

Documento de Trabajo
Regulación Profesional en Salud:
Análisis de normas regulatorias en
América del Sur

Departamento de Estudios y Desarrollo

Marzo 2021

Resumen

Los sistemas de salud se organizan mediante cuatro funciones básicas: la rectoría, el financiamiento, la provisión de servicios y la producción de recursos. La función de producción de recursos engloba la producción de recursos físicos y recursos humanos ¹.

La función de inversión en recursos humanos está presente en todos los sistemas de salud, los sistemas pueden al corto plazo utilizar solo los recursos creados en el pasado, sin embargo, es fundamental las decisiones racionales para el futuro del sistema. En este contexto de decisiones estratégicas de los sistemas se deben definir roles y funciones específicas del personal sanitario, las cuales están determinadas por las normativas y modelos de atención de los sistemas de salud. Estas definiciones se adoptan por quien ejercen la función de rectoría de los sistemas de salud, y deben tener en consideración los objetivos de equidad financiera y respeto por las personas usuarias del sistema de salud.

El personal sanitario es uno de los insumos más importantes del sistema de salud, el desempeño de los sistemas, está subordinado en última instancia a los conocimientos y aptitudes de los funcionarios del sistema. Esto queda en evidencia en el gasto ordinario en sanidad de los sistemas, el cual supera el 66% de la operación corriente de los servicios de prestación de salud².

Según la OMS, la relación de agente del personal clínico, puede producir desequilibrios financieros permanentes en los sistemas de salud, como consecuencia de un conjunto de incentivos perversos mal definidos inicialmente en las reglas de juego del sistema.

Dada la importancia estratégica otorgada a los equipos sanitarios, para poder mediar en el proceso de formación y entrega de competencias de los equipos de salud, es necesario definir el rol del profesional y los alcances de su labor profesional.

Esta delimitación normativa necesaria, se realiza a través de la regulación profesional en salud, que permite establecer reglas para abordar el tipo de formación en la creación del personal sanitario, a nivel curricular, de competencias esenciales, y en cuanto al rol y la autonomía de las profesiones de salud.

Dado los fenómenos de migración de los últimos cinco años se hace necesario mirar en perspectiva a la región y explorar los modelos de regulación profesional en América del Sur.

Palabras claves

Regulación profesional, Políticas públicas, Recursos humanos en Salud

Contenido

Resumen	2
Palabras claves	2
1. Marco Conceptual	4
2. Antecedentes de la regulación profesional en salud	5
2.1 Autonomía de las decisiones descentralizadas	5
2.2 Equipo de salud	5
2.3 Sobre la autonomía en el rol profesional	6
2.4 La superposición de roles en la práctica de salud	8
2.5 La regulación profesional en Sudamérica como herramienta de control	9
2.6 Rol de la organización político administrativa de los sistemas de salud	10
3. Metodología	11
4. Resultados	12
4.1 Descripción de modelos de regulación profesional en salud de América del Sur	12
4.1.1 Argentina	12
4.1.2 Bolivia	14
4.1.3 Brasil	15
4.1.4 Chile	16
4.1.5 Colombia	17
4.1.6 Ecuador	19
4.1.7 Perú	20
4.1.8 Paraguay	21
4.1.9 Uruguay	22
4.1.10 Venezuela	23
4.2 Análisis de los modelos de regulación Profesional en salud de América del Sur a través de la concentración rectora y territorial de los sistemas	24
5. Conclusiones	27
6. Referencias	28

1. Marco Conceptual

Garantizar prestaciones de calidad con un costo razonable y que generen impacto sanitario, nos permite caminar al desarrollo de instituciones de confianza para la población usuaria y a la vez mejorar el desempeño de los sistemas de salud ³.

Estos objetivos son orientados por la intervención de los estados, los cuales establecen la regulación de los recursos humanos en salud, introduciendo un marco orientador, delimitando las dinámicas de los profesionales de la salud en su formación, ejercicio y relaciones laborales⁴.

Trabajar con políticas regulatorias desde la perspectiva de los derechos de las personas asegura un impacto positivo para el funcionamiento de los sistemas de salud, para ello se debe construir una oferta de formación en relación a la provisión necesaria de los países, basada en el perfil epidemiológico, característica y tamaño de la población y condiciones contextuales.

El desarrollo en la práctica profesional puede estar vinculado con cambios continuos en las relaciones de poder entre profesionales, esto a menudo se expresa en los límites y autonomía de la práctica laboral del profesional en salud. Los diferentes contextos de prácticas también influyen en estas relaciones cambiantes entre los trabajadores y profesionales de la salud. La legislación que rige la práctica profesional difiere de un país a otro ⁵

Existe una diversidad de modelos de regulación condicionada por la organización heterogénea de los servicios de salud, pero, con factores comunes; tales como, la Organización territorial (concentrada o desconcentrada), la organización judicial (Leyes generales o específicas) y la organización rectora (Central o descentralizada)^{6 7}.

2. Antecedentes de la regulación profesional en salud

2.1 Autonomía de las decisiones descentralizadas

Estados Unidos fue pionero en reglamentar las profesiones sanitarias. Como casi todos los países, también comenzó con los médicos. En la medida que surgieron profesiones, estas se fueron regulando según el direccionamiento de las profesiones iniciales. Esta forma fragmentada de desarrollo, dio origen a los actuales modelos delegados sobre otros profesionales en el campo de la salud, jerarquizando así la estructura de los sistemas de salud.⁸ En EEUU se regula los programas de entrenamiento y calificación, el apresto (requisitos para el ejercicio) de cada profesión, su esquema de supervisión y los límites legales del ámbito profesional.

Estados Unidos desarrolló procesos de regulación descentralizados, donde se fueron responsabilizando a los estados del alcance de las prácticas de las profesiones de salud, lo que constituye un interesante ejemplo de la diversidad de regulaciones con alta influencia de agentes nacionales y locales. Esto, según Rounds (2013) y (Paolini, 2010), fomenta la autonomía de las decisiones, mejorando así su relación con el territorio más próximo (provisión de servicios en los estados) del sistema de salud norteamericano^{9 10}.

2.2 Equipo de salud

La regulación profesional en salud está estrechamente ligada al rol profesional y al principio de autonomía en salud. Siendo relevante en los últimos cuarenta años dado el desarrollo de las actividades clínicas diversas¹ y la construcción de equipos de salud multidisciplinarios.

El concepto de equipo de salud se fue desarrollando a través del tiempo. Así, a principio del siglo XVII y fines del siglo XX diversos modelos europeos surgen en pro o en nombre de la salud de las personas.¹¹

¹ Actividades Clínicas: Son un conjunto de acciones de los profesionales de la salud, tales como; consulta, control, procedimiento, cirugías, visita paciente, interconsulta, consultoría, reuniones clínicas, entre otras.

Con el surgimiento del hospital clínico en el siglo XV se congregan un conjunto de actividades de salud tales como: observación, diagnóstico, cuidado y tratamiento de los pacientes¹². Condición que fue modelando y diferenciando estas actividades a través del tiempo, lo que constituyó el preámbulo de los roles futuros. Sin embargo, estas actividades descritas tienen pocas semejanzas con los equipos de salud actuales, comúnmente denominados equipos multiprofesionales o interdisciplinarios, conformados por médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, dentistas, kinesiólogos, químicos, farmacéuticos, matronas, asistentes sociales, técnicos de salud, etc.

