
10	Profesional asociado	NUMERICO(12)	Si	Manejo interno del SISA
11	Emisor del certificado	NUMERICO(2)	Si	Manejo interno del SISA



#A	Atributo/Etiqueta	Tipo de dato	*Req	Comentario
12	Estado de registro	NUMERICO(1)	Si	Manejo interno del SISA
Sección Residencia				
1	Tipo	NUMERICO(2)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
2	Especialidad	NUMERICO(3)	Si	Códigos disponibles en Tablas Auxiliares REFEPS
3	Establecimiento	NUMERICO(14)	Si	Código Federal de Establecimiento (REFES)
4	Fecha inicio	FECHA	Si	
5	Fecha finalización	FECHA	No	Obligatorio si Finalizado=SI
6	Finalizado	TEXTO(2)	Si	Se guarda SI/No
7	Matrícula asociada	NUMERICO(9)	Si	Manejo interno del SISA
8	Profesional asociado	NUMERICO(12)	Si	Manejo interno del SISA
9	Emisor del certificado	NUMERICO(2)	Si	Manejo interno del SISA
10	Estado de registro	NUMERICO(1)	Si	Manejo interno del SISA

\*Req: Requerido para el proceso de alta del registro.

**Nota:** Sólo se incluyen los datos visibles y relevantes. No se incluyen todas las validaciones de integridad/formato como así tampoco algunos datos de uso interno.

## ■ ■ BRASIL

### ● ANEXO

#### **Leis, Portarias e Decretos Que incidem na regulamentação das profissões em saúde de nível universitário no Brasil**

#### CONSTITUIÇÃO

#### CONSTITUIÇÃO DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL (de 10 de novembro de 1937)

##### ARTIGO 138

Art 138 - A associação profissional ou sindical é livre. Somente, porém, o sindicato regularmente reconhecido pelo Estado tem o direito de representação legal dos que participarem da categoria de produção para que foi constituído, e de defender-lhes os direitos perante o Estado e as outras associações profissionais, estipular contratos coletivos de trabalho obrigatórios para todos os seus associados, impor-lhes contribuições e exercer em relação a eles funções delegadas de Poder Público. (Suspendido pelo Decreto nº 10.358, de 1942)

#### CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1967

##### ARTIGO 159

Art 159 - É livre a associação profissional ou sindical; a sua constituição, a representação legal nas convenções coletivas de trabalho e o exercício de funções delegadas de Poder Público serão regulados em lei.

§ 1º - Entre as funções delegadas a que se refere este artigo, compreende-se a de arrecadar, na forma da lei, contribuições para o custeio da atividade dos órgãos sindicais e profissionais e para a execução de programas de interesse das categorias por eles representadas.

§ 2.º - É obrigatório o voto nas eleições sindicais.

#### CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

##### ARTIGO 22

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre:

I - direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho;

[...]

XV - emigração e imigração, entrada, extradição e expulsão de estrangeiros;

XVI - organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões;

[...]

Parágrafo único. Lei complementar poderá autorizar os Estados a legislar sobre questões específicas das matérias relacionadas neste artigo.

## ARTIGO 198

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006).

## LEIS

### **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

[...]

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

### **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.**

*Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.*

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

### **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**

Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

#### **CAPÍTULO I / DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1o É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

- I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e
- III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

## CAPÍTULO II / DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

- I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;
- II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;
- III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;
- IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e
- V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

- a) atenção básica;
- b) urgência e emergência;
- c) atenção psicossocial;
- d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto, respectivamente, no art. 56 e no inciso II do caput do art. 87 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993.

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Lei.

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde.

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

- a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;
- b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e

II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:

a) Genética Médica;

b) Medicina do Tráfego;

c) Medicina do Trabalho;

d) Medicina Esportiva;

e) Medicina Física e Reabilitação;

f) Medicina Legal;

g) Medicina Nuclear;

h) Patologia; e

i) Radioterapia

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

I - Medicina Interna (Clínica Médica);

II - Pediatria;



III - Ginecologia e Obstetrícia;

IV - Cirurgia Geral;

V - Psiquiatria;

VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola

Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

#### CAPÍTULO IV / DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos.

Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à sua aprovação nas avaliações periódicas.

§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

§ 4º As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo, e compreenderão o conteúdo específico do respectivo módulo, visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

§ 5º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os §§ 1º a 4º, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 3º A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (Vide Decreto no 8.126, de 2013)

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdicionar na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo CRM.

Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os arts. 30, 31 e 33 da Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980, ao disposto neste artigo.

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

- I - bolsa-formação;
- II - bolsa-supervisão; e
- III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o art. 2º da Lei no 6.932, de 1981.

§ 3º A pontuação adicional de que trata o § 2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista no edital do processo seletivo referido no § 2º deste artigo.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

§ 5º Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 aos projetos e programas de que trata o caput.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§ 1º O quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos CRMs.

§ 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

## PORTARIAS

### Portaria nº 734, de 02 de maio de 2014

*Aprova a Resolução nº 07/2012, do Grupo de Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que aprova lista de profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Parte no MERCOSUL.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando o Tratado de Assunção, de 26 de março de 1991, ratificado pelo Congresso por meio do Decreto Legislativo nº 197, de 25 de setembro de 1991, que versa sobre a constituição de um mercado comum entre a República da Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai;

Considerando o Protocolo de Outro Preto, de 17 de dezembro de 1994, ratificado pelo Congresso por meio do Decreto Legislativo nº 188, de 16 de dezembro de 1995, que versa sobre a estrutura institucional do MERCOSUL;

Considerando que a Resolução GMC nº 27/04 aprovou a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul;

Considerando que a Resolução GMC nº 66/06 definiu as profissões que inicialmente foram incluídas na “Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul” e que estas devem ser revistas e ampliadas;

Considerando que a denominação dos profissionais da saúde não é a mesma em todos os Estados Partes e a necessidade de identificar as profissões comuns para orientar o trabalho de harmonização delas;

Considerando que a nomenclatura de referência facilitará a comunicação entre os sistemas de informação; e

Considerando que a identificação das profissões comuns no âmbito da saúde também configura uma orientação relativa às prioridades do setor para possibilitar o trabalho de homologação e reconhecimento de títulos que vem sendo desenvolvida, pelo MERCOSUL educativo, resolve:

Art. 1º Fica aprovada a Resolução nº 07/12, do Grupo Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que versa sobre a aprovação da lista de profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Partes do MERCOSUL, sem prejuízo de que outras profissões possam ser reconhecidas de forma independente por cada Estado Parte, aprovada na LXXXVIII Reunião Ordinária do Grupo Mercado Comum (GMC), no dia 14 de junho de 2011, em Buenos Aires, Argentina.

Art. 2º O Ministério da Saúde colocará em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à presente Resolução por meio da

Coordenação-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (CGNET/ DEGERTS/ SGTES/ MS).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

#### **Portaria nº 735, de 02 de maio de 2014**

Aprova a Resolução nº 08/2012, do Grupo Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que aprova a “Lista de Especialidades Médicas Comuns no MERCOSUL.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Tratado de Assunção, de 26 de março de 1991, ratificado pelo Congresso por meio do Decreto Legislativo nº 197, de 25 de setembro de 1991, que versa sobre a constituição de um mercado comum entre a República da Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai;

Considerando o Protocolo de Outro Preto, de 17 de dezembro de 1994, ratificado pelo Congresso por meio do Decreto Legislativo nº 188, de 16 de dezembro de 1995, que versa sobre a estrutura institucional do MERCOSUL;

Considerando que a lista de especialidade contida na Resolução nº 73/00/GMC precisa ser revista e ampliada;

Considerando que é do interesse dos Estados Partes que a comunidade seja atendida por profissionais médicos que tenham formação equivalente e condutas de atenção adequadas;

Considerando a necessidade de contar com normas básicas harmonizadas para o exercício profissional das diferentes especialidades médicas;

Considerando as diversas modalidades de formação e reconhecimento das especialidades médicas em cada um dos Estados Partes; e

Considerando a necessidade de identificar quais são as especialidades comuns aos Estados Partes para orientar o trabalho de harmonização frente a elas, resolve:

Art. 1º Fica aprovada a Resolução nº 08/12, do Grupo Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que versa sobre a aprovação da “Lista de Especialidades Médicas Comuns no MERCOSUL”, sem prejuízo de que outras especialidades possam ser reconhecidas de forma independente por cada Estado Parte, aprovada na LXXXVIII Reunião Ordinária do Grupo Mercado Comum (GMC), no dia 14 de junho de 2011, em Buenos Aires, Argentina.

