

Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud

Permanent Education in Health: a Strategy for Acting Upon the Micropolitics of the Work in Health

Emerson Elias Merhy¹
Laura Camargo Macruz Feuerwerker²
Ricardo Burg Ceccim³

¹Médico, Profesor Libre-docente en Salud Colectiva, profesor visitante y coordinador de la línea de Micropolítica y Trabajo en Salud del Postgrado de Clínica Médica de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Brasil. emerson.merhy@gmail.com

²Médica, Doctora en Salud Colectiva, profesora adjunta del Instituto de Salud de la Comunidad de la Universidad Federal Fluminense, profesora colaboradora de la línea de Micropolítica y Trabajo en Salud del Postgrado de Clínica Médica de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Brasil. laura.feuerwerker@gmail.com

³Enfermero, Doctor, profesor adjunto de la Facultad de Educación de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul. Brasil. burgceccim@mandic.com.br

RESUMEN El artículo presenta las bases conceptuales de la política de educación en salud desarrollada por el Ministerio de Salud en Brasil entre enero de 2003 y julio de 2005; rescatando sintéticamente la historia de la construcción del Sistema Único de Salud (el sistema nacional de salud en Brasil) y de los principales retos para su consolidación, entre ellos los cambios en las maneras de producir las políticas y las prácticas de salud. Se presenta además un debate sobre la construcción del concepto de Educación Permanente en Salud y una discusión sobre la naturaleza del trabajo en salud y su composición tecnológica, así como de la dinámica institucional de su constitución, trayendo el plan de la micropolítica como elemento fundamental para la comprensión y transformación de las prácticas de salud.

PALABRAS CLAVE Educación en Salud; Recursos Humanos en Salud; Calidad de la Atención de Salud, Acceso y Evaluación.

ABSTRACT This article presents the conceptual bases for the politics on health professional education that was developed by the Brazilian Ministry of Health between January 2003 and July 2005. To do so, the authors present a synthetical overview on the Brazilian National System (SUS - Unified Health System) construction and the main challenges for its consolidation, among which the changes in the ways of producing health policies and practices. They also present a discussion about the conceptual building of Permanent Education in Health and a debate about the nature of the work in health and its technological composition, as well as the institutional dynamics involved in its production, bringing the plan of the micropolitics as an essential element for the understanding and changing of health practices.

KEY WORDS Health Education; Health Manpower; Health Care Quality, Access, and Evaluation.

1. INTRODUCCIÓN Y UN POCO DE CONTEXTO

En comparación con la mayoría de los países latinoamericanos, Brasil vive un contexto particular respecto a la salud. Durante las décadas del '70 y '80 se organizó, como parte integrante y activa de la lucha contra la dictadura militar, el movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileira. Este fue un fuerte movimiento social que tenía como bandera principal la defensa del derecho ciudadano a la salud.

Por varias razones que no cabe aquí discutir, este movimiento fue exitoso. No solamente se logró introducir la salud como derecho del ciudadano y deber del Estado en la Constitución Nacional de 1988 –que marcó el fin del régimen militar en Brasil– sino que también se garantizó la organización efectiva de un sistema nacional y público de salud. Este sistema comenzó su construcción a comienzos de los años '90 (1).

A pesar de estos incuestionables avances, desde entonces vivimos, simultáneamente, una situación de grandes conquistas y de grandes tensiones y desafíos (2,3).

Grandes conquistas, porque el Sistema Único de Salud (SUS) se ha organizado basándose en la ampliación de la oferta de servicios públicos de salud en todo el territorio nacional. Se ha logrado llevar la salud a más de 5.600 municipios del país, ya que son los municipios los que tienen la responsabilidad de proveer la atención primaria de salud en Brasil. Además, dependiendo del tamaño del municipio y de la red de servicios disponible, la secretaría municipal de salud llega a ser responsable por la gestión plena del sistema, es decir, responsable por garantizar el acceso de sus ciudadanos a todo tipo de cuidado, ya sea primario, especializado, de urgencia, etc.

Para garantizar la articulación de las tres esferas de gobierno, federal, provincial y municipal, en lo que respecta a las políticas de salud, se han creado instancias bi y tripartitas de negociación entre los respectivos gestores, que solo operan en base a decisiones consensuadas. A través de los Consejos de Salud existen también mecanismos bien establecidos de control ciudadano en todas las esferas de gobierno relacionadas con salud. Esto hace que, a pesar de las limitaciones que todavía existen, sea el sector salud el que

tiene el más alto grado de transparencia administrativa y posibilidades reales de que los segmentos populares puedan intervenir de una manera más significativa en la definición de las políticas adoptadas.

También vivimos grandes tensiones porque ese proceso de construcción del sistema ha ocurrido en tiempos de "neoliberalismo", de grandes presiones internacionales para que el país adoptara las políticas de salud recomendadas por los organismos internacionales, incluyendo la segmentación de la oferta y del acceso, las "canastas básicas" y la disminución de la presencia del Estado en la financiación y en la prestación de servicios de salud. O sea, en Brasil construimos un sistema público y universal, que busca garantizar la atención integral de la salud de los ciudadanos, bajo fuerte presión "en contra" (4).