A mediados del siglo surgen producto del trabajo con veteranos de la segunda guerra mundial, las primeras experiencias multiprofesionales (estrategia orientada a la asistencia integral) en salud mental ². A mitad del siglo XX la fuerza laboral en salud aumentó considerablemente, producto del surgimiento de las teorías humanistas en la atención de pacientes de salud mental ¹³.

2.3 Sobre la autonomía en el rol profesional

Resumiendo, a Freidson (2018) ¹⁴ y Robbins (2018) ¹⁵ podemos decir que la autonomía profesional es la capacidad de un profesional de salud para determinar sus acciones a través de una elección basado en un conjunto de principios teóricos y reglas que actúan sobre las decisiones del profesional. Es decir, tienen la cualidad de ser independiente, libre y auto gobernante., basados en la libertad, independencia y discreción en la toma de decisiones; la organización de las actividades del trabajo; y la determinación de los procedimientos a utilizar para llevar a cabo dichas actividades.

Estas definiciones tienen en común los componentes de autodirección y la habilidad de controlar los componentes y términos de la práctica profesional. La lucha por hacer prevalecer la autonomía de cada disciplina del ámbito clínico, genera una tensión entre las profesiones, por lo que la regulación de esta autonomía es muy necesaria en los sistemas de salud.

² Después de la segunda guerra mundial, cuando se consigue una importante financiación de dicho gobierno para la investigación socio médica, debido al interés por el estudio de la influencia de los factores socio-culturales en la etiología de la enfermedad mental como consecuencia del cambio social, estrés y sobre todo a la prevalencia (aparentemente muy alta) de desórdenes psiquiátricos diagnosticados durante la selección de la población masculina para el servicio militar.

Cada profesión ha desarrollado a través del tiempo una carrera disciplinar, cercana a la ciencia, construyendo un método y definiendo en muchos casos un objeto de estudio.

Existe un conjunto de estudios e investigaciones que ratifican y consolidan el rol de cada profesional de salud en su desempeño, definiendo disciplinariamente su ámbito de manejo en el campo de la salud.

Por ejemplo, Vélez (2009) y Carrillo et al (2012), indican que la enfermería, a través de múltiples estudios, ha legitimado la autonomía de su profesión, permitiendo desarrollar un cuerpo de conocimientos propio de la profesión para la prestación de cuidados de salud a la población, ampliando sus fundamentos científicos y consolidándose como tal^{16 17}. Sin embargo, a pesar de la múltiple evidencia presentada, los colegios y asociaciones de enfermería del mundo han manifestado su disconformidad con la autonomía de su trabajo. Tanto Solomons y Spross (2011) como Salem (2013) y Salhani (2009) han reiterado una falta de autonomía o autoridad de los profesionales en enfermería a la hora de llevar a la práctica los cambios resultantes de la extensa investigación y nuevos conocimientos sobre su disciplina^{18 19 20}.

Otros autores que manifiestan las consecuencias de la carencia de autonomía en la práctica clínica respecto de otras profesiones de salud son Dean (2008) y Pinzón (2017). Los fisioterapeutas son el quinto grupo más grande de profesionales de la salud en el mundo y debido a su formación, están en una posición única para servir como consultores en el diseño de establecimientos de salud, comunidades, vecindarios, escuelas, negocios, fábricas e instalaciones saludables. Los autores plantean que la acción de fisioterapeutas puede minimizar las enormes cargas sociales y económicas de los factores y condiciones de riesgo asociados al estilo de vida, mejorando la calidad de vida de las personas^{21 22}.

Según Ljunggren (2001) y Ovretveit (1985), existe un campo de disputa entre el personal médico y los fisioterapeutas. Aunque tradicionalmente han realizado algunas intervenciones sugeridas por el médico, el profesionalismo y la autonomía de la profesión, así como un conjunto de intervenciones que se les han ido otorgando en algunas legislaciones en el mundo, han transformado su papel haciéndolo muy diferente a situaciones pasadas^{23 24}.

Según Ovretveit (1994) y Mulero-Portel (2003), la autonomía está referida a la capacidad del fisioterapeuta para decidir respecto a la evaluación diagnóstica y tratamiento, sin la obligación de una supervisión de un médico como autoridad clínica, a menos que se sospeche de negligencia, o que el fisioterapeuta defina que su práctica está alejada de su ámbito práctico. Esto establece como límite ético que el fisioterapeuta toma responsabilidad total de sus decisiones clínicas ^{25 26}.

En otras disciplinas del ámbito clínico, el problema de rol también se ve afectado por las relaciones de autonomía con otras profesiones y los espacios de poder que se juegan dentro de la institucionalidad del campo de la salud.

En el espacio de la salud mental Cummings (1979), Kenny (1992), Duro (2021) y Carrobles (2015), plantean como condición básica para la consolidación de la psicología en los sistemas sanitarios públicos, el fomento de mayores grados de autonomía y diferenciación respecto de la psiquiatría, y el posicionamiento directivo en la gestión de centros y unidades de salud mental. Según los autores, el sometimiento de los profesionales de la psicología en estos espacios finalmente profundiza los paradigmas psiquiátricos clásicos en desmedro de los modelos basados en la desinstitucionalización ^{27 28 29 30 31}.

2.4 La superposición de roles en la práctica de salud

Existe evidencia mundial sobre los conflictos respecto del rol de las profesiones del campo de la salud y las consecuentes luchas internas que poseen actores que se repiten de forma constante, situándose como agentes que dominan el espacio social de salud. El área de controversia más desarrollada se explicita en la superposición de roles, las relaciones de dependencia en los procesos clínicos y las jerarquías formales de los sistemas de salud. Daniel (1990), por ejemplo, sostiene que el proceso de profesionalización implica una ocupación en una serie de luchas para excluir o subordinar a sus competidores y asegurar monopolio legislado de la práctica sobre su territorio. En este sentido, la profesión médica en Australia, como sus contrapartes en el extranjero, ha sido singularmente exitosa³².

Por otro lado, Friedson sostiene que el concepto clave para la profesionalización de una ocupación en salud, se evidencia en el logro de la autonomía regulada por el gobierno sobre su trabajo. En su trabajo Friedson, considera que el conocimiento y experiencia profesional son secundarios para conseguir la autonomía, porque este reconocimiento requiere del desarrollo de conflictos políticos e ideológicos en el campo de la salud. Por tanto, solo una vez esté asegurada la autonomía de una profesión emerge el rol profesional. Una vez realizado este proceso, la autorización del estado u órgano donde la sociedad entrega esta facultad (en el caso de este estudio son las constituciones políticas) permitirá el desarrollo de su práctica, y así podrá determinar estándares y requisitos educativos, y a través de ello mantener un código de ética que proteja la autonomía^{28 29}.

El funcionamiento de equipos interdisciplinarios en el campo de la salud se ve negativamente afectado por el posicionamiento de alguna profesión dominante. Estos conflictos han sido bien documentados, al igual que algunas estrategias para resolverlos. Esta relación de dominación y subordinación problematiza la definición del rol profesional y la autonomía del ejercicio profesional: así, profesiones como enfermería, fisioterapia y psicología buscan con más vigor maximizar su propio poder y autonomía profesional^{35 36 37}.

2.5 La regulación profesional en Sudamérica como herramienta de control

La regulación profesional en Sudamérica está influida por diversos factores; reformas sectoriales de fines del siglo XX y principios del XXI, procesos migratorios de la región, transformaciones en modelos de atención, desarrollo tecnológico en las prácticas clínicas y el enfoque de derechos en salud para los usuarios de los sistemas³⁸

Según Nigenda (1997) existe un cuestionamiento a la discusión respecto de la regulación profesional como objeto de estudio, planteando una pregunta interesante, no solo acerca de los instrumentos para estudiar los modelos de regulación profesional en los últimos años en América del Sur. También, aborda la intuición de *“desprenderse claramente de la discusión sostenida en torno al modelo propuesto por Eliot Freidson hace ya más de 20 años”*. Lo que nos lleva a profundizar más allá de los modelos binomiales de Estado-

profesión (médica) sobre la cual están basados prácticamente todos los análisis de los modelos de regulación profesional existentes³⁹.