Art. 2º O Ministério da Saúde colocará em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à presente Resolução por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (DEGERTS/SGTES/MS).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Portaria nº 626, de 08 de abril de 2004**

Cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

RESOLVE:

Art. 1º Constituir Comissão Especial para propor as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS (PCCS-SUS).

Parágrafo único. Após a elaboração da proposta, esta será submetida ao entendimento da Mesa Nacional Permanente de Negociação do SUS, remetendo-se o pactuado à deliberação do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 2º A Comissão Especial terá a seguinte composição:

I - um representante do Gabinete do Ministro; II - três representantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; III - um representante da Secretaria de Atenção à Saúde; IV - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde; V - um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; VI - um representante da Coordenação-Geral de Recursos Humanos, da Subsecretaria de Assuntos Administrativos, da Secretaria Executiva; VII - um representante da Fundação Nacional de Saúde; VIII - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; IX - um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar; X - um representante da Fundação Oswaldo Cruz; XI - dois representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); XII - três representantes do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); XIII - um representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; XIV - um representante do Ministério da Ciência e Tecnologia; V - um representante de empregador privado que integre a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; e XVI - seis representantes da bancada dos trabalhadores na Mesa Nacional Permanente de Negociação do SUS.

Parágrafo único. Também integrarão a Comissão dois representantes das unidades de saúde vinculadas ao Ministério da Saúde, indicados pela Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 3º O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde fornecerá o necessário suporte administrativo para o regular funcionamento da Comissão, a qual deverá se desincumbir do seu encargo no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de sua instalação.

Art. 4º A Comissão será coordenada pela Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria no 2.428/GM, de 23 de dezembro de 2003, publicada no DOU no 6, de 9 de janeiro de 2004, Seção 1, página 24, ficando convalidados os atos praticados com fundamento na referida portaria.

## **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**

### **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo inciso II do artigo 87 da Constituição Federal de 1988, e

RESOLVE:

Art. 1º Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei no 8.080, de 1990, e na NoB/RH - SUS.

Art. 3º Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a Portaria no 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

Parágrafo único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.

Art. 13. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta Portaria.

Parágrafo único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do Anexo III.

Art. 14. Anualmente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que



serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

Art. 20. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

- I - organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/especialização;
- II - elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde;
- III - orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente;
- IV - qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e
- V - instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

Art. 21. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

- I - planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;
- II - estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e
- III - articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária.

Art. 22. Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde, a qual será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações.

#### Anexo I

Critérios para a alocação orçamentária referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A distribuição e a alocação para os Estados e o Distrito Federal dos recursos federais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde obedecerá aos critérios conforme o quadro que se segue.

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS e

DAPE/SAS) para o ano anterior. Os seguintes critérios compõem este grupo:

- C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%);
- C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%); e
- C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial – 1caps/100.000hab. (10%)

O segundo grupo de critérios trata da população total do Estado e do quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. As bases de dados são do IBGE – população estimada para o ano anterior e pesquisa médico-sanitária de 2005, ou sua versão mais atual.

## **PORTARIAS INTERMINISTERIAIS**

### **Portaria Interministerial nº 278, de 17 de março 2011**

REVALIDA (nos termos do art. 48, § 2º, da Lei nº 9394, de 1996)

OS MINISTROS DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87 da Constituição, e Considerando o disposto no art. 48, § 2º, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996;

Considerando o objetivo comum do Ministério da Educação (MEC), do Ministério da Saúde (MS) e das universidades públicas, de estabelecer um processo apoiado em um instrumento unificado de avaliação e um exame para revalidação dos diplomas estrangeiros compatíveis com as exigências de formação correspondentes aos diplomas de médico expedidos por universidades brasileiras, em consonância com as DCN do Curso de Graduação em Medicina, com parâmetros e critérios isonômicos adequados para aferição de equivalência curricular e definição da correspondente aptidão para o exercício profissional da medicina no Brasil.

Considerando a recente aplicação e os resultados do Projeto Piloto do Exame Nacional, coordenado pela Subcomissão Temática de Revalidação de Diplomas Médicos, instituída pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 383, de 19 de fevereiro de 2009, resolvem:

Art. 1º Instituir o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, com a finalidade de subsidiar os procedimentos conduzidos por universidades públicas, nos termos do art. 48, § 2º, da Lei nº 9.394, de 1996, com base na Matriz de Correspondência Curricular publicada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 865, de 15 de setembro de 2009 e republicada no Anexo desta portaria, elaborada pela Subcomissão Temática de Revalidação de Diplomas, instituída pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 383/09.

Art. 2º O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, de que trata esta Portaria Interministerial, tem por objetivo verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível equivalente ao exigido dos médicos formados no Brasil.

Art. 3º O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras será implementado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com a colaboração das universidades públicas participantes.

§1º O INEP contará com a colaboração da Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos, também instituída por esta portaria, para a elaboração da metodologia de avaliação, supervisão e acompanhamento de sua aplicação.

§2º O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras será elaborado em 2 (duas) etapas de avaliação, em conformidade com a Matriz de Correspondência Curricular, disposta no Anexo desta Portaria, e seu detalhamento constará de edital a ser publicado.

Art. 4º As universidades públicas interessadas em participar do exame instituído por esta Portaria deverão firmar Termo de Adesão com o Ministério da Educação (MEC).

Art. 5º Caberá às universidades públicas que aderirem ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, após a divulgação do resultado do exame, adotar as providências necessárias à revalidação dos diplomas dos candidatos aprovados.

Art. 6º Poderão candidatar-se à realização do exame de que trata esta Portaria os portadores de diplomas de Medicina expedidos no exterior, em curso devidamente reconhecido pelo ministério da educação ou órgão correspondente, no país de conclusão.

Art. 7º O processo regulado por esta Portaria não exclui a prerrogativa conferida às universidades públicas para proceder à revalidação de diplomas em conformidade com a Resolução CNE/CES no 04/2001.

Art. 8º Fica instituída a Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos que tem como objetivo atuar junto aos Ministérios da Educação e da Saúde e junto ao INEP nas ações referentes ao planejamento e execução do processo de revalidação de diplomas médicos expedidos por universidades estrangeiras.

Art. 9º A Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos será composta por um grupo técnico de especialistas em educação médica e avaliação indicado pela SESu/MEC e pela SGTES/MS, e por representantes indicados pelas seguintes instituições:

- I- Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC);
- II- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS);
- III- Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior (AN-DIFES);
- IV- Diretoria de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (DAES/INEP); e
- V- Ministério das Relações Exteriores (MRE);

Art. 10 Fica revogada a Portaria Interministerial MEC/MS no383, de 19 de fevereiro de 2009 e a Portaria Interministerial MEC/MS no 865, de 15 de setembro de 2009.

## LEIS DE REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

### ● Medicina

#### **Lei nº 12.842 - Exercício da Medicina<sup>1</sup> / de 10 de julho de 2013.**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1o O exercício da Medicina é regido pelas disposições desta Lei.