Además, hay ambigüedades producto de la relación de fuerzas en el país y de la misma disputa de proyectos políticos y sociales. Así la Constitución de 1988, al mismo tiempo que aseguró la salud como deber del Estado, garantizó la existencia de un subsistema privado de salud, que debiera funcionar articuladamente y de manera complementaria al sistema público.

En efecto, simultáneamente al desarrollo del SUS (responsable en la actualidad por la completa atención a la salud de 145 millones de brasileños), creció un sector privado que atiende a otros 35 millones de brasileños (solo parcialmente, ya que a nivel de los procedimientos más costosos, en el 90% de los casos la responsabilidad de su financiamiento recae bajo el sistema público, como es el caso de la terapia renal sustitutiva y los trasplantes, dato que constituye a Brasil en el mercado público más grande del mundo).

El sector privado está concentrado sobre todo en la región sureste del país y en las grandes ciudades; es segmentado porque ofrece distintas modalidades de servicios dependiendo de la capacidad de pago. Este sector está bajo regulación estatal y a través de ella se busca asegurar los derechos ciudadanos también en el ámbito privado. Éste es un movimiento reciente, pero que está generando un proceso interesante (5).

Como consecuencia de este contexto, se ha estado siempre trabajando en un régimen de restricción de fondos y de disputa política

respecto al concepto de salud como derecho del ciudadano versus derecho del consumidor.

Vivimos también grandes desafíos porque el SUS, a pesar de ser el sistema de salud vigente, amparado constitucionalmente en sus principios, trabaja con directrices, conceptos y prácticas que son contrahegemónicos en la sociedad. O sea, el SUS es un sistema de salud democrático que viene siendo construido a partir de los servicios y prácticas de salud previamente existentes, que operaban y siguen operando bajo otra lógica, alimentada por intereses económicos y corporativos aún vigentes (6).

Esa es parte de la explicación acerca de la distancia entre determinados enunciados ya consagrados de la reforma sanitaria –atención integral, concepto ampliado de salud, intersectorialidad– y las prácticas de salud hegemónicas. Esa también es parte de la explicación sobre el descompás entre la orientación de la formación de los profesionales de salud y los principios, las directrices y las necesidades del SUS.

Pero hay más. El SUS, que es una política, un proyecto y varias otras cosas al mismo tiempo, demanda actores sociales para ser producido, sostenido y recreado. Sin embargo, la construcción del sistema viene siendo operada en una realidad en que, de hecho, no hay actores totalmente consolidados para cumplir las tareas necesarias. Por todo eso, la existencia misma del SUS y las concepciones en que está basado no son hegemónicas.

En la práctica, el sistema todavía es frágil y está en plena construcción y no hay indicios claros de que será posible implantarlo en su profundidad básica, pues para esto dependemos, decisivamente, de la construcción de actores para cumplir esos roles en nuevos espacios de encuentro y producción de las prácticas y políticas de salud.

2. LAS MANERAS DE HACER POLÍTICA DE SALUD

A pesar de ser un sistema descentralizado, las prácticas de elaboración y de implementación de las políticas de salud históricamente han sido centralizadas y centralizadoras. O sea, el grado de descentralización que se ha logrado

conquistado ha sido construido a través de arduos esfuerzos y de movimientos contradictorios de descentralización y de re-centralización.

Los mecanismos de financiación del sistema son bastante representativos de esa lucha y de la oscilación entre descentralización y centralización. La financiación del sistema es tripartita, es decir, responsabilidad de las tres esferas de gobierno. La esfera federal es responsable por aproximadamente la mitad de las inversiones públicas y las provincias y los municipios por la otra mitad. Los recursos se transfieren de una esfera a la otra directamente, por medio de los llamados fondos de salud. Eso permite la vinculación exclusiva de los recursos a las acciones de salud y también posibilita que cada esfera de gobierno articule y financie las políticas de acuerdo a sus realidades locales, siempre respetando las directrices y orientaciones articuladas nacionalmente (7).

Sin embargo, a lo largo de los últimos años, se han multiplicado los llamados mecanismos inductores de financiación, de acuerdo a los cuales el gobierno federal ofrece transferencias adicionales de recursos a los municipios y provincias que adhieren a las políticas nacionales. Si bien estas políticas ciertamente son concertadas en las instancias deliberativas nacionales, se observa que, en general, responden a iniciativas del Ministerio Nacional. O sea, el dinero adicional se transfiere para que tal o cual política nacional sea implementada, quitando o reduciendo, de cierta manera, la libertad de los gestores provinciales y sobre todo municipales de definir y operar sus propias políticas. De esa manera, los mecanismos de financiación se han convertido en el principal *locus* de disputa política respecto al *modus* de operar el sistema (7).