La regulación profesional durante los últimos 20 años, está orientada a través de la función de control del Estado respecto de las profesiones de salud, esto por la influencia del funcionamiento factual de los sistemas de salud, explicada en su rol de proveer servicios de salud a la población. En este enfoque, el Estado y las profesiones son entidades aisladas, con intereses de control, por un lado, y de regulación y de autonomía, por otro.

El desarrollo tecnológico y los procesos disciplinares de las profesiones en Sudamérica, han situado la discusión en las decisiones sobre los deslindes de los actos clínicos, la subordinación de la práctica, y la definición de competencias de los profesionales.

El desarrollo de conocimiento disciplinar experto ha ido contrastando la condición asimétrica de los componentes de los equipos de salud, acortando la brecha del control social y poder políticos descrito por Foucault y Willis en profesiones como los médicos. Esto, sumado a los modelos integrales de atención basados en la comunidad, son señales de desarrollo de equipos interprofesionales que deben articularse en función de los modelos de atención^{40 41}

Los procesos de regulación profesional en América del Sur están marcados por la influencia y recomendaciones de organismos internacionales y las reformas políticas de los países de la región. Así las reformas de América latina durante fines del siglo XX y principios del XXI, propiciaron la separación de funciones de rectoría y provisión de servicios. Lo que conllevó a discutir un reacomodo entre las facultades regulatorias de vigilancia y fiscalización de las competencias y ejercicio de los profesionales de la salud⁴².

2.6 Rol de la organización político administrativa de los sistemas de salud

El rol de la organización político administrativa de los sistemas de salud, está influido por recomendaciones de organismos internacionales y la definición en la organización de los estados (territorial y geopolítica). Esto generó una heterogeneidad en la organización. y la desconcentración de los sistemas de salud, las cuales no son ajenas al sistema político administrativo de los países. Algunos países propiciaron una descentralización

administrativa apuntando al aumento de la eficiencia en la asignación y la aprobación de recursos por parte de las administraciones nacionales⁴³.

Esto se realizó de múltiples formas, tales como: El traslado de competencias hacia niveles inferiores y horizontalmente integrados dentro de la administración nacional central; la transferencia de funciones específicas a instituciones locales del aparato ministerial; la creación de cuerpos colegiados asesores de las decisiones centrales; y el desarrollo de agencias semi estatales fuera de la burocracia tradicional de los ministerios⁴⁴.

Estos diferentes enfoques jurisdiccionales son procesos de discusión regulatoria, que se ven limitados en relación a los propios roles y definiciones que establecen las profesiones de salud, dado el proceso migratorio desarrollado en América de Sur en los últimos años, se hace necesario conocer el conjunto de regulaciones en América del Sur en las dimensiones de Organización territorial (concentrada o desconcentrada), la organización judicial (Leyes generales o específicas) y la organización rectora (Central o descentralizada), toda vez que este fenómeno, afecta directamente a la actividad clínica en nuestro país, existiendo un importante aporte de profesionales extranjeros en la actividad de salud en Chile^{45 46}.

3. Metodología

Este estudio es una revisión de la legislación de diez países sudamericanos, donde se analizan sus modelos de regulación profesional en salud. El objetivo central de este estudio es conocer los modelos de regulación para los recursos humanos en salud y su interacción con la integración regional en el tránsito de los profesionales de la salud en la región. El universo estuvo constituido por las normas jurídicas y no jurídicas de diez países de la zona subregional de América del Sur.

La unidad de análisis incorporó los siguientes instrumentos jurídicos: Constituciones, Códigos y leyes generales de salud, Códigos y leyes generales de educación superior y técnica, Códigos y leyes generales de trabajo.

Las técnicas de recolección de datos incluyeron: Recopilación, descripción y análisis de los documentos. Análisis descriptivos y narrativos, presentación de resultados y conclusiones.

4. Resultados

4.1 Descripción de modelos de regulación profesional en salud de América del Sur

4.1.1 Argentina

En Argentina, su constitución política (1994), consagra el derecho a la protección en salud, en su artículo 42, establece *“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios”*. Este artículo faculta la función rectora en autoridades centrales que establecerán los marcos regulatorios correspondientes. Insertando cláusulas que regulan sobre distintos derechos sociales relacionados con salud.

Siguiendo la tendencia mundial, los sistemas de regulación profesional para médicos sirvieron de base para las demás regulaciones de los equipos de salud. La regulación argentina reconoce (como la mayoría de los países) dos componentes fundamentales: la regulación que establece el Rector del sistema de salud (Estado-Gobierno), y la autorregulación de cada profesión a través de sus códigos éticos y normativa de los colegios profesionales⁴⁷.

La regulación del ejercicio profesional en salud está desconcentrado a nivel provincial. Por ejemplo, provincias, como Buenos Aires y Córdoba, han delegado sus facultades de otorgar matrícula profesional y certificación de la especialidad a los Colegios profesionales⁴⁷.

La información actual de los profesionales de la salud matriculados en todas las jurisdicciones de Argentina se encuentra en la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud (REFEPS), disponible en el Sistema Integrado de Información Sanitaria

Argentino (SIISA). Asimismo, está disponible la síntesis de la cantidad de matrículas por Formación y Jurisdicción, y las Profesiones que se matriculan en cada Jurisdicción⁴⁸.

La formación de los profesionales médicos está definida a través de la ley del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (22.127/80), entregando la facultad al Ministerio de Salud de Argentina para coordinar, regular y acreditar la formación de diversos posgrados en ámbitos asistenciales de profesionales de la salud. Está integrado por distintas residencias correspondientes a especialidades de la salud que se desarrollan en establecimientos asistenciales y sanitarios. Estos establecimientos son dependientes de diversas instituciones: la Autoridad Sanitaria Nacional, las Provincias, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, las Universidades, las Fuerzas Armadas y la Policía Federal y las instituciones privadas. El Ministerio de Salud, con la aprobación del Consejo Federal de Salud (COFESA), define los criterios y tendencias comunes aplicados en la organización y manejo de las residencias integrantes del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud ⁴⁹

El reconocimiento del ejercicio de los profesionales sanitarios se rige, antes de la descentralización, por la Carrera de Personal Profesional de los establecimientos hospitalarios y asistenciales, dependientes de la Subsecretaría de Políticas de Salud y Acción Social, esta norma se establece a través de Decreto Presidencial N° 277/91. Las carreras reconocidas por este decreto son: Médicos, Odontólogos, Obstétricas, Bioquímicos, Licenciados en Bioquímica, Licenciados en Ciencias Químicas, Doctores en Ciencias Químicas, Licenciados en Análisis Clínicos, Bacteriólogos, Farmacéuticos, Terapistas Físicos, Psicólogos, Licenciados en Psicología, Licenciados en Psicopedagogía, Psicopedagogos, Licenciados en Sociología, Antropólogos, Músico terapeutas, Terapistas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales, Licenciados en Terapia Ocupacional, Fonoaudiólogos, Licenciados en Fonoaudiología, Kinesiólogos, Licenciados en Kinesiología, Kinesiólogos Fisiatras, Fisioterapeutas, Dietistas Nutricionistas, Dietistas Nutricionistas, Licenciados en Nutrición, Asistentes Sociales, visitantes de Higiene, Visitadores de Higiene Social, Licenciados en Servicio Social de la Salud, Licenciados en Servicio Social.