Art. 2o O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

- I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3o O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4o São atividades privativas do médico:

- I - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
- II - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
- III - intubação traqueal;
- IV - coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
- V - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
- VI - emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
- VIII - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
- IX - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
- X - realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
- XI - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
- XII - atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

---

1 - A primeira lei a regular o exercício da Medicina foi Decreto Lei 20931 de 11/01/1932, a qual abarcava também o exercício da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil. Essa lei era de conformidade com o art. 1º do decreto n. 19.398, de 11 de novembro de 1930

§ 1o Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

- I - agente etiológico reconhecido;
- II - grupo identificável de sinais ou sintomas;
- III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 1o As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

§ 2o Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

- I - invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

§ 3o Excetua-se do rol de atividades privativas do médico:

- I - aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;
- II - realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;
- III - atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;
- IV - realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;
- V - coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;
- VI - procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

§ 4o O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

§ 5o O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

Art. 5o São privativos de médico:

- I - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;
- II - ensino de disciplinas especificamente médicas;
- III - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.

Art. 6o A denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da Federação.

Art. 7o Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou ve-

dando a sua prática pelos médicos.

Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

### **Lei nº 3.268 – Conselho Federal de Medicina<sup>2</sup> (30 de setembro de 1957).**

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei no 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Art. 2º O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Art. 3º Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais; e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

### ● **Farmácia**

#### **Decreto no 85.878, de 07 de abril de 1981 - Regulamenta a L-003.820-1960<sup>3</sup>**

*Estabelece normas para execução da Lei no 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o Exercício da Profissão de Farmacêutico, e dá outras providências*

Art 1º São atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos:

I - desempenho de funções de dispensação ou manipulação de fórmulas magistrais e farmacopéicas, quando a serviço do público em geral ou mesmo de natureza privada;

II - assessoramento e responsabilidade técnica em:

a) estabelecimentos industriais farmacêuticos em que se fabriquem produtos que tenham indicações ou ações terapêuticas, anestésicos ou auxiliares de diagnóstico, ou capazes de criar dependência física ou psíquica;

---

2 - [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21736:lei-32681957-dispoe-sobre-os-conselho-de-medicina-e-da-outras-providencias&catid=66:leis&Itemid=34](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21736:lei-32681957-dispoe-sobre-os-conselho-de-medicina-e-da-outras-providencias&catid=66:leis&Itemid=34)

3 - Primeira legislação foi Decreto No 20.377 da Profissão Farmacêutica 08 de setembro 1931.

<http://www.dji.com.br/decretos/1981-085878/1981-085878-.htm>

b) órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se executem controle ou inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de produtos que tenham destinação terapêutica, anestésica ou auxiliar de diagnósticos ou capazes de determinar dependência física ou psíquica;

c) órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se pratiquem extração, purificação, controle de qualidade, inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de insumos farmacêuticos de origem vegetal, animal e mineral;

d) depósitos de produtos farmacêuticos de qualquer natureza;

III - a fiscalização profissional sanitária e técnica de empresas, estabelecimentos, setores, fórmulas, produtos, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica;

IV - a elaboração de laudos técnicos e a realização de perícias técnico-legais relacionados com atividades, produtos, fórmulas, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica;

V - o magistério superior das matérias privativas constantes do currículo próprio do curso de formação farmacêutica, obedecida a legislação do ensino;

VI - desempenho de outros serviços e funções, não especificados no presente Decreto, que se situem no domínio de capacitação técnico-científica profissional.

Art 2º São atribuições dos profissionais farmacêuticos, as seguintes atividades afins, respeitadas as modalidades profissionais, ainda que não privativas ou exclusivas:

I - a direção, o assessoramento, a responsabilidade técnica e o desempenho de funções especializadas exercidas em:

a) órgãos, empresas, estabelecimentos, laboratórios ou setores em que se preparem ou fabriquem produtos biológicos, imunoterápicos, soros, vacinas, alérgenos, opoterápicos para uso humano e veterinário, bem como de derivados do sangue;

b) órgãos ou laboratórios de análises clínicas ou de saúde pública ou seus departamentos especializados;

c) estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos farmacêuticos para uso veterinário;

d) estabelecimentos industriais em que se fabriquem insumos farmacêuticos para uso humano ou veterinário e insumos para produtos dietéticos e cosméticos com indicação terapêutica;

e) estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos saneantes, inseticidas, raticidas, antissépticos e desinfetantes;

f) estabelecimentos industriais ou instituições governamentais onde sejam produzidos radioisótopos ou radiofármacos para uso em diagnóstico e terapêutica;

g) estabelecimentos industriais, instituições governamentais ou laboratórios especializados em que se fabriquem conjuntos de reativos ou de reagentes destinados às diferentes análises auxiliares do diagnóstico médico;

h) estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos cosméticos sem indicação terapêutica e produtos dietéticos e alimentares;

i) órgãos, laboratórios ou estabelecimentos em que se pratiquem exames de caráter químico-toxicológico, químico-bromatológico, químico-farmacêutico, biológicos, microbiológicos, fitoquímicos e sanitários;

j) controle, pesquisa e perícia da poluição atmosférica e tratamento dos despejos industriais.

II - tratamento e controle de qualidade das águas de consumo humano, de indústria farmacêutica, de piscinas, praias e balneários, salvo se necessário o emprego de reações químicas controladas ou operações unitárias;

III - vistoria, perícia, avaliação, arbitramento e serviços técnicos, elaboração de pareceres, laudos e atestados do âmbito das atribuições respectivas.

### **Lei nº 3.820 (11 de novembro de 1960)**

Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras Providências.

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1 - Ficam criados os Conselhos Federal e Regionais de Farmácia, dotados de personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, destinados a zelar pela fiel observância dos princípios da ética e da disciplina da classe dos que exercem atividades profissionais farmacêuticas no País.

#### **CAPÍTULO I**

Do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Farmácia

Art. 2º - O Conselho Federal de Farmácia é o órgão supremo dos Conselhos Regionais, com jurisdição em todo o território nacional e sede no Distrito Federal.

### **● Odontologia**

#### **LEI No 5.081 Regula o Exercício da Odontologia<sup>4</sup> (de 24 de agosto DE 1966)**

Art. 1o. O exercício da Odontologia no território nacional é regido pelo disposto na presente Lei. Do Cirurgião-Dentista

Art. 2o. O exercício da Odontologia no território nacional só é permitido ao cirurgião-dentista habilitado por escola ou faculdade oficial ou reconhecida, após o registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior, no Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia, na repartição sanitária estadual competente e inscrição no Conselho Regional de Odontologia sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Art. 3o Poderão exercer a Odontologia no território nacional os habilitados por escolas estrangeiras, após a revalidação do diploma e satisfeitas as demais exigências do artigo anterior.

Art. 4o É assegurado o direito ao exercício da Odontologia, com as restrições legais, ao di-

---

4 - <http://cfo.org.br/legislacao/leis-federais/>



plomado nas condições mencionadas no Decreto-Lei no 7.718, de 9 de julho de 1945, que regularmente se tenha habilitado para o exercício profissional, somente nos limites territoriais do Estado onde funcionou a escola ou faculdade que o diplomou.

Art. 5o É nula qualquer autorização administrativa a quem não fôr legalmente habilitado para o exercício da Odontologia.

Art. 6o Compete ao cirurgião-dentista:

- I - praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação;
- II - prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;
- III - atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego. (Redação dada pela Lei no 6.215, de 1975)
- IV - proceder à perícia odontolegal em fôro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;
- V - aplicar anestesia local e truncular;
- VI - empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;
- VII - manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos específicos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia;
- VIII - prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente; IX - utilizar, no exercício da função de perito-odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

#### **Lei nº 4.324 - Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia<sup>5</sup> (de 14 de abril de 1964)**

Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências.