Pero hay más. Tradicionalmente el Ministerio Nacional y las Secretarías Provinciales de Salud trabajan con las políticas de salud de modo fragmentado: gestión separada de la atención, atención separada de la vigilancia y cada una de ellas dividida en tantas áreas técnicas como tantos sean los campos de saber especializado.

Tradicionalmente cada área técnica parte del máximo de conocimientos acumulados en su campo y de los principios políticos considerados más avanzados para examinar los problemas de salud del país. A partir de esos referentes, los programas de acción son propuestos y se

establecen para su implementación mecanismos de estímulo, generalmente financieros, y se ofertan subsidios técnicos que se operacionalizan, en general, por intermedio de una serie de capacitaciones para transmitir a los gestores locales y a los trabajadores las nuevas orientaciones en cada área. Son miles las iniciativas de capacitación así producidas. O sea, en el SUS, las capacitaciones y los financiamientos inductores son tradicionalmente los principales medios utilizados para favorecer la implementación de las "políticas" y los programas de salud (8).

Pensamos sin embargo, que este no es el único modo de "hacer política" y, sobre todo, que este no es un modo de hacer política coherente con el principio de descentralización y que conduzca e induzca a la atención integral de la salud, uno de los objetivos centrales de la reforma del sector en Brasil.

Considerando los principios organizativos del SUS, el papel de las áreas técnicas y de los niveles centrales debería ser definir principios y directrices de las políticas en cada uno de los campos específicos. A partir de ahí se deberían apoyar las otras esferas de gestión en la construcción de las mejores estrategias para enfrentar los problemas de salud de acuerdo a las especificidades y a las políticas de cada nivel local, tomando en cuenta los principios y directrices que fueron concertados.

La necesidad de descentralizar se explica de varias maneras, entre las cuales, se destaca el hecho de que las áreas técnicas de los niveles centrales de los gobiernos federal, provincial y hasta municipal, en el caso de las metrópolis, trabajan con datos generales, que posibilitan identificar la existencia de los problemas y sus explicaciones generales, pero que no permiten comprender su conformación específica en cada contexto particular.

La mirada que permite comprender la especificidad de la génesis de cada problema en las situaciones reales es necesariamente local. Por lo tanto, es fundamental establecer el diálogo entre las diferentes áreas técnicas del nivel nacional y la gestión local para la elaboración de estrategias adecuadas y el enfrentamiento más efectivo de los problemas.

Además, otro compromiso clave del movimiento de la reforma sanitaria brasileña es la

ampliación de la democracia, no solamente con base en el fortalecimiento de los poderes locales, sino también en la participación directa de trabajadores y ciudadanos en la formulación de las políticas de salud.

Si bien aún no existe consenso respecto a la necesidad de ahondar la descentralización en el SUS, sí existe un acuerdo más fuerte respecto a las limitaciones de las "estrategias de capacitación" como "brazo efector" para la implementación de las políticas. Particularmente para los gestores provinciales y municipales es evidente el agotamiento de la pareja "incentivo financiero/estrategias de capacitación" (9).

Lo anterior supone la necesidad de desarrollar nuevas iniciativas capaces de producir el cambio de conceptos y prácticas de salud requeridos por los principios del SUS, en especial la combinación de acceso universal y gratuito con atención integral y de calidad, en un país en franca transición epidemiológica.

3. EDUCACIÓN PERMANENTE: UNA POSIBILIDAD DE PENSAR UNA POLÍTICA DE EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN SINTONÍA CON LA DEMOCRACIA Y EL CAMBIO DE LAS PRÁCTICAS DE SALUD

La búsqueda de estrategias que favorezcan el cambio de conceptos y prácticas es una de las razones por las cuales las temáticas relacionadas a la fuerza de trabajo en salud han ganado destaque y relevancia a lo largo de la implementación del sistema. Se considera indispensable para la consolidación del SUS la existencia de políticas efectivas tanto en lo que respecta a las relaciones laborales y políticas de vinculación de los trabajadores al sistema, como en los aspectos relacionados a la formación y desarrollo de los trabajadores de salud.

Esas eran las prioridades de trabajo de la nueva Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud, que fue creada en el Ministerio de Salud al inicio del gobierno del Presidente Lula da Silva y que perduraron hasta julio de 2005, cuando hubo cambio de ministro y de políticas.

No cabe aquí explorar con detalle las diferentes dimensiones trabajadas para la construcción de esa política de educación para el SUS. Sin embargo, interesa discutir las bases conceptuales que llevaron a que se adoptara la Educación Permanente en Salud (EPS), como uno de los pilares para la construcción de prácticas innovadoras para la gestión democrática del sistema y para la configuración de prácticas de salud capaces de aproximar el SUS al objetivo de brindar una atención de salud integral y de calidad para todos los brasileños (10).

El primer punto es la comprensión de las particularidades del trabajo en salud y por lo tanto se ha buscado construir un referente conceptual, que empieza por reconocer el hecho de que la salud se produce "en acto". O sea, el producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, esto es trabajadores y usuarios.