Junto con la aprobación del Decreto N° 277 de 1991, se incorporó al sistema un proceso de negociación permanente a través del Decreto N° 1133 de 2009, donde se homologó el

primer Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial que regula específicamente a los profesionales sanitarios en el ámbito público que dependen del Ministerio de Salud.

Esa norma permitió la creación de una Comisión Permanente de Interpretación de la Carrera Profesional Sanitaria (COPICPROSA) -constituida por representantes del Estado empleador y de la parte gremial y con delegaciones en cada una de las instituciones descentralizadas del ámbito de aplicación del Convenio⁵⁰.

Finalmente, este conjunto de acuerdos se plasmó en el Acta Paritaria del 19 de mayo de 2009, con la firma de Primer Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial que regula específicamente la Carrera Profesional del Equipo de Salud que dependen del Ministerio de Salud y cuya homologación se dio por el Decreto N° 1133 de 2009⁵⁰

4.1.2 Bolivia

El estado de Bolivia consagra en su constitución política la salud como derecho fundamental, y obliga al estado a proteger la salud de la población. Además, declara como seguridad social los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia⁵¹.

El Código de Salud Boliviano declara como principio rector, regular el sistema de salud para *“la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población y define la salud como un bien de interés público”*. Esta norma general entrega al estado de Bolivia la *“responsabilidad de velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad”*⁵².

Esta norma central establece en el libro V la reglamentación de las profesiones de salud, en lo específico *“Del ejercicio de las profesiones de la salud”* y señala en su art. 125 que las profesiones con formación académica universitaria son: medicina, odontología, farmacia y bioquímica, educación sanitaria, enfermería, nutrición, veterinaria, y otras dentro del campo de la salud pública, que requieren del título en provisión nacional, el cual se debe encontrar inscrito ante la autoridad de salud y en los colegios profesionales correspondientes, previo a los requisitos administrativos establecidos⁵².

Así mismo, delega en la Autoridad de Salud la facultad para el control del ejercicio de las profesiones de la salud. Esta norma señala que, para ejercer como profesional especialista en salud, es necesario estar registrado en esta calidad ante la Autoridad de Salud.

La Autoridad de Salud está facultada para dictar las normas técnicas y administrativas para la formación, así como determinar las funciones y atribuciones de los profesionales en el campo de las ciencias de la salud ⁵².

4.1.3 Brasil

El reconocimiento y la formación de las profesiones de salud en Brasil tuvo su inicio en la colonia. La llegada de la familia real portuguesa incentivó la creación de dos facultades de Medicina y Cirugía, una en Río de Janeiro y otra en Salvador en 1808 ⁵³.

A partir del siglo XX se produjo una fuerte evolución de la salud pública brasileña, y es durante este período en que se perciba la relevancia de la “*salud colectiva*” para debatir las necesidades profesionales, de universidades y perfiles formativos ⁵⁴.

Avances en Brasil fueron la creación; De la Dirección General de Salud Pública en 1904, y el Departamento Nacional de Salud Pública en 1923, que provocó la formación de un grupo de salubristas brasileños, los cuales expresaron la necesidad de formar profesionales de acuerdo a las necesidades sociales, con relevancia pública en la formación.

El Modelo de Regulación Profesional en Brasil se consagra desde la Constitución Federal, y establece la competencia exclusiva de la Unión para legislar sobre la organización del sistema nacional de profesiones de salud.

El Congreso Nacional (poder legislativo) analiza demandas de la regulación profesional tras escuchar al Ministerio de salud, y atender a los demás agentes en la opinión pública, (incluidos los profesionales), para decidir si promulga las leyes o no.

Estas leyes establecen básicamente el derecho a ejercer, y los alcances operativos del ejercicio de profesión. También establece las autoridades reguladoras de cada profesión (los Consejos Profesionales en el caso de las profesiones autorreguladas). Cada profesión tiene su propia ley profesional específica ⁵⁵.

La institucionalización de la participación en salud se encuentra en la Ley 8142/90, en forma de Conferencias y Consejos de Salud, encargados de actuar en la formulación y realización de propuestas de estrategias, y en el control de la ejecución de políticas públicas de salud, incluso en sus aspectos económicos y financieros. Los Consejos de Salud están integrados 50% por representantes de los usuarios, 25% por representantes de profesionales de la salud, y el último 25% está dividido entre representantes de los servicios públicos y privados, con convenios de salud ⁵⁶.

En las profesiones de la salud, el Ministerio de Salud participa indirectamente en el proceso regulatorio de profesiones, a través de Consejos Estatales de salud, que tienen atribución de orden legal sobre la formación de recursos humanos para el sector salud. Una vez establecido el marco normativo de la regulación, le corresponde al Consejo de Salud supervisar el ejercicio de los profesionales.

4.1.4 Chile

La Constitución Política de la República de Chile en su artículo 9 establece el derecho a la protección de salud, y entrega al Estado la función de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de salud y la coordinación y control de las acciones de salud, entregando al Ministerio de Salud la función rectora del sistema de salud ⁵⁷.

En Chile la regulación del rol de cada profesional se establece a partir de una ley general que define las acciones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de Chile ⁵⁸.

Esta ley (Código Sanitario) regula el ejercicio de algunas de las profesiones de la salud, señalándolas específicamente en el Libro V de dicho cuerpo normativo, tales como los médicos, odontólogos y laboratoristas dentales, matronas, enfermeras, psicólogos, y tecnólogo médico con mención en oftalmología / optómetra⁵⁸.

Existe un conjunto de reglamentos y normas ministeriales que hacen mención de profesionales de salud que no están incluidos en la norma general y, a través de estas normas complementarias, permite su funcionamiento en el sector público y privado.

La ley de autoridad sanitaria (Ley 19.937) separó las funciones de provisión y de rectoría sanitaria, entregando la supervisión y vigilancia de las profesiones de salud a la

Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud., quien tiene la obligación de registrar a los profesionales de la salud en un registro nacional⁵⁹.

4.1.5 Colombia

Durante la década de los noventa (Ley 100 en 1993), Colombia reformó el anterior Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1976, instaurando el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con esta modificación se buscó abordar el mandato constitucional del Título 2 de la Constitución colombiana sobre la salud y la seguridad social para la población.

Esta reforma realizó cambios en la estructura y funcionamiento del sistema, modificando las funciones de rectoría y control, las cuales se comparten entre el Ministerio de Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud³, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los departamentos y municipios, y la Superintendencia de Salud. Todos estos organismos ejercen sus atribuciones, por intermedio de un conjunto de actos administrativos, los cuales reglamentan las labores establecidas constitucionalmente y las leyes que sustentan el sistema de salud colombiano⁴.

Este conjunto de normas de regulación del sistema de salud definen la estructura y las pautas de funcionamiento de aspectos relacionados con la calidad de la atención, el acceso a los servicios de salud, los sistemas de información, los deberes y derechos de cada uno de los actores involucrados, las guías y protocolos de atención y los planes de beneficios, entre otros⁶⁰.

El Ministerio de Educación Nacional es la institución responsable de la definición y actualización de criterios de calidad para el registro y acreditación de los programas de formación de los profesionales de la salud en el país, incluyendo las especializaciones, maestrías y doctorados del área⁶¹.