Art.1º - Haverá na Capital da República um Conselho Federal de Odontologia e em cada capital de Estado, de Território e no Distrito Federal um Conselho Regional de Odontologia, denominado segundo a sua jurisdição, a qual alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

Art.2º - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia ora instituídos constituem em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira, e têm por finalidade a supervisão da ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

5 - <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/lei4324.pdf>

## ● Medicina Veterinária

### **Lei nº 5.517 cria profissão de médico-veterinário e os Conselhos Federal e Regionais<sup>6</sup> (de 23 de outubro de 1968)**

Art 1º O exercício da profissão de médico-veterinário obedecerá às disposições da presente lei.

Art 2º Só é permitido o exercício da profissão de médico-veterinário:

- a) aos portadores de diplomas expedidos por escolas oficiais ou reconhecidas e registradas na Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura;
- b) aos profissionais diplomados no estrangeiro que tenham revalidado e registrado seu diploma no Brasil, na forma da legislação em vigor.

Art 3º O exercício das atividades profissionais só será permitido aos portadores de carteira profissional expedida pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária ou pelos Conselhos Regionais de Medicina Veterinária criados na presente lei.

Art 4º Os dispositivos dos artigos anteriores não se aplicam:

- a) aos profissionais estrangeiros contratados em caráter provisório pela União, pelos Estados, pelos Municípios ou pelos Territórios, para função específica de competência privativa ou atribuição de médico-veterinário;
- b) às pessoas que já exerciam função ou atividade pública de competência privativa de médico-veterinário na data da publicação do Decreto-lei no 23.133, de 9 de setembro de 1933.

## CAPÍTULO II

### Do Exercício Profissional

Art 5º É da competência privativa do médico veterinário o exercício das seguintes atividades e funções a cargo da União, dos Estados, dos Municípios, dos Territórios Federais, entidades autárquicas, paraestatais e de economia mista e particulares:

- a) a prática da clínica em tôdas as suas modalidades;
- b) a direção dos hospitais para animais;
- c) a assistência técnica e sanitária aos animais sob qualquer forma;
- d) o planejamento e a execução da defesa sanitária animal;
- e) a direção técnica sanitária dos estabelecimentos industriais e, sempre que possível, dos comerciais ou de finalidades recreativas, desportivas ou de proteção onde estejam, permanentemente, em exposição, em serviço ou para qualquer outro fim animais ou produtos de sua origem;
- f) a inspeção e a fiscalização sob o ponto-de-vista sanitário, higiênico e tecnológico dos matadouros, frigoríficos, fábricas de conservas de carne e de pescado, fábricas de banha e gorduras em que se empregam produtos de origem animal, usinas e fábricas de laticínios, entrepostos de carne, leite peixe, ovos, mel, cêra e demais derivados da indústria pecuária e, de um modo geral, quando possível, de todos os produtos de origem animal nos locais

6 - [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5517.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5517.htm)

- de produção, manipulação, armazenagem e comercialização;
- g) a peritagem sobre animais, identificação, defeitos, vícios, doenças, acidentes, e exames técnicos em questões judiciais;
- h) as perícias, os exames e as pesquisas reveladores de fraudes ou operação dolosa nos animais inscritos nas competições desportivas ou nas exposições pecuárias;
- i) o ensino, a direção, o controle e a orientação dos serviços de inseminação artificial;
- j) a regência de cadeiras ou disciplinas especificamente médico-veterinárias, bem como a direção das respectivas seções e laboratórios;
- l) a direção e a fiscalização do ensino da medicina-veterinária, bem, como do ensino agrícola-médio, nos estabelecimentos em que a natureza dos trabalhos tenha por objetivo exclusivo a indústria animal;
- m) a organização dos congressos, comissões, seminários e outros tipos de reuniões destinados ao estudo da Medicina Veterinária, bem como a assessoria técnica do Ministério das Relações Exteriores, no país e no estrangeiro, no que diz com os problemas relativos à produção e à indústria animal.

### CAPÍTULO III

Do Conselho Federal de Medicina Veterinária e dos Conselhos Regionais de Medicina Veterinária

Art 7º A fiscalização do exercício da profissão de médico-veterinária será exercida pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária, e pelos Conselhos Regionais de Medicina Veterinária, criados por esta Lei.

Parágrafo único. A fiscalização do exercício profissional abrange as pessoas referidas no artigo 4º inclusive no exercício de suas funções contratuais.

Art 8º O Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) tem por finalidade, além da fiscalização do exercício profissional, orientar, supervisionar e disciplinar as atividades relativas à profissão de médico-veterinário em todo o território nacional, diretamente ou através dos Conselhos Regionais de Medicina Veterinária (CRMV).

Art 9º O Conselho Federal assim como os Conselhos Regionais de Medicina Veterinária servirão de órgão de consulta dos governos da União, dos Estados, dos Municípios e dos Territórios, em todos os assuntos relativos à profissão de médico-veterinário ou ligados, direta ou indiretamente, à produção ou à indústria animal.

Art 10. O CFMV e os CRMV constituem em seu conjunto, uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

### ● **Enfermagem**

**Lei No 7.498/86 - regulamentação do exercício da Enfermagem <sup>7</sup>(25 de junho de 1986)**

<sup>7</sup> - [http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html) O Decreto Ley No 94.406/87 - Reglamenta la Ley no 7.498/86

Art. 1º – É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º – A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º – O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Art. 4º – A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

Art. 6º – São enfermeiros:

I – o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;

IV – aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea “d” do Art. 3º do Decreto no 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º – São técnicos de Enfermagem:

I – o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II – o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º – São Auxiliares de Enfermagem:

I – o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II – o titular do diploma a que se refere a Lei no 2.822, de 14 de junho de 1956;

III – o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do Art. 2º da Lei no 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei no 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV – o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei no 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei no 8.778, de 22

de janeiro de 1946, e da Lei no 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V – o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei no 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI – o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º – São Parteiras:

I – a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei no 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei no 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II – a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

### **Lei 5.905/73 – Criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem<sup>8</sup> (12 de julho de 1973)**

Art 1º São criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), constituindo em seu conjunto uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Art 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem.

Art 3º O Conselho Federal, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais, terá jurisdição em todo o território nacional e sede na Capital da República.

Art 4º Haverá um Conselho Regional em cada Estado e Território, com sede na respectiva capital, e no Distrito Federal.

Parágrafo único. O Conselho Federal poderá, quando o número de profissionais habilitados na unidade da federação for inferior a cinquenta, determinar a formação de regiões, compreendendo mais de uma unidade.

Art 5º O Conselho Federal terá nove membros efetivos e igual número de suplentes, de nacionalidade brasileira, e portadores de diploma de curso de enfermagem de nível superior.

#### **● Psicologia**

Lei n.º 4.119 - Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e Regulamenta a profissão de psicólogo<sup>9</sup> (27 de agosto de 1962)

Art. 1º - A formação em Psicologia far-se-á nas Faculdades de Filosofia, em cursos de bacharelado, licenciado e Psicólogo.

8 - <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128479/lei-5905-73>

9 - [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei\\_1962\\_4119.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1962_4119.pdf)

## Da revalidação de diplomas

Art. 17 - É assegurada, nos termos da legislação em vigor, a revalidação de diplomas expedidos por Faculdades estrangeiras que mantenham cursos equivalentes aos previstos na presente lei.

Parágrafo único - Poderão ser complementados cursos não equivalentes, atendendo-se aos termos do art. 8º e de acordo com instruções baixadas pelo Ministério da Educação e Cultura.

Art. 19. - Os atuais portadores de diploma ou certificado de especialista em Psicologia, Psicologia Educacional, Psicologia Clínica ou Psicologia Aplicada ao Trabalho expedidos por estabelecimento de ensino superior oficial ou reconhecido, após estudos em cursos regulares de formação de psicólogos, com duração mínima de quatro anos ou estudos regulares em cursos de pós-graduação com duração mínima de dois anos, terão direito ao registro daqueles títulos, como Psicólogos e ao exercício profissional.