Para concretar un acto de salud, los trabajadores utilizan un "maletín tecnológico", compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías "duras", que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las tecnologías "blanda-duras", que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías "blandas", que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario (11).

Lo que confiere vida al trabajo en salud son justamente las tecnologías "blandas", que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías "duras" y "blanda-duras" como una referencia. Cuanto menos creativo es el trabajo y con menor flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone, se torna en un trabajo menos vivo y más muerto (12).

Es exactamente en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud. Es en ese espacio privado, en que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, que se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para los trabajadores, pero preferentemente para las dos partes.

Es por eso que el trabajo en salud no es completamente controlable, pues está basado en una relación entre personas en todas las fases de su realización y, por lo tanto, siempre sujeto a los designios del trabajador en su espacio autónomo, privado, y de concretización de la práctica.

Lejos de ser "cajas vacías", cada trabajador y cada usuario tiene ideas, valores y concepciones acerca de salud, del trabajo en salud y de cómo debería ser realizado. Asimismo, todos los trabajadores utilizan activamente sus pequeños espacios de autonomía para actuar en salud como les parece correcto, de acuerdo con sus valores y/o intereses (13).

Los servicios de salud, entonces, son escenarios de la acción de un equipo de actores, que tienen intencionalidades distintas en sus acciones y que disputan el sentido general del trabajo. Actúan haciendo una mezcla, no siempre evidente, entre sus territorios privados de acción y el proceso público de trabajo. El cotidiano, por lo tanto, tiene dos caras: la de las normas y roles institucionales y la de las prácticas privadas de cada trabajador (12).

Los gestores del SUS –federales, provinciales y municipales–, cumplen un papel decisivo en la conformación de las prácticas de salud por medio de las políticas, de los mecanismos de financiación, etc., pero no gobiernan solos. A pesar de haber una dirección definida por aquellos a quien formalmente cabe gobernar, en la práctica todos gobiernan, incluidos los trabajadores y los usuarios.

Carlos Matus dice que todos son agentes de la organización (g) y que algunos están en posición de "alta dirección" (G). Entonces, la verdadera organización es definida por el conjunto de acciones gubernamentales que todos realizan en el cotidiano. O sea, gobiernan quienes hacen (14).

Todo actor en situación de gobierno encuentra delante de sí otros actores que también gobiernan y disputan la dirección de la acción, utilizando para esto los recursos de que disponen. Claro que los actores en situación de gobierno disponen, en principio, de un grado mayor de control sobre los recursos, pero necesitan saber gobernar y disponer de una determinada caja de herramientas que compone su capacidad de gobernar. Cuando un actor "juega bien", puede ampliar su gobernabilidad. Este es un elemento fundamental para la gestión de las organizaciones

de salud y para los que pretenden favorecer la transformación de las prácticas de salud.

Existen, entonces, por lo menos tres campos de tensión que operan dentro de las organizaciones de salud (12):

- El territorio de las prácticas de salud es un espacio de múltiples disputas y de constitución de políticas, definido a partir de la acción de distintos actores, que dependiendo de sus intereses y de la capacidad de actuar, se alían o se confrontan en el intento de afirmar una determinada conformación del espacio sanitario que responda a sus intereses. La única manera de enfrentar ese juego de modo de hacer prevalecer los intereses de los usuarios es por medio del control social y de la concertación política.
- La producción de actos de salud es terreno del trabajo vivo, es decir, es un terreno en el cual predominan las tecnologías blandas (relacionales), en detrimento de las tecnologías duras (equipamientos y saberes estructurados). El trabajo vivo predomina porque la producción de actos de salud opera siempre en medio de altos grados de incertidumbre y con grados no despreciables de autonomía de los trabajadores. Es exactamente esa característica que abre grandes posibilidades para estrategias que posibiliten la construcción de nuevos valores, comprensiones y relaciones, pues hay espacio para la invención.
- El terreno de las organizaciones de salud, por ser un espacio de intervención de diferentes actores con capacidad de autogobierno, que disputan la orientación del cotidiano con las normas y reglas instituidas, está siempre bajo tensión por la polaridad entre autonomía y control. Este también es un espacio de posibilidades para la construcción de estrategias que lleven a los trabajadores a utilizar su espacio privado de acción en favor del interés público, esto es, de los usuarios.

Esos tres campos de tensión son lugares estratégicos para cualquier intervención con el objetivo de aumentar la gobernabilidad del gestor o para definir las posibilidades de implementación de un determinado diseño organizativo de la atención.

La intervención puede estar orientada a aumentar la gobernabilidad del gestor por medio de la ampliación de los controles, impactando en las prácticas personales de los profesionales. Por ejemplo, restringiendo la intervención, por medio del control de costos o por medio de la institución de programas estructurados de organización de las prácticas de salud; y/o actuando sobre las disputas que ocurren cotidianamente y buscando imponer control sobre ellas; y/o imponiendo los intereses particulares de algunos como si fueran los intereses de todos.