Al igual que otros países del continente, la educación médica, inicialmente, fue influenciada por la corona española. Originalmente se crea el protomedicato, el cual

³ Creada por la Ley 1122 de 2007

⁴ Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007

podía conceder licencias para el ejercicio del oficio y podía inspeccionar hospitales y boticas. Esta educación sentó las bases de las escuelas de medicina y de otras profesiones, que recibieron posteriormente los aportes de los modelos de enseñanza francesa y la estadounidense.

Los profesionales de la salud en Colombia están actualmente regulados en su ejercicio por la Ley 1164 de 2007. Esta ley dicta disposiciones en materia del Talento Humano en Salud y regula el ejercicio de todas las profesiones y ocupaciones de la salud. A su vez, define los requisitos para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud. Esta es una ley de carácter general que posee superioridad jerárquica sobre las otras leyes específicas en materia de profesiones o especialidades en salud⁶².

Las obligaciones de la ley 1164 son, contar con un título profesional, la inscripción en un registro único, contar con una identificación única, poseer un sistema de recertificación, y la organización colegial con funciones públicas. Además, todas estas profesiones ⁵están sujetas a las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Ministerio de la Protección Social.

Si bien, el ejercicio de la medicina es el ámbito de práctica profesional que posee más regulación (Ley 83 de 1914), en comparación con el resto de los profesionales, dada la evolución a través del tiempo de profesiones paramédicas, se han desarrollado diferentes normativas que regulan el ejercicio de otras profesiones de salud⁶³.

Esta reorganización de la regulación de otras profesiones, ha generado tensión en el desempeño y rol profesional. Estas controversias intentan ser abordadas, en parte, en la ley 1164, concediendo espacios a medicinas y terapias alternativas, y delimitando el campo del ejercicio de las profesiones y de las especialidades.

Otros aspectos relevantes, implementados a través de la regulación de la ley del talento humano en salud, están circunscritas al funcionamiento de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano (Decreto 2006/2008). Esta instancia sirve como instrumento

⁵ Medicina, odontología, Bacteriología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Optometría, Instrumentación Quirúrgica, Fonoaudiología, Terapia Respiratoria, Nutrición

mediador de la relación asistencial entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Protección Social, buscando una relación virtuosa que tenga impacto en la definición y acreditación de condición hospital universitario y escenarios de práctica clínica⁶².

4.1.6 Ecuador

La constitución política del Ecuador, en su artículo 3, establece como obligación al Estado Ecuatoriano garantizar el derecho a la salud. Además entrega la función de rectoría del sistema a la autoridad sanitaria nacional, siendo esta la responsable de formular la política nacional de salud, normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, entre ellas la regulación de los profesionales de salud.

La regulación de los profesionales de la salud está contemplada en el artículo 193 de la ley orgánica de salud. Esta ley vino a reemplazar el Código de la Salud del año 1971, el cual sufrió múltiples actualizaciones y reformas parciales que lo “*convirtió en un cuerpo legal disperso y desintegrado*”⁶. La promulgación de esta ley de salud, por tanto, buscaba la actualización de prácticas, procesos y organización del sistema de salud ecuatoriano.

Esta ley general de salud en su artículo 193 define a los profesionales de la salud como aquellos, cuya formación universitaria es de tercer o cuarto nivel y están dirigidas (específica y fundamentalmente) a dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas y prácticas, relacionadas con la salud individual y poblacional. Esta misma ley específica en su artículo 194 que, para ejercer como profesional de la salud, se requiere un título universitario conferido por una de las universidades establecidas y reconocidas legalmente en el país, o por una del exterior, revalidado y refrendado. En ambos casos este título debe estar registrado ante la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y por la Autoridad Sanitaria Nacional⁶⁴.

Así también, la Ley Orgánica de Educación Superior, en su artículo 104, entrega la competencia al Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior de desarrollar un examen de habilitación para el ejercicio

⁶ LA LEY ORGANICA DE SALUD del 2006 consagra en sus considerandos que “*actual Código de la Salud ha experimentado múltiples reformas parciales que lo han convertido en un cuerpo legal disperso y desintegrado*” para referirse al código anterior.

profesional, en aquellas carreras que su práctica pueda comprometer el interés público, y poner en riesgo la vida, la salud y la seguridad de la ciudadanía⁶⁵.

La obligatoriedad del examen de habilitación para el ejercicio profesional, junto a el permiso respectivo para desempeñarse laboralmente, es determinado por el Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, coordinado con la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación ⁶⁴.

El Ministerio de Salud Pública realiza el análisis de brechas de profesionales de la salud de acuerdo al Modelo de Atención Integral y a los niveles de atención en el marco del fortalecimiento del talento humano como eje del Sistema Nacional de Salud.

En junio del año 2017, el Ministerio de Salud Pública promulgó las Directrices para el ejercicio de las profesiones de la salud, con el objetivo de resumir el conjunto de normas involucradas en el ámbito de la regulación profesional de salud en Ecuador.

4.1.7 Perú

La constitución política del Perú de 1993 garantiza en su artículo 11 el libre acceso a las prestaciones de salud a través de un modelo mixto de provisión de servicios. La Constitución, en su artículo 9, entrega la función de rectoría del sistema a la autoridad sanitaria nacional, declarando su responsabilidad en la conducción de la Política Nacional de Salud.

Estas facultades se expresan a través de la Ley General de Salud 26.842, la cual norma la responsabilidad de la formulación de la Política Nacional de Salud, y entrega las funciones de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, entre ellas la regulación de los profesionales de salud⁶⁶.

Esta ley (26.842) establece en su Título II el “*ejercicio de las profesiones médicas y afines y de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud*”. En este sentido, la regulación de los profesionales de la salud está contemplada en los artículos 22, 23, 24 y 25, en los cuales se definen las obligaciones para desempeñar actividades profesionales

de medicina, odontología, odontología, farmacia o cualquier otra relacionada con la atención de la salud. También establece las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones, entregando la función punitiva y de vigilancia del ejercicio a los Códigos de Ética y normas estatutarias de los Colegios Profesionales correspondientes de cada profesión. También, especifica actividades propias de la medicina (diagnóstico, tratamiento y prescripción de medicamentos), y sus alcances a otras profesiones como la odontología y la obstetricia⁶⁷.

La regulación profesional en Perú desconcentra parte de las atribuciones de vigilancia, denuncia y sanción del ejercicio profesional a leyes específicas de las profesiones. Las leyes de educación son complementarias en los ámbitos de formación y especialidad. Además existen un conjunto de normas relacionadas con prácticas de medicina complementarias y alternativas, así como un expreso reconocimiento a las normativas sobre pueblos originarios, la protección del ambiente y de grupos vulnerables de la sociedad⁶⁸.

4.1.8 Paraguay

La Constitución paraguaya, en su capítulo VI, establece como derecho fundamental de las personas el acceso a la salud y delega las acciones sanitarias y desarrollo de políticas, programas y recursos al sistema nacional de salud, el cual contempla el sector público y privado.

El Estado paraguayo entregó el rol rector del sistema de salud al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), por lo que esta es la institución competente para la prestación, regulación y supervisión de todos los servicios sanitarios del país⁶⁹.

Las principales disposiciones normativas que regulan el actuar de los profesionales de la salud en Paraguay son la Constitución del Paraguay de 1992, el Código Sanitario, y la Ley N° 1.032/96 creadora del Sistema Nacional de Salud, así como los decretos que reglamentan estas leyes y las diversas resoluciones propias del Ministerio de Salud⁷⁰.