## LEI No 5.766- Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia<sup>10</sup> (20 de dezembro de 1971)

Art 1º Ficam criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia, dotados de personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, constituindo, em seu conjunto, uma autarquia, destinados a orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo e zelar pela fiel observância dos princípios de ética e disciplina da classe.

### Do Conselho Federal

Art 2º O Conselho Federal de Psicologia é o órgão supremo dos Conselhos Regionais, com jurisdição em todo o território nacional e sede no Distrito Federal.

Art. 6º São atribuições do Conselho Federal:

- a) elaborar seu regimento e aprovar os regimentos organizados pelos Conselhos Regionais;
- b) orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo;
- c) expedir as resoluções necessárias ao cumprimento das leis em vigor e das que venham modificar as atribuições e competência dos profissionais de Psicologia;
- d) definir nos termos legais o limite de competência do exercício profissional, conforme os cursos realizados ou provas de especialização prestadas em escolas ou institutos profissionais reconhecidos;
- e) elaborar e aprovar o Código de Ética Profissional do Psicólogo;
- f) funcionar como tribunal superior de ética profissional;
- g) servir de órgão consultivo em matéria de Psicologia;
- h) julgar em última instância os recursos das deliberações dos Conselhos Regionais;
- i) publicar, anualmente, o relatório de seus trabalhos e a relação de todos os Psicólogos registrados;
- j) expedir resoluções e instruções necessárias ao bom funcionamento do Conselho Federal

---

10 - [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5766.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5766.htm)

- e dos Conselhos Regionais, inclusive no que tange ao procedimento eleitoral respectivo;
- l) aprovar as anuidades e demais contribuições a serem pagas pelos Psicólogos;
  - m) fixar a composição dos Conselhos Regionais, organizando-os à sua semelhança e promovendo a instalação de tantos Conselhos quantos forem julgados necessários, determinando suas sedes e zonas de jurisdição;
  - n) propor ao Poder Competente alterações da legislação relativa ao exercício da profissão de Psicólogo;
  - o) promover a intervenção nos Conselhos Regionais, na hipótese de sua insolvência;
  - p) dentro dos prazos regimentais, elaborar a proposta orçamentária anual a ser apreciada pela Assembléia dos Delegados Regionais, fixar os critérios para a elaboração das propostas orçamentárias regionais e aprovar os orçamentos dos Conselhos Regionais;
  - q) elaborar a prestação de contas e encaminhá-la ao Tribunal de Contas.

## ● Nutrição

### **Lei no 8.234, Regulamenta a Profissão de Nutricionista<sup>11</sup> (de 17 de setembro de 1991)**

Art. 1º A designação e o exercício da profissão de Nutricionista, profissional de saúde, em qualquer de suas áreas, são privativos dos portadores de diploma expedido por escolas de graduação em nutrição, oficiais ou reconhecidas, devidamente registrado no órgão competente do Ministério da Educação e regularmente inscrito no Conselho Regional de Nutricionistas da respectiva área de atuação profissional.

Parágrafo único. Os diplomas cursos de equivalentes, expedidos por escolas estrangeiras iguais ou assemelhadas, serão revalidados na forma da lei.

Art. 2º A carteira de identidade profissional, emitida pelo Conselho Regional de Nutricionistas da respectiva jurisdição é, para quaisquer efeitos, o instrumento hábil de identificação civil e de comprovação de habilitação profissional do nutricionista, nos termos da Lei no. 6.206, de 7 de maio de 1975, e da Lei no. 6.583, de 20 de outubro de 1978.

Art. 3º São atividades privativas dos nutricionistas:

- I - direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição;
- II - planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição;
- III - planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos;
- IV - ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição;
- V - ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;
- VI - auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética;
- VII - assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética;

<sup>11</sup> - Modifica a lei 5.276, de 24 de abril de 1967 que criou a profissão,  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1989\\_1994/L8234.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8234.htm)

VIII - assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

**LEI No 6.583, cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas<sup>12</sup> (de 20 de outubro de 1978)**

Art. 1º - Ficam criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Nutricionistas com a finalidade de orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de nutricionista, definida na Lei no 5.276, de 24 de abril de 1967.

Art. 2º - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Nutricionistas constituem, no seu conjunto, uma autarquia federal, com personalidade jurídica de direito público e autonomia administrativa e financeira, vinculada ao Ministério do Trabalho.

Art. 3º - O Conselho Federal de Nutricionistas terá sede e foro no Distrito Federal e jurisdição em todo o País e os Conselhos Regionais terão sede na Capital do Estado ou de um dos Estados ou Territórios da jurisdição, a critério do Conselho Federal.

Art. 4º - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Nutricionistas serão constituídos de 9 (nove) membros efetivos, com igual número de suplentes eleitos.

● **Fisioterapia e Terapia Ocupacional**

**Decreto lei n. 938, Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências<sup>13</sup> (de 13 de outubro de 1969)**

Art. 1º É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente Decreto-lei.

Art. 2º O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3º É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente.

Art. 4º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Art. 5º Os profissionais de que tratam os artigos 3º e 4º poderão, ainda, no campo de atividades específica de cada um:

- I - Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
- II - Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;
- III - supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

12 - [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1989\\_1994/L8234.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8234.htm)

13 - [http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=33](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=33)



Art. 6º Os profissionais de que trata o presente Decreto-lei, diplomados por escolas estrangeiras devidamente reconhecidas no país de origem, poderão revalidar seus diplomas.

Art. 7º Os diplomas conferidos pelas escolas ou cursos a que se refere o artigo 2º deverão ser registrados no órgão competente do Ministério da Educação e Cultura.

Art. 8º Os portadores de diplomas expedidos até data da publicação do presente Decreto-lei, por escolas ou cursos reconhecidos, terão seus direitos assegurados, desde que requirem, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, o respectivo registro observando quando fôr o caso, o disposto no final do Art. 6º.

Art. 9º É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ou de terapia ocupacional, o direito de requerer seu reconhecimento, dentro do prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data da publicação do presente Decreto-lei.

Art. 10. Todos aqueles que, até a data da publicação no presente Decreto lei exerçam sem habilitação profissional, em serviço público atividade de que cogita o artigo 1º serão mantidos nos níveis funcionais que ocupam e poderão ter as denominações de auxiliar de fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional, se obtiverem certificado em exame de suficiência.

### **Lei n. 6.316 – Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional<sup>14</sup> (de 17 de dezembro de 1975)**

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

#### **CAPÍTULO I**

#### **Dos Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**

Art. 1º São criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com a incumbência de fiscalizar o exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional definidas no Decreto-lei no 938, de 13 de outubro de 1969.

§ 1º Os Conselhos Federal e Regionais a que se refere este artigo constituem, em conjunto, uma autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho.

§ 2º O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional terá sede e foro no Distrito Federal e jurisdição em todo o País e os Conselhos Regionais em Capitais de Estados ou Territórios.

Art. 2º O Conselho Federal compor-se-á de 9 (nove) membros efetivos e suplentes, respectivamente, eleitos pela forma estabelecida nesta Lei.

### **● Fonoaudiologia**

### **Lei no 6.965, Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo e cria os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia<sup>15</sup> (de 9 de dezembro de 1981)**

14 - [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=506&psecao=5](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=506&psecao=5)

15 - [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6965.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6965.htm)

Art. 1º É reconhecido em todo território nacional o exercício da profissão de Fonoaudiólogo, observados os preceitos da presente Lei.

Parágrafo único. Fonoaudiólogo é o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz.

Art. 2º Os cursos de Fonoaudiologia serão autorizados a funcionar somente em instituições de ensino superior.

Parágrafo único. O Conselho Federal de Educação elaborará novo currículo mínimo para os cursos de Fonoaudiologia em todo o território nacional.