Pero estos pueden también ser espacios estratégicos para disparar nuevos procesos de producción de salud, nuevos desafíos a las prácticas y conceptos dominantes, y nuevas relaciones de poder. La gran posibilidad de quebrar la lógica predominante en la salud, es su deconstrucción en el espacio de la micropolítica, en el espacio de la organización del trabajo y de las prácticas (12).

En la política de educación para el SUS, la gestión del Ministerio de Salud entre 2003 y 2005, se propuso trabajar la EPS como una "caja de herramientas" que permitiera actuar sobre la micro-política del trabajo en salud, para ampliar los espacios locales de concertación de políticas y los espacios de libertad de los trabajadores en la conformación de las prácticas, y crear espacios colectivos con potencial para construir nuevos acuerdos de convivencia, comprometidos con los intereses y necesidades de los usuarios (8,10).

4. LOS REFERENTES CONCEPTUALES DE LA POLÍTICA DE EDUCACIÓN PARA EL SUS

La propuesta de la EPS fue trabajada en América Latina por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la primera mitad de los 1990. La OPS ha producido materiales conceptuales (15) y ha apoyado el desarrollo de una serie de iniciativas en diversos países del continente.

La Educación Permanente para la OPS es una estrategia para la construcción de procesos más eficaces para el "desarrollo del personal de salud", que parten de la realidad concreta y son más participativos.

La propuesta está basada en desarrollos conceptuales del campo de la pedagogía, que incluyen elementos de la pedagogía crítica y del constructivismo. A partir de otra vertiente de trabajo de la OPS, es posible identificar aportes desde la planificación estratégica, para los recursos humanos en salud (16).

A partir de esos referentes, se reconoce que la condición indispensable para que una persona u organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica y a sus conceptos, es la percepción de que la manera vigente de hacer o de pensar es insuficiente o insatisfactoria para dar cuenta de los desafíos de su trabajo, es la sensación de incomodidad. Esta percepción de insuficiencia tiene que ser intensa, vívida, percibida. No se produce mediante aproximaciones discursivas externas. La vivencia y la reflexión sobre las prácticas son las que pueden producir la incomodidad y la disposición para producir alternativas de prácticas y de conceptos, para enfrentar el desafío de las transformaciones.

Ese también es el móvil para el aprendizaje de los adultos: un problema concreto que no se puede enfrentar con los recursos disponibles o vigentes. Esa es la clave para que los adultos se dispongan a explorar el universo, buscando alternativas para problemas que les parecen importantes, relevantes. Una información o experiencia pedagógica solamente produce sentido cuando dialoga con toda la acumulación anterior que las personas traen consigo. Partir de las incomodidades, dialogar con lo acumulado y producir sentido, son las claves para el aprendizaje significativo.

El proceso de trabajo en salud es tomado, entonces, como objeto de reflexión con la participación activa de los trabajadores de salud. Los procesos educativos se construyen a partir de la realidad de los trabajadores, de sus concepciones y de sus relaciones de trabajo.

Por otro lado, para esta forma de abordaje es fundamental reconocer la complejidad involucrada en el trabajo en salud, que incluye disputas de poder, lógicas corporativas, problemas poco estructurados, escasa gobernabilidad para enfrentar problemas críticos, organizaciones complejas, etc. Se utilizan, entonces, elementos de la planificación estratégica tanto para construir pistas, como para comprender la naturaleza de los problemas que se pretende

enfrentar y que surgen a partir del análisis del proceso de trabajo en salud (16).

Sin embargo, considerando la importancia para la consolidación del SUS del cambio de las prácticas y conceptos de salud en un contexto de contrahegemonía y de la radicalización de la democratización del sistema, nos pareció extremadamente apropiado agregar a la perspectiva de la EPS, la contribución del análisis institucional y de las pedagogías institucionales.

El análisis institucional tiene por objeto elucidar las prácticas sociales. Mediante el análisis en situación es posible desenmascarar las relaciones que los individuos y los grupos establecen con las instituciones. Más allá de las racionalizaciones ideológicas, jurídicas, sociológicas, económicas, y políticas, la elucidación de esas relaciones pone en evidencia que el lazo social es, ante todo, un arreglo del no-saber de los actores en cuanto a la organización social. Es conveniente, por lo tanto, convocar el sentido confiscado, ponerlo en cuestión, obligarlo a hablar nuevamente (17).

Autogestión, institucionalización, implicación, analizador, análisis colectivo de las demandas sociales e intervención son conceptos con que trabaja el análisis institucional.

El análisis en sí mismo, es definido como un proceso colectivo, del cual cada uno debe poder apropiarse en situación. El analizador es un disparador natural o construido que facilita, por su mediación propia, justamente esa apropiación y la popularización del análisis.

Explicitar las implicaciones, tanto en el sentido psicológico –implicaciones afectivas y libidinales–, como en el lógico y político, –implicaciones institucionales, reconocimiento del *status*, de las posiciones desde donde se habla, de los intereses de clase, de las transversalidades, de las opciones ideológicas y de la pertenencia, etc.–, devolverá a los comportamientos individuales y colectivos significaciones y dimensiones cuidadosamente ignoradas por las formas de análisis de tipo psicológico y organizacional. Así será posible percibir que, aún en un espacio restringido de intervención sobre grupos o colectivos determinados, es posible comprender la presencia de lo macrosocial, el sistema en su conjunto, lo que constituye el verdadero objeto de análisis (17).