El código sanitario establece en su libro IV, las definiciones de “*los recursos humanos para la salud*”, establece criterios generales y atribuciones ministeriales para la provisión de RHS para salud los cuales serán “*universitarios, técnicos, auxiliares y voluntarios*,”

habilitados para cumplir tareas tendientes a la conservación, prevención o mejoramiento de las condiciones bio-psicosociales de la población del país, en forma individual o colectiva”.

Así también define como “profesiones en ciencias de la salud” aquellas “*disciplinas que tiendan, científica y técnicamente al empleo de acciones integrales y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación del estado de bienestar físico, mental y social y al control de los factores condicionantes de la salud de las personas.*”

70

Para poder ejercer las diversas profesiones relacionadas a la salud, únicamente se requiere el título de una universidad habilitada y la inscripción en el MSPBS. A partir de ahí, cada profesional es libre de ejercer su actividad en la forma que crea conveniente y no existe un órgano específico que se dedique específicamente a monitorear y controlar que los profesionales de la salud actúen conforme a las mejores prácticas de la profesión, y que, si así no lo hicieran, aplique una sanción adecuada ⁷¹.

4.1.9 Uruguay

La Constitución Política del Uruguay confiere en su Artículo 44, la función de legislar todas las cuestiones relacionadas con “*la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país*”. Así como la obligación de los habitantes por el cuidado de su salud y el compromiso de proporcionar acceso gratuito a los medios de prevención y de asistencia a la población con recursos insuficientes para financiar su atención⁷².

La ley Orgánica de Salud Pública de Uruguay (Ley 9.202/1934) entrega al Ministerio de Salud Pública, la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene.

Esta ley, en sus artículos 13,14, 15, 16 y 17 del capítulo III, define algunos requisitos generales para el ejercicio de la medicina, farmacéutica, odontología y obstetricia; entrega al Ministerio de Salud Pública la función de reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones; y entrega facultades de reglamentación y vigilancia sobre asociaciones gremiales y científicas de profesionales de salud ^{73 74}

También en su artículo 18 entrega facultades a la autoridad sanitaria para reglamentar otras profesiones y funciones técnicas del ámbito clínico⁷⁰.

Como en otros países de la región, la normativa de los servicios de salud, a través de mecanismos de contratación y el desarrollo la carrera de los funcionarios, han ido redefiniendo los roles y funciones de manera supletoria, a través de leyes específicas, como se muestra en las modificaciones legales para dar cuenta del ejercicio a distancia o telemático en el periodo de la pandemia del COVID 19.

4.1.10 Venezuela

La Constitución de la República Bolivariana establece la salud como un derecho fundamental, y obliga al Estado a promover y desarrollar las políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el derecho de la protección en salud. También entrega la función de rectoría al Ministerio de Salud y la responsabilidad de gestionar el sistema público nacional de salud intersectorial, descentralizado, participativo, gratuito, universal, integral, equitativo y solidario. Además, señala específicamente la función reguladora del estado sobre instituciones públicas y privadas de salud⁷⁵.

La Ley Orgánica de Salud de Venezuela (Ley N° 36.579/1998) regula todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República; establece las directrices y bases de salud; y determina la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica.

Esta ley, en los artículos 58, 59, 60, 61 del Título VI, regula los alcances y actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, ya sea en el ámbito público o privado de atención clínica. El ejercicio de las profesiones en ciencias de la salud dentro de la Administración Pública en salud, se enmarca en “*un sistema de normas y procedimientos relativos a ingreso, reingreso, traslados, ascensos, remuneración, prohibiciones*”. Además, los alcances de esta norma son suplementados por lo dispuesto en las leyes de ejercicio de las profesiones en el ámbito público por las leyes de Carrera Administrativa, Orgánica del Trabajo y las Convenciones Colectivas del Trabajo⁷⁶.

Las profesiones poseen leyes específicas de ejercicio profesional que son reconocidas por la Constitución y las Leyes Generales de Salud y Educación. Cada ley en su mérito establece requisitos específicos. También entrega la vigilancia del ejercicio a los colegios

profesionales, estableciendo las sanciones de mal ejercicio al Ministerio de Salud a propuesta de los órganos colegiados⁷⁷.

4.2 Análisis de los modelos de regulación Profesional en salud de América del Sur a través de la concentración rectora y territorial de los sistemas

Un modelo o sistema de regulación profesional en salud “*se puede definir como el mecanismo usado para establecer las características de la práctica y los estándares técnicos a alcanzar*”. Por tanto, establece las reglas en el ingreso al mercado laboral, la certificación de competencias, la vigilancia en su ejercicio y la certificación de su desempeño^{71 39}.

Estas características son transversales a las funciones de los sistemas de salud, por lo que son parte de las definiciones de rectoría, financiamiento, provisión y generación de recursos. Es decir, el modelo de regulación profesional podría incidir e influenciar al modelo de organización del sistema de salud.

Algunas clasificaciones sobre la regulación profesional en salud se enfocan en: la estructura del mercado laboral (público/privado), los mecanismos de remuneración (simple/incentivos/, mixto), y la organización normativa del sistema de salud (control rector/autonomía profesional).

El análisis narrativo propuesto se enfoca en el tipo de organización normativa de los países de América del Sur, con el fin de conocer la heterogeneidad de los sistemas regulatorios y las potencialidades de vínculo entre países de la región.

El plantear una aproximación sobre los enfoques jurisdiccionales, nos permite entender los alcances de la gobernanza de los sistemas de salud y su expresión territorial (concentrada o desconcentrada). Esta situación es muy relevante, pues nace en el principio de desconcentración del estado, y establece un correlato para desarrollar las políticas de integración de las redes asistenciales a nivel nacional.

En la presente revisión (como se observa en la Tabla 1) encontramos por una parte modelos de regulación con mayor nivel de desconcentración territorial de las decisiones en países como Brasil, Argentina, Bolivia, y por otra parte países con mayores atribuciones concentradas como Chile, Uruguay y Perú.

Estos modelos de sociedad, están refrendados en mayor y menor medida en sus constituciones, y las atribuciones específicas a organizaciones desconcentradas versus la concentración territorial en el gobierno central están consagradas de manera específica en las leyes generales de salud de cada país.

Las definiciones de descentralización de estos países, están construidas en amplios acuerdos sociales por incorporar la participación de los territorios en las decisiones centrales. Así, los aspectos encontrados en esta revisión nos permiten describir el funcionamiento de estos acuerdos sociales en los sistemas de regulación profesional en salud.

En el caso de Argentina y Brasil existe un traslado de competencias hacia niveles inferiores y horizontalmente integrados dentro de la administración Federal, siendo los mejores ejemplos de una desconcentración general. Esto aporta positivamente en los modelos de participación de los agentes del sistema de salud, estableciendo una delegación burocrática a través de los consejos de salud los cuales inciden en la planificación y desarrollo de los planes de salud de países y otras instancias deliberativas que afectan las decisiones estratégicas de los sistemas de salud.

Por su parte Chile, Perú y Uruguay poseen una concentración total de atribuciones y solo existe desconcentración funcional en ciertos ámbitos como la provisión. La regulación profesional, por su parte, se ejerce desde la rectoría ministerial centralizada.

Tabla 1. Los modelos normativos de regulación profesional en América del Sur.

Ambitos del modelo de regulación	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Paraguay	Peru	Uruguay	Venezuela
Derecho Salud (Constitucional)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Función Rectora Ministerial	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Regulación Ley General (Código)	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Regulación Ley Especifica	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI
Autoregulación del ejercicio profesional	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI/PARCIAL ^(b)	NO	SI
Delegación de funciones Colegios Profesionales	SI/PARCIAL ^(a)	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI

^(a) La delegación de funciones en los Colegios en Argentina es parcial pues depende de cada Provincia

^(b) La autorregulación esta definida en un ley especifica para cierta profesiones

Fuente elaboración propia

La discusión sobre la autonomía profesional de salud influye en múltiples dimensiones de la estructura de los sistemas de salud.