Art. 3º O exercício da profissão de Fonoaudiólogo será assegurado:

- a) aos portadores de diploma expedido por curso superior de Fonoaudiologia oficial ou reconhecido;
- b) aos portadores de diploma expedido por curso congênere estrangeiro, revalidado na forma da legislação vigente;
- c) aos portadores de diploma ou certificado fornecido, até a data da presente Lei, por cursos enquadrados na Resolução no 54/76, do Conselho Federal de Educação, publicada no Diário Oficial da União, de 15 de novembro de 1976:

§ 1º Os portadores de diploma ou certificado de conclusão de curso teórico-prático de Fonoaudiologia, sob qualquer de suas denominações - Logopedia, Terapia da Palavra, Terapia da Linguagem e Ortofonia, bem como de Reeducação da Linguagem, ministrado até 1975, por estabelecimento de ensino oficial, terão direito ao registro como Fonoaudiólogo.

§ 2º Serão assegurados os direitos previstos no art. 4º aos profissionais que, até a data da presente Lei, tenham comprovadamente exercido cargos ou funções de fonoaudiólogo por prazo não inferior a 5 (cinco) anos.

Art. 4º É da competência do Fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica:

- a) desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área da comunicação escrita e oral, voz e audição;
- b) participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;
- c) realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;
- d) realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala;
- e) colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências;
- f) projetar, dirigir ou efetuar pesquisas fonoaudiológicas promovidas por entidades públicas, privadas, autárquias e mistas;
- g) lecionar teoria e prática fonoaudiológicas;
- h) dirigir serviços de fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;

- i) supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Fonoaudiologia;
- j) assessorar órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, privados ou mistos no campo da Fonoaudiologia;
- l) participar da Equipe de Orientação e Planejamento Escolar, inserindo aspectos preventivos ligados a assuntos fonoaudiológicos;
- m) dar parecer fonoaudiológico, na área da comunicação oral e escrita, voz e audição;
- n) realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo.

Parágrafo único. Ao Fonoaudiólogo é permitido, ainda, o exercício de atividades vinculadas às técnicas psicomotoras, quando destinadas à correção de distúrbios auditivos ou de linguagem, efetivamente realizado.

Art. 5º O exercício das atividades de Fonoaudiólogo sem observância do disposto nesta Lei configurará o ilícito penal, nos termos da legislação específica.

Art. 6º Ficam criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia - CFF e CRF - com a incumbência de fiscalizar o exercício da profissão definida nesta Lei.

## ■ ■ URUGUAY

### ● ANEXO NORMATIVA

**Ley 9,202 del 12 de enero de 1934** / Ley Orgánica de Salud Pública.

Artículo 2º inciso 6 - dispone reglamentar y contralorear el ejercicio de la Medicina, Farmacia y profesiones derivadas, y los establecimientos de asistencia y prevención privados.

Artículo 13º.- Nadie podrá ejercer la profesión de Médico-cirujano, Farmacéutico, Odontólogo y Obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las Oficinas del MSP.

Artículo 14º.- Corresponde al MSP reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el Artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina. También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de la Instituciones Privadas de Asistencia, de las Sociedades Mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo.

Artículo 15º.- Ejerce ilegalmente la medicina el que, careciendo de título regularmente expedido o revalidado de acuerdo con las leyes de la Nación, se dedicare al tratamiento de las enfermedades ejerciendo actos reservados a las personas habilitadas por el Estado para tal fin.

Artículo 16º.- Se considera también ejercicio ilegal de la medicina, a los efectos de esta ley, la atribución de condiciones para curar enfermedades por cualquier medio aún cuando no sean los habitualmente empleados por la ciencia.

Artículo 18º.- No caen dentro de lo dispuesto en los Artículos anteriores, las actividades de practicantes de medicina y enfermeros, que serán reglamentados por la Autoridad Sanitaria.

**Ordenanza 360** del Ministerio de Salud Pública, del 27/07/2002

Visto: el Decreto No 460/001 de 27/11/2001, por el cual se creó el Departamento de Habilitación y Control de los Profesionales de la Salud;

RESULTANDO:

- I) la multiplicidad y diversidad de los cursos de niveles terciarios impartidos por Escuelas e Instituciones formadoras de recursos humanos;

II) que se determinarán los Técnicos Especializados Universitarios según los diferentes niveles de complejidad en cuanto a cargas horarias;

CONSIDERANDO:

I. la necesidad de reglamentar el registro de los profesionales de la salud y la adecuación de oferta de cursos a los reales intereses en la salud de la población;

II. que al Ministerio de Salud Pública le corresponde reglamentar y controlar el ejercicio de la Medicina, la Farmacia y profesiones derivadas;

III. que dentro de los cometidos del Departamento se encuentra el de habilitar el ejercicio de los profesionales técnicos y auxiliares relacionados con la salud.

IV. Que le corresponde además establecer pautas para la educación de los recursos humanos a las necesidades de la salud de la población evitando la sobreoferta y sobre-especialización de los recursos.

V. que es imprescindible establecer mecanismos similares en la formación contemplando la correspondencia entre títulos;

ATENCIÓN: a lo expuesto precedentemente y a lo dispuesto en la Ley No 9.202 – Orgánica de Salud Pública – de 12 de enero de 1934, la Ley No 15.661 de 20 de noviembre de 1984. Decretos No 308/995 de 29 de agosto de 1995 y No

460/001 de 27 de noviembre de 2001;

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

RESUELVE:

1º- Dispónese a partir de la fecha que la inscripción de los títulos, certificados o diplomas se deberá realizar a los efectos de la habilitación y control del ejercicio de las profesiones vinculadas con la salud y los correspondientes técnicos auxiliares.

2º- Se inscribirán los títulos de primer grado y postgrado, terciarios y no terciarios que provengan de Instituciones Docentes, Públicas o Privadas, habilitadas por los organismos competentes, Ministerio de Educación y Cultura, Universidad de la República, Ministerio de Salud Pública; cuya infraestructura, cursos y programas hayan sido reconocidos por estos organismos.

3º- Los títulos de Técnicos Especializados Universitarios, se registrarán únicamente cuando la carga horaria sea de una duración mínima de un año lectivo, dejando expresa constancia en la inscripción del nivel cursado.”

-**Decreto 346/72** del 16 de mayo de 1972: Se dispone que para ser considerado especialista en cualquier disciplina médica, será imprescindible la inscripción del título expedido o revalidado por la Universidad de la república, en el Ministerio de Salud Pública.

-**Decreto-Ley 14.294** del 31 de octubre de 1974, Artículo 14: El Ministerio de Salud Pública organizará, dentro del plazo de noventa días de promulgada la ley, un registro de profesionales médicos, médicos veterinarios y odontólogos, con sus nombres, domicilios, teléfonos particulares y de consultorio y con una copia autenticada de su firma.

-**Decreto Ley 15.661** del 23 de octubre de 1984: se establecen disposiciones para los títulos profesionales que otorguen las universidades privadas, dichos títulos deben inscribirse en el Ministerio de Educación y Cultura, así tendrán idénticos efectos jurídicos que los expedidos por la Universidad de la república.

-**Ordenanza Ministerial Número 16/91** de 10 de junio de 1991: Se establece que a partir de la fecha será obligatorio para la inscripción de profesionales de la salud en el registro respectivo de habilitaciones, la presentación del título expedido por la Institución de enseñanza competente, no admitiéndose inscripciones precarias.

-**Ordenanza Ministerial 192/95** de 14 de marzo de 1995: Se establecen normas respecto a la inscripción directores y técnicos de laboratorios de análisis clínicos.

- **Decreto 308/995**: Capítulo V - De los títulos profesionales.

-**Resolución Ministerial de Educación y Cultura 1113/02** del 11 de junio de 2002: se reconoce el nivel universitario del postgrado “master en medicina familiar y comunitaria” (plan 2000), presentado por la Universidad de Montevideo.

#### DE LA ENFERMERÍA:

- **Decreto 637/991** del 27 de noviembre de 1991: Creación de la Licenciatura de Enfermería en el ámbito de la Escuela de Sanidad “Dr. José Scosería”.