Ese proceso es indispensable para que uno se pueda convertir en co-autor de su propia historia. Para producir novedades, innovaciones en la manera de producir y pensar salud necesitamos de trabajadores y usuarios que correspondan a un tríptico: agente-actor-autor. La noción de agente revela las determinaciones macro y contextuales sobre el ser y estar de cada uno. El actor permanece "actuado" pero acrecienta algo a la obra, incluso sin llegar a tornarse en su origen; ya el autor asume su propia invención, se torna productor de algo. Tornarse autor es la capacidad conquistada de ser su propio co-autor, de situarse explícitamente en el origen de los propios actos, en el origen de sí mismo como sujeto (Cuadro 1).

No hay jerarquía entre esas nociones, no nos liberamos de la condición de agente, somos y seguimos siendo una cosa y la otra. Se trata de una comprensión de los comportamientos del sujeto tanto en función de su historia como de su estructura personal, que permanece articulada a la realidad sociológica.

Una de las finalidades de la EPS, por lo tanto, sería la contribución para que cada colectivo pudiera conquistar la capacidad de ser su propio co-autor en medio de un proceso de reinención de las instituciones de salud.

Los conceptos y las herramientas del análisis institucional han sido utilizados de manera subsidiaria para la creación de espacios colectivos y para la proposición de disparadores que pudieran facilitar la reflexión crítica de los grupos y equipos del SUS. La reflexión sobre las prácticas vividas es la que permite generar la incomodidad y la disposición necesarias para producir alternativas de prácticas y de conceptos para enfrentar el desafío de producir transformaciones. Las transformaciones son las que actualizan las prácticas. Lo *actual* debe ser siempre renovado para que la realidad sea la fuerza viva de sus autores (8,18).

El equipo de EPS consideró, por lo tanto, que para producir cambios de prácticas de gestión y de atención a la salud en el SUS, sería fundamental dialogar con las prácticas y concepciones vigentes, problematizarlas –no en abstracto, sino en lo concreto del trabajo de cada equipo– y crear condiciones para que se construyeran nuevos pactos de convivencia y prácticas que

aproximaran el sistema y sus trabajadores a la atención integral de la salud.

Lo más rico en la propuesta adoptada de EPS en sus inicios, fue la interrogación de la realidad y su meta de pactos y acuerdos diversos que conforman propuestas y proyectos potentes para cambiar las prácticas y operar realidades vivas, actualizadas por los diferentes saberes en conexión, por la actividad de los distintos actores en escena y por la responsabilidad con los colectivos.

5. ALGUNOS DISPARADORES PARA TRABAJAR LA EPS COMO POLÍTICA

La EPS fue propuesta en el 2003 y operada durante 30 meses con los siguientes objetivos:

- producir nuevos pactos y nuevos acuerdos colectivos de trabajo en el SUS;
- tener como foco los procesos de trabajo: atención, gestión, participación y formación;
- tener por objetivo y no por objeto los equipos y no los trabajadores corporativamente organizados, es decir, un enfoque multiprofesional e interdisciplinario;
- generar o buscar la generación de colectivos organizados para la producción y no la gestión de recursos humanos, pues la mirada "del otro" es fundamental para crear la posibilidad de problematizar y detectar las "incomodidades";
- posibilitar la construcción de estrategias con mayor potencial de ser llevadas a la práctica porque los diferentes actores estaban participando efectivamente de su proposición;
- introducir la noción de colectivos de producción en lugar de la noción de recursos humanos o de capital humano (8).

Han sido tres los disparadores propuestos e implementados para desencadenar el proceso de Educación Permanente en el sistema de salud brasileño: los Polos de EPS, la formación de facilitadores de EPS y la red de municipios colaboradores de la EPS.

Cuadro 1. PARALELO ENTRE LA PEDAGOGÍA DE LA EDUCACIÓN CONTINUA Y LA PEDAGOGÍA DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE.