Esta condición se evidencia en los modelos de gobernanza normativas de la regulación de los profesionales de la salud. Al igual que los sistemas de salud de países de ingresos altos, en América del Sur la regulación está en tensión entre la definición de los roles profesionales y la posición de los agentes para influenciar los espacios laborales⁶.

Esta discusión se representa en América del Sur, en la tensión entre la organización a través de leyes generales, como el caso de Chile, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Uruguay, y leyes más desconcentradas y específicas, como es el caso de Brasil y Argentina, y otros países que han delegado algunas funciones a leyes específicas de profesiones de salud como Colombia, Perú y Venezuela.

Según Borracci (2015), la autonomía profesional a menudo se describe como un reclamo de los profesionales que tiene que servir principalmente a sus propios intereses. Sin embargo, también puede verse como un elemento de un ideal profesional que puede funcionar como un estándar para la práctica clínica⁷¹. Esta comprensión normativa de la profesión en salud y su autonomía profesional, según el autor se enfrenta a las siguientes amenazas:

- a) Erosión interna de la autonomía profesional debido a la falta de control de calidad profesional.
- b) Presión por el gasto exponencial en salud, en específico del recurso humano, en las decisiones sobre el costo de la producción de servicios.

Estos dos factores se evidencian en el avance de países como Argentina, Brasil, Perú y Venezuela que han descentralizado decisiones que favorecen la autorregulación profesional, transfiriendo facultades y funciones a colegios profesionales, consejo de salud o a cualquier órgano que promueva la vigilancia y control ético de la práctica clínica.

Esta tendencia contrasta con países como Chile, Colombia, Bolivia y Paraguay que no han avanzado con la velocidad que plantea la literatura presentada en el marco conceptual de este documento.

5. Conclusiones

La regulación profesional en América del Sur, posee características transversales en el ámbito de la rectoría, dado que todos los países han consagrado a través de su norma constitucional la responsabilidad de rectoría a los ministerios de salud.

Las diferencias de los modelos de regulación, en lo concerniente a la descentralización de funciones y responsabilidades, se puede explicar por el tipo de desarrollo que han tenido los sistemas de salud y en la organización políticas de esos países.

Las similitudes en los procesos de organización no garantizan una integración regional debido al tipo de normas específicas en formación y práctica clínica de los países.

Los esfuerzos de los organismos internacionales debieran centrarse en el desarrollo de programas bilaterales de regulación a fin de intervenir sobre procesos factuales. Lo que es contrario a las metas regionales planteadas por la Organización Panamericana de la Salud, por ejemplo, las metas sobre promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación. ⁷

Los profesionales en sus diversos modelos de regulación buscan reconocimiento de su rol profesional, autonomía y la delimitación de su quehacer profesional.

Debe profundizarse estudios de comparación de programas de competencias, acreditación de calidad y ejercicio profesional en la región.

⁷ Meta 11 Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud. Meta 12 Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud. Meta 13 Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

6. Referencias

1. WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. WHO. World Health Organization; 2013.
2. OPS. Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud. Pers que Cuid Pers Dimens humana y Trab en salud. 2012;
3. Temes Montes JL, Mengíbar Torres M. Gestión hospitalaria. McGraw-Hill Interamericana; 2007. 694 p.
4. Wenghofer EF, Kam SM. Evolving Professional Regulation: Keeping up with Health System Evolution. *Healthc Pap*. 2017;16(4):30–5.
5. Velloso ISC, Ceci C. Power and practices: questions concerning the legislation of health professions in Brazil. *Nurs Philos*. 2015 Jul;16(3):153–60.
6. Polder JJ, Jochemsen H. Professional autonomy in the health care system. *Theor Med Bioeth*. 2000;21(5):477–91.
7. Hoogland J, Jochemsen H. Professional autonomy and the normative structure of medical practice. *Theor Med Bioeth*. 2000;21(5):457–75.
8. Dower C, Moore J, Langelier M. Analysis & commentary: It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Aff*. 2013 Nov 2;32(11):1971–6.
9. Rounds LR, Zych JJ, Mallary LL. The consensus model for regulation of APRNs: implications for nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013 Apr;25(4):180–5.
10. Albanese NP, Rouse MJ. Scope of contemporary pharmacy practice: roles, responsibilities, and functions of pharmacists and pharmacy technicians. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2010;50(2):e35–69.
11. da Costa Saar SR, Trevizan MA. Professional roles of a health team: a view of its components. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):106–12.
12. de Micheli A. En torno a la evolución de los hospitales. *Gac Med Mex [Internet]*. 2005 [cited 2022 Feb 2];141(1):57–62. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Balarezo-López G. Sociología médica: origen y campo de acción. *Rev Salud Pública [Internet]*. 2018 Jan 1 [cited 2022 Feb 2];20(2):265–70. Available from: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.46430>
14. Freidson E. The Structural Solution to the Problem of Professional Authority. *Prof Domin*. 2018 Dec 15;105–26.
15. Robbins S, Judge T. *Essentials of organizationla behavior*. Pearson. New York, NY; 2018.
16. Vélez E. Research in Nursing: Basics of the Discipline. *Rev Adm Sanit*. 2009;341–56.
17. Eliazar Carrillo González E, Arras Vota AM, Moriel Corral L. La Profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. *Tecnociencia Chihuahua*. 2012;6(Tecnociencia Chihuahua):1–8.
18. Solomons N. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag*. 2011 Jan 19;1:109–20.
19. Salem O. Evidence based nursing practice inside and outside middle east. *World Appl Sci J*. 2013;(27)7(7):803–10.
20. Salhani D, Coulter I. The politics of interprofessional working and the struggle for professional