- **Decreto 356/996** del 10 de setiembre de 1996: se regula la creación y funcionamiento de las escuelas de enfermería.

- **Decreto 57/000** de 15 de febrero de 2000: Se regulan las actividades docentes de las escuelas de enfermería habilitadas por el M.S.P que realicen cursos de auxiliares de enfermería.

-**Ley 17.556** del 18 de setiembre de 2002 (Ley rendición de cuentas 2001).

-**Decreto 309/002**: Se dictan normas relativas al trámite a seguir en los casos de modificaciones producidas en las instituciones de enseñanza terciaria autorizadas o reconocidas.

-**Ley 17.678** del 30 de julio de 2003: Se modifica la ley 17.556, ley de rendición de cuentas y se deroga el art. 66 de la ley 17.555, ley de reactivación económica.

- **Decreto 90/006**: Se transfiere la Escuela Scosería a la Facultad de Enfermería de la UdelaR y sus competencias de control sobre las escuelas de enfermería privadas pasan a ser ejercidas por el MEC.

#### DE LOS ODONTÓLOGOS:

-**Ordenanza 730** del 11 de agosto de 1970: Se reglamenta el ejercicio de las tareas de los talleres de prótesis dental. Para realizar tareas de prótesis de laboratorio será necesario estar inscripto en el registro del M.S.P, ordenanza número 201, aprobada por el Poder ejecutivo con fecha 6 de julio de 1942., Será necesario presentar el diploma de “laboratorista dental”, expedido por la escuela de auxiliares del odontólogo de la facultad de odontología.

-**Decreto 99/98** del 18 de agosto de 1998: Se establecen recomendaciones técnicas sobre bioseguridad odontológica, sobre ejemplos: lavado de manos; utilización de guantes; utilización de túnica, etc..

-**Ordenanza 208** del 2 de mayo de 2002: Se autoriza la inscripción y registro de los títulos de Doctor en Odontología expedidos por la Universidad Católica del Uruguay.

### **SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD:**

-**Ley 18.335** y su Decreto reglamentario de Número 274/010, en donde se establecen normas sobre conducta médica.

## **ANEXO CURSOS DE AUXILIARES QUE SE REGISTRAN EN EL MSP**

### ● Interior del País

<b>Escuela de Enfermería</b>	
<b>Nombre de la Institución</b>	<b>Cursos</b>
<b>ARTIGAS</b> CIFE	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria CTI Pediátrico y Adulto Block Quirúrgico
FILIAL BELLA UNION	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
<b>CANELONES</b> TERCER MILENIO	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería
<b>CANELONES</b> ARTE Y CIENCIA	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería
<b>CANELONES</b> COLON Filial Las Piedras	Auxiliar de Servicio
<b>COLONIA</b> SACRAMENTO	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
<b>COLONIA</b> NUEVA GENERACION	Auxiliar de Servicio, de cocina y tisanería Auxiliar de Enfermería
<b>CERRO LARGO</b> CEAS	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
<b>DURAZNO</b> <b>SOLES DEL YI</b>	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos

<b>Escuela de Enfermería</b>	
<b>Nombre de la Institución</b>	<b>Cursos</b>
<b>FLORES</b> CENTRO SUR	Auxiliar de Servicio A Auxiliar de Enfermería Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria Auxiliar de Laboratorio Clínico
<b>MALDONADO</b> CECAS	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
SORIANO EDUPROMER	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria Auxiliar de Laboratorio Clínico
<b>PAYSANDÚ</b> FILIAL MATRIZ	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
<b>PAYSANDU</b> CRUZ ROJA URUGUAYA	Auxiliar de Enfermería
<b>RIVERA</b> ESCUELA DE ENFERMERIA	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones
<b>ROCHA</b> ANTARES Filial Chuy	Auxiliar de Enfermería Auxiliar Registros Médicos
<b>SALTO</b> ESCUELA PRIVADA DE ENFERMERIA SALTO	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
<b>SAN JOSE</b> EFAES	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
TACUAREMBÓ <b>EADES Itda</b>	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería
<b>TREINTA Y TRES</b> ESCUELA DE ENFERMERIA TREINTA Y TRES	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria

Tabla propia elaborada en base a la información de la web del MEC, [ww.mec.gub.uy](http://ww.mec.gub.uy), Agosto de 2013.



● **Montevideo**

<b>Escuela de Enfermería</b>	
<b>Nombre de la Institución</b>	<b>Cursos</b>
ANTARES	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> ASOCIACIÓN ENFERMERAS CATÓLICAS NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> CRUZ ROJA URUGUAYA	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> DR. EDUARDO BLANCO ACEVEDO	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria CTI Pediátrico y Adulto Block Quirúrgico
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> IDECAS	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones CTI Pediátrico y Adulto Block Quirúrgico
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> MATRIZ	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> MONTEVIDEO	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> NACIONAL DE ENFERMERÍA	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería Vacunaciones Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria

Escuela de Enfermería	
Nombre de la Institución	Cursos
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> SANIDAD DE LAS FF AA	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería CTI Pediátrico y Adulto Block Quirúrgico Auxiliar Registros Médicos Auxiliar Farmacia Hospitalaria
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> CECATS	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería
<b>ESCUELA DE ENFERMERÍA</b> <b>COLON</b>	Auxiliar de Servicio Auxiliar de Enfermería

Tabla propia elaborada en base a la información de la web del MEC, [ww.mec.gub.uy](http://ww.mec.gub.uy), Agosto de 2013.

## Anexo carreras de grado y posgrado de universidades privadas que se registran en el MSP

### Universidad Católica del Uruguay

1. Licenciado en Servicio Social
2. Licenciado en Enfermería
3. Licenciado en Fisioterapia
4. Licenciado en Nutrición
5. Licenciado en Psicomotricidad
6. Licenciado en Fonoaudiología
7. Licenciado en Psicología
8. Licenciado en Psicopedagogía
9. Ingeniero de Alimentos
10. Doctor en Odontología
11. Tecnicatura en Asistente Dental

### Maestrías

- Magíster en Psicología Educacional (requiere título de Licenciado en Psicología)
- Magíster en Intervención Psicopedagógica (requiere título Licenciado en Psicomotricidad y/o Licenciado en Psicopedagogía)
- Maestría en Nutrición Clínica (requiere título de Doctor en Medicina, Químico, Ingeniería de Alimentos, Licenciatura en Bioquímica, Enfermería y Nutrición)
- Maestría en Nutrición y Salud Pública (requiere título de Doctor en Medicina, Químico, Ingeniería de Alimentos, Licenciatura en Bioquímica, Enfermería y Nutrición)

- Maestría en Psicoterapia, orientación en Psicología Junguiana (requiere título de Licenciado en Psicología y/o Doctor en Medicina con especialización en Psiquiatría )
- Maestría en Psicología Clínica Cognitiva (requiere título de Licenciado en Psicología y/o Doctor en Medicina con especialización en Psiquiatría )
- Maestría en Psicología Clínica opción Niños y Adolescente requiere título de Licenciado en Psicología y/o Doctor en Medicina con especialización en Psiquiatría.
- Maestría en Psicología Clínica Familiar Sistémica requiere título de Licenciado en Psicología y/o Doctor en Medicina con especialización en Psiquiatría )
- Maestría en Psicología Educacional (requiere título de Licenciado en Psicología)
- Maestría en Intervención Psicopedagógica (requiere título de Licenciado en Psicología, Psicopedagogía y Psicomotricidad)