REFERENCIA ANALÍTICA	EDUCACIÓN CONTINUA	EDUCACIÓN PERMANENTE
PRESUPUESTO PEDAGÓGICO	El "conocimiento" preside/define las prácticas. El aprendizaje es propuesto como transmisión de contenidos, centrado en el conocimiento.	Las prácticas son definidas por múltiples factores (conocimientos, valores, relaciones de poder, organización del trabajo, etc.). El aprendizaje requiere que se trabaje con elementos que produzcan sentido para los actores involucrados (aprendizaje significativo), así como que posibilite crear nuevos sentidos (crear y recrear relaciones), centrado en las relaciones.
OBJETIVO PRINCIPAL	Actualización de conocimientos específicos.	Transformación de las prácticas.
PÚBLICO	Profesionales específicos, de acuerdo con los conocimientos a trabajar.	Equipos de atención y/o de gestión en cualquier esfera del sistema: docentes, estudiantes y usuarios.
PLANIFICACIÓN/ PROGRAMACIÓN EDUCATIVA	Descendente. A partir de una lectura general de los problemas, se identifican temas y contenidos para trabajar con los profesionales, generalmente bajo el formato de cursos.	Ascendente. A partir del análisis colectivo de los procesos de trabajo se identifican los nodos críticos (de naturaleza diversa) a ser enfrentados en la atención y/o en la gestión, en la formación y en la educación popular. Posibilita la construcción de estrategias contextualizadas que promuevan el diálogo entre las políticas generales y la singularidad de lugares y personas.
ACTIVIDADES DIDÁCTICO-PEDAGÓGICAS	<p>Cursos estandarizados; carga horaria, contenido y dinámicas definidos centralmente. Las actividades educativas son construidas de modo desarticulado en relación a la gestión, a la organización del sistema y al control social.</p> <p>La actividad educativa es puntual, fragmentada y se agota en sí misma.</p>	<p>Muchos problemas son resueltos / enfrentados en situación.</p> <p>Cuando son necesarias, las actividades educativas son construidas de modo ascendente, tomando en cuenta las necesidades específicas de profesionales y equipos. Las actividades educativas son construidas de modo articulado con medidas para la reorganización del sistema (atención - gestión - formación - control social articulados), que implican acompañamiento y apoyo técnico.</p>
REPERCUSIONES EDUCATIVAS	Acumulación cognitiva; erudición; racionalidad instrumental en la conducción de procesos y métodos.	Constitución de equipos para apoyo técnico en temáticas específicas prioritarias; institución de procesos de asesoramiento técnico para formulación de políticas específicas; desarrollo de habilidades asistenciales; desarrollo de capacidades pedagógicas; racionalidad ético-estético-política en la conducción de procesos y métodos.

Fuente: Ministerio de Salud. Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud. Brasil. 2005 (8).

5.1. POLOS DE EPS

Los Polos de EPS han sido propuestos como un modo de favorecer la articulación local/regional de todos los actores institucionales que son importantes para pensar y realizar la formación y el desarrollo de los profesionales de salud. Son espacios para producir las acciones de EPS y tienen como papel:

- identificar las necesidades de formación, de acuerdo a la situación de salud y a la organización del SUS en los municipios y regiones (entre municipios);
- identificar las potencialidades de cada institución local para construir bases locales de formación y desarrollo;
- establecer las prioridades para las acciones de educación de acuerdo a cada región local;
- construir en asociación cooperativa las iniciativas de formación y desarrollo: capilarizadas, contextualizadas, transformadoras (19).

Los Polos, por lo tanto, se conforman como nuevas instancias del sistema de salud que reúnen, en las diferentes localidades/regiones del país, gestores provinciales y municipales del SUS, instituciones formadoras (universitarias y técnicas), trabajadores y usuarios del sistema. El objetivo es identificar temáticas prioritarias y proponer acciones de formación y desarrollo para los trabajadores del sistema.

Noventa y seis Polos se han organizado en todo el país, contando con la participación de más de 1.400 actores institucionales: gestores provinciales y municipales de salud, instituciones de enseñanza superior, escuelas técnicas, organizaciones de los trabajadores y de los usuarios del sistema, movimientos sociales, etc.

Sin embargo, su operacionalización ha encontrado dificultades. Los problemas son varios: la escasa capacidad de proposición de actores fundamentales como son los gestores municipales del sistema de salud; la dificultad de construir dinámicas de trabajo ágiles considerando la participación conjunta de un gran número de actores sociales, algunos de los cuales no estaban presentes anteriormente en las instancias del SUS, tal el caso de los docentes y los estudiantes; y las disputas de poder y de

control por parte de los diferentes actores, lo que redundó en lentitud o en burocratización de los espacios.

A pesar de estas dificultades, no se ha registrado nunca antes tal grado de compromiso de los gestores y demás actores, con la temática de la formación y desarrollo de los profesionales y tampoco se había propiciado oportunidad igual de debate sistemático, sobre la organización y las prácticas de salud.

5.2. LA FORMACIÓN DE FACILITADORES DE EPS

La EPS propicia la reflexión colectiva sobre el trabajo en el SUS. Para ello, es necesario un instrumental que incluya la atención integral, la producción del cuidado, el trabajo en equipo, la dinamización de colectivos, la gestión de equipos y de unidades, la capacidad de problematizar e identificar puntos sensibles y estratégicos para la producción de la misma EPS.

Una de las debilidades de la operación de los Polos era justamente la falta de dominio sobre lo que es EPS y las maneras de operarla. Por eso se ha construido un proceso descentralizado de formación –de tutores y facilitadores– que combina momentos presenciales con un acompañamiento a distancia, que ya ha involucrado la participación de casi diez mil personas en todo el país.