- autonomy in nursing. *Soc Sci Med*. 2009;68:1221–8.
21. Dean E. Exercise Specialists and the Health Priorities of the 21st Century: A New Perspective on Knowledge Translation for the Physical Therapist. *Fisioterapia*. 2008;68:3–7.
 22. Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, Reyes Morales H. [Health expenditures, income inequality, and the marginalization index in Mexico's health system]. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 Jan;35(1):1–7.
 23. Ljunggren AE. Attitudes of Physiotherapists to Training and Exercise. 2001.
 24. Øvretveit J. Medical dominance and the development of professional autonomy in physiotherapy. *Sociol Heal Illn*. 1985;7:76–93.
 25. Øvretveit J. Changes in profession-management, autonomy, and accountability in physiotherapy. *Physiother*. 1994;80:605–8.
 26. Mulero Portela A. Autonomía profesional en la práctica de terapia física. *Rev Iberoam Fisioter y Kinesiol* [Internet]. 2003 Dec 1 [cited 2022 Jan 26];6(2):91–100. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-autonomia-profesional-practica-terapia-fisica-13063626>
 27. Cummings N. Salud mental y seguro médico nacional: una historia de la lucha por la autonomía profesional. En CA Kiesler, NA Cummings y GR VandenBos (Eds.), *Psicología y seguro médico nacional: libro de consulta*. Asoc Am Psicol. 1979;5–16.
 28. Kenny D, Adamson B. Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority. *Aust Heal Rev*. 1992;15:319–34.
 29. Juan Carlos Duro Martínez. La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: la insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica y Salud*. 2016;27:45–50.
 30. Baum A, Song Z, Landon BE, Phillips RS, Bitton A, Basu S. Health Care Spending Slowed After Rhode Island Applied Affordability Standards To Commercial Insurers. *Health Aff (Millwood)*. 2019 Feb;38(2):237–45.
 31. Carrobbles J. Presente y futuro de la psicología clínica y sanitaria en España: Una visión alternativa. *Papeles del Psicol*. 2015 Jan 1;36:19–32.
 32. Daniel A. Medicine and the State Professional autonomy and public accountability. *Política y Soc*. 2011;48(2):259–76.
 33. Friedson F. *Professions and their prospects*, Beverly Hills, California, Sage Publications. 1971.
 34. Friedson F. *Profession of Medicine*, N.Y., Harper and Row. 1970.
 35. Turner B.S. The vocabulary of complaints: nursing, professionalism and job context. *Aust New Zeal J Sociol*. 1986;22(3'The vocabulary of complaints: nursing, professionalism and job context):368–86.
 36. Gray I. Militancy, unionism and gender ideology. A study of hospital nurses. *Work Occup*. 1989;16(2):137–52.
 37. Lamrosch S., Sullian P., Haldeman L. How nurses get their way: power strategies in nursing. *J Prof Nurs*. 1987;3(5):284–90.
 38. Grau C, Margarita M, Fernández Eduardo Araya M. ¿Cómo los aspectos institucionales y organizativos inciden sobre la equidad? El caso de la política con enfoque de derechos de la salud en Chile* [Internet]. Vol. XVII, *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*. Facultad de Ciencias Sociales; 2011 [cited 2020 Sep 14]. Available from: <http://agora.edu.es/servlet/articulo?codigo=4112201&info=resumen&idioma=SPA>
 39. Nigenda, Maria Helena, Machado, Gustavo. Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: elementos teóricos para su análisis. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(4):685–92.
 40. Foucault M. El sujeto y el poder. *Rev Mex Sociol* [Internet]. 1988 Jul [cited 2020 Aug

- 16];50(3):3. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3540551>
41. Foucault M. Historia de la medicalización [Internet]. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. 1977 [cited 2020 Aug 16]. Available from: [http://www.academiaperuanadepsicologia.net/2012/Foucault%2C M. Historia de la medicalizacin.pdf](http://www.academiaperuanadepsicologia.net/2012/Foucault%2C%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizacin.pdf)
 42. Infante A, De La Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2000 [cited 2022 Jan 27];8(1–2):13–20. Available from: <http://www.americas.>
 43. Salinas H, Lenz R. Reformas de salud en latinoamerica: temas seleccionados para conversar. In 2001. p. 112.
 44. Falleti TG. A Sequential Theory of Decentralization: Latin American Cases in Comparative Perspective. *Am Polit Sci Rev* [Internet]. 2005 Aug [cited 2022 Jan 27];99(3):327–46. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/abs/sequential-theory-of-decentralization-latin-american-cases-in-comparative-perspective/872938B9498E62BC420B15C377F1BB7D>
 45. Falleti T. Effects of decentralization on cross-government relations: Brazil from a comparative perspective. *Sociologias*. 2006;(16):46–85.
 46. Escobar-Lemmon MC. Executives, legislatures, and decentralization. *Policy Stud J*. 2006 May;34(2):245–63.
 47. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud | Argentina.gob.ar [Internet]. [cited 2021 Dec 17]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>
 48. Salud M de. Regulación del ejercicio profesional [Internet]. Argentina. 2021 [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/formacion/regulacion-ejercicio-profesional>
 49. Ministerio de Salud de Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud [Internet]. Argentina. 2021 [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>
 50. Nación SL y T de la P de la. BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA [Internet]. Buenos Aires. 2021 [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/>
 51. Plurinacional B y AHAL. La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia [Internet]. 1999 [cited 2022 Feb 7]. Available from: <http://hemeroteca.vicepresidencia.gob.bo/>
 52. Gaceta Oficial de Bolivia. Código de salud de la República de Bolivia. 1978 p. 60.
 53. Barreto AL, Filgueiras CAL. Origens da Universidade Brasileira. *Quim Nova* [Internet]. 2007 [cited 2021 Dec 30];30(7):1780–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422007000700050&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 54. Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad méd soc*. 1999;(75):5–30.
 55. Nacional I. Diário Oficial da União - Imprensa Nacional [Internet]. Brasil. 2021 [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.in.gov.br/consulta/>
 56. Lenita Ñ, Wendhausen P. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev EspaÑ\pmola Salud PÁ\textordmasculineblica* [Internet]. 2006;80:697–704. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000600009&nrm=iso
 57. Biblioteca del Congreso Nacional. Constitución Política de la República de Chile [Internet]. Valparaíso; 2021. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242302>
 58. BCN. Código Sanitario. Bibl del Congr Nac Chile. 2011;

59. Ley-19937 24-FEB-2004 MINISTERIO DE SALUD - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2020 Sep 9]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar/imprimir?idNorma=221629&idVersion=2008-12-31>
60. Torres CH. El derecho fundamental a la salud retos de la Ley Estatutaria. Bogota: Congreso Nacional de Colombia; 2020.
61. Biblioteca del Congreso Nacional de Colombia. Biblioteca del Congreso [Internet]. 2021. Available from: <https://www.senado.gov.co/biblioteca/index.php/catalogo>
62. Imprenta Nacional de Colombia. Diario Oficial de Colombia [Internet]. Oficial. 2022. Available from: <http://svrpubindc.imprenta.gov.co/diario/>
63. Salud S de. Superintendencia Nacional de Salud [Internet]. Colombia. 2021 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Home.aspx>
64. Republica de Ecuador. Registro Oficial del Ecuador [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.registroficial.gob.ec/>
65. Nacional A. Archivo Biblioteca [Internet]. República de Ecuador. 2021. Available from: <http://archivobiblioteca.asambleanacional.gob.ec/archivo-biblioteca>
66. El Peruano. Diario Oficial El Peruano [Internet]. Peru. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: https://diariooficial.elperuano.pe/Normas?_ga=2.90756890.1035202973.1643364826-1132736881.1643037496
67. MINSA. Ministerio de Salud [Internet]. Gobierno del Perú. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.gob.pe/minsa>
68. SUSALUD. Superintendencia Nacional de Salud [Internet]. Gobierno del Perú. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.gob.pe/susalud>
69. Corte Suprema de Justicia. Publicaciones de Leyes, Decretos y Resoluciones [Internet]. BASE LEGISLATIVA. 2021 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.csj.gov.py/legislacion>
70. Social M de SP y B. Publicaciones Página Oficial Ministerio [Internet]. Paraguay. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.mspbs.gov.py/index.php>
71. Borracci, Mauro. Modelos de regulacion profesional en salud. REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA / VOL 83 Nº 3 / JUNIO 2015. 2015.
72. Oficiales IN de I y P. Diario Oficial en Línea [Internet]. Boletín Oficial del Estado. 2021 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.impo.com.uy/diariooficial>
73. Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Uruguay. Portal Documental [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://uruguay.observatoriorh.org/>
74. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Personal de la salud [Internet]. Oficial. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/personal-salud>
75. Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela. Gaceta Oficial [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
76. Salud M del PP para la. DOCUMENTOS/NORMATIVAS [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <http://www.mpps.gob.ve/>
77. Hernández T, Ortiz Gómez Y, De Citar F. La migración de médicos en Venezuela. Rev Panam Salud Publica;30(2),ago 2011 [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 25];30(2):177–81. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9466>