### Posgrados

- Especialización en Tecnología de los Alimentos (requiere título Ingeniería Química, Ingeniería de Alimentos, Medicina, Licenciatura en Nutrición y Dietética, Licenciatura en Bioquímica)
- Especialización de Ortodoncia y Ortopedia (requiere título Doctor en Odontología)
- Cirugía de Implantes y prótesis óseo-integradas (requiere título Doctor en Odontología)
- Especialización en Drogodependencia (requiere título de Doctor en Medicina, Licenciado en Psicología, Licenciado en Asistente Social, Psiquiatría, y Licenciado de Enfermería)
- Especialización en Diabetología (requiere título de Doctor en Medicina)
- Especialización en Psicología Clínica: Orientación Cognitiva. (requiere título de Licenciado en Psicología y/o Doctor en Medicina con especialización en Psiquiatría )
- Especialista en Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. (requiere título de Licenciado en Psicología y/o Doctor en Medicina con especialización en Psiquiatría)

### Universidad de Montevideo

#### Maestría

- Maestría de Medicina Familiar y Comunitaria (requiere título de Doctor en Medicina)
- Maestría en Farmacología Clínica (requiere título de Químico Farmacéutico)

#### Posgrado

- Especialización En Traumatología Y Ortopedia (requiere título de Doctor en Medicina)
- Especialización En Medicina de Emergencia (requiere título de Doctor en Medicina)

### **Universidad de la Empresa (UDE)**

1. Licenciado en Imagenología
2. Licenciado en Enfermería
3. Licenciado en Fisioterapia
4. Licenciado en Laboratorio Clínico

### **Instituto CLAEH**

1. Doctor en Medicina

### **Especializaciones y Maestrías**

- Política y Gestión de Salud

### **Anexo carreras de grado y posgrado de la universidad de la Republica (UdelaR ) que se registran en el MSP**

#### **Facultad de Veterinaria**

- Doctor en Ciencias Veterinarias
- Ingeniería de Alimentos

#### **Facultad de Ciencias**

1. Licenciatura en Biología Humana
2. Licenciatura en Bioquímica
3. Licenciatura en Ciencias Biológicas

#### **Especialización**

4. Biotecnología
5. Ciencias Biológicas

#### **Maestría**

- Biotecnología
- Ciencias Biológicas
- Doctorados
- Ciencias Biológicas

#### **Facultad de Química**

1. Bioquímico Clínico
2. Químico

3. Ingeniería de Alimentos
4. Bachiller en Ciencias Químicas
5. Licenciatura en Química
6. Ingeniería de Alimentos
7. Bachiller en Ciencias Químicas

**Especialización**

- Farmacia Hospitalaria

**Maestría**

- Ciencia y Tecnología de Alimentos
- Química
- Química, orientación Educación en Química

**Doctorados**

- Química
- Química, orientación Educación en Química

**Facultad de Enfermería**

- Licenciatura en Enfermería
- Auxiliar de Enfermería

**Títulos de Especialista por Competencia Notoria**

- Especialista en Enfermería Pediátrica
- Especialista en Enfermería de Emergencia Pediátrica
- Especialista en Enfermería en Cuidado Intensivo Pediátrica
- Especialista en Enfermería en Cirugía Pediátrica Cardíaca
- Especialista en Enfermería en Oncología Pediátrica
- Especialista en Enfermería en Diálisis Pediátrica
- Especialista en Enfermería en Materno Infantil
- Especialista en Enfermería en Neonatología
- Especialista en Enfermería en Obstetricia
- Especialista en Enfermería en Gerente-Geriátrica
- Especialista en Enfermería Médica
- Especialista en Enfermería Quirúrgica
- Especialista en Enfermería Médica Quirúrgica
- Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

- Especialista en Enfermería en Cuidados Intermedios
- Especialista en Enfermería en Anestesia
- Especialista en Enfermería en Block Quirúrgico
- Especialista en Enfermería en Diálisis Especialista en Enfermería en Oncología
- Especialista en Enfermería en Nemato-Oncología
- Especialista en Enfermería en Emergencias
- Especialista en Enfermería Estoma terapéutica
- Especialista en Enfermería en Neurología
- Especialista en Enfermería en Neurocirugía
- Especialista en Enfermería en Ortopedia y Traumatología
- Especialista en Enfermería en Nefrología
- Especialista en Enfermería en Ginecología
- Especialista en Enfermería en Cardiología
- Especialista en Enfermería en Cirugía Cardíaca
- Especialista en Enfermería en Neumología
- Especialista en Enfermería en Diabetología
- Especialista en Enfermería en Quemados
- Especialista en Enfermería en Infecciones Intra-Hospitalarias
- Especialista en Enfermería en Administración de Servicios de Salud
- Especialista en Enfermería en Administración de Servicios de Salud
- Especialista en Enfermería en Salud Mental

### **Maestría**

- Gestión de Servicios de Salud
- Salud Comunitaria
- Salud Mental

### **Facultad de Medicina**

- Doctor en Medicina
- Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades
- Licenciatura en Nutrición
- Obstetra – Partera
- Licenciatura en Obstetricia

### **Tecnicaturas y Tecnólogos**

- Anatomía Patológica
- Hemoterapia

- Podología
- Radioisótopos
- Cosmetología Médica
- Radioterapia
- Salud Ocupacional
- Registros Médicos

### **Licenciaturas**

- Fisioterapia
- Fonoaudiología
- Laboratorio Clínico
- Oftalmología
- Psicomotricidad
- Registros Médicos
- Imagenología
- Terapia Ocupacional
- Neumocardiología
- Instrumentación Quirúrgica
- Neurofisiología Clínica

### **Especializaciones**

- Coordinación de Trasplantes
- Investigación de la Salud con énfasis en Perinatología
- Neurodesarrollo
- Endoscopia
- Genética Médica –Opción Adultos
- Genética Médica – Opción Niños
- Gerontopsicomotricidad
- Infectología Pediátrica
- Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos
- Cardiología Pediátrica
- Cirugía Pediátrica
- Cuidados Paliativos de Adultos
- Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica
- Neonatología
- Neumología Pediátrica
- Terapia Intensiva Pediátrica

- Anatomía Patológica
- Banco Multitejidos para Trasplante
- Cardiología
- Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico
- Endocrinología y Metabolismo
- Enfermedades Infecciosas
- Farmacología y Terapéutica
- Gastroenterología
- Hematología
- Hemoterapia y Medicina Transfusional
- Laboratorio de Patología Clínica
- Medicina del Deporte
- Medicina Familiar y Comunitaria
- Medicina Intensiva
- Medicina Legal
- Medicina Nuclear
- Microbiología
- Nefrología
- Neumología
- Neuropediatría
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Parasitología y micología Médica
- Pediatría
- Psiquiatría
- Rehabilitación y Medicina Física
- Reumatología
- Salud Ocupacional
- Toxicología Clínica
- Anestesiología
- Cirugía Cardíaca
- Cirugía General
- Imagenología
- Medicina Interna



- Neurología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Psicoterapia en los Servicios de Salud
- Psiquiatría Pediátrica
- Traumatología y Ortopedia
- Urología
- Cirugía Vasculor Periférica
- Neurocirugía
- Especialización en Gestión de Servicios de Salud
- Maestría en Derechos de la Infancia y Políticas Públicas

### **Facultad de Odontología**

- Doctor en Odontología
- Laboratorista en Odontología
- Higienista en Odontología
- Asistente en Odontología
- Licenciatura en Biología Humana

### **Especializaciones**

- Endodoncia
- Gerodontología
- Odontología Restauradora Integral
- Prosthodontia
- Odontopediatría
- Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilo Facial
- Cirugía y Traumatología Bucal Maxilo Facial

### **Facultad de Psicología**

- Licenciatura en Psicología

### **Especializaciones**

- Psicogerontología

### **Maestría**

- Derechos de la Infancia Políticas Públicas
- Psicología Clínica

- Psicología Social
- Psicología y Educación

#### **Facultad de Ciencias Sociales**

- Licenciatura en Trabajo Social

#### **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación**

- Licenciatura en Biología Humana
- Ciencias Humanas

#### **Facultad de Ingeniería**

- Ingeniería de Alimentos
- Ingeniería Química

#### **Maestría**

- Ciencia y Tecnología de Alimentos