Durante su proceso de formación, tutores y facilitadores tienen el compromiso de desencadenar las acciones de EPS necesarias para el enfrentamiento de los puntos críticos prioritarios para la calificación del sistema de salud identificados en cada municipio o región local. La nueva "caja de herramientas" ofrecida por el curso, por lo tanto, va siendo debatida y experimentada a lo largo del proceso de formación.

Los tutores son personas con afinidad con la política de EPS, comprometidos con la articulación local/regional y con experiencia previa en facilitación de procesos grupales. Han sido seleccionados por concurso público manejado conjuntamente por el Ministerio de Salud y la Escuela Nacional de Salud Pública.

Los tutores han asumido una postura pro-activa, buscando cooperar para la superación de las limitaciones existentes en la dinámica de

los Polos y en la implementación de espacios de gestión democrática, involucrando facilitadores, nuevos gestores municipales, consejeros de salud, estudiantes universitarios, líderes populares, etc.

Ser facilitador de EPS es una nueva función, que está siendo construida en el ámbito del SUS. Los facilitadores de EPS son personas preparadas para acompañar y facilitar la reflexión crítica sobre sus procesos de trabajo en el ámbito del SUS de las personas involucradas en la atención, gestión y control social. El facilitador es quien se ocupa de apoyar a los colectivos en la identificación de los puntos críticos de su trabajo. Esta tarea es fundamental para la reorganización del proceso de trabajo, de la gestión y también de la identificación de las acciones educativas necesarias para cada equipo y lugar de trabajo. Los facilitadores han sido indicados por los Polos o por los municipios, dependiendo del caso.

El primer grupo de tutores y facilitadores surgió en el ámbito de los Polos de EPS en todo Brasil con la participación de los nuevos gestores municipales, los trabajadores, las instituciones de enseñanza, los estudiantes y los movimientos sociales. El segundo grupo fue identificado en los municipios colaboradores de la EPS.

La identificación de los facilitadores fue basada en tres directrices fundamentales:

- La referencia organizadora fue la *atención integral a la salud* y la pregunta a ser respondida fue: ¿cuáles son los principales problemas que alejan nuestro municipio/región de la *atención integral a la salud*?
- El principio del *aprendizaje significativo*: identificados los problemas, el siguiente ejercicio fue descubrir cuáles son los puntos críticos: ¿cuáles son los problemas que, si son enfrentados, posibilitan un salto de calidad?
- La *decisión estratégica*: con esa definición de puntos críticos, estaban localizados los temas, los equipos, los lugares geográficos y las áreas de atención en las cuales, prioritariamente, serían desarrolladas las acciones de EPS (8).

El paso siguiente fue identificar personas con potencial para conducir esos procesos en el cotidiano. El proceso de formación ofrece, con

lenguaje accesible, herramientas del análisis institucional y de la EPS, para que los tutores y facilitadores puedan intervenir en los colectivos protagonistas de la atención en el área correspondiente a cada problema prioritario.

Para que los tutores y facilitadores pudieran trabajar, ha sido indispensable la participación y compromiso de Polos y gestores, sobre todo los municipales, pues de otro modo no sería posible movilizar el poder necesario para enfrentar los problemas bajo análisis.

La movilización y el entusiasmo de trabajadores y usuarios hacia una oportunidad real de tomarse coautores de la historia del SUS es digna de destacar y autoriza la expectativa positiva respecto a la potencia de ese disparador.

5.3. LA RED DE MUNICIPIOS COLABORADORES DE LA EPS

Las dificultades, al final de 2004, para que se produjera una amplia participación de los municipios en la constitución de los Polos, identificadas en conjunto con los mismos gestores, eran:

- baja acumulación de experiencia de los municipios en el campo de la formación y desarrollo de los profesionales, lo que limitaba fuertemente su capacidad de formulación en ese ámbito;
- limitada disposición de los gestores municipales para participar de procesos largos e intrincados de negociación y disputa, sin la perspectiva inmediata de satisfacción de sus demandas y necesidades;
- insuficiente priorización del tema formación y desarrollo de manera que condujera a que se explicitaran y enfrentasen los conflictos existentes en ese campo por parte de los gestores municipales y que se involucrara a la gestión municipal en un proceso de revisión crítica de la organización del sistema municipal y de las prácticas de salud;
- drástica reducción del potencial de inversión y de disponibilidad de tiempo y/o energía por parte de los gestores municipales para participar de cualquier proceso que no fuera la imprescindible en un año electoral y de cierre de mandatos;

→la limitación de los recursos disponibles para la implementación de la política de educación para el SUS implicaba una pulverización de los recursos entre los diferentes municipios participantes de los 96 Polos de EPS y no posibilitaba que alguno de ellos percibiera sus necesidades plena o fuertemente atendidas en lo que respecta, sobre todo, a cursos de formación (8).

Se percibía además, que una de las limitaciones del trabajo de los Polos era la heterogeneidad de las diferentes regiones y la limitada capacidad de gobierno que el conjunto de actores tenía sobre cada espacio local.

Todo eso, agregado a la necesidad urgente de producir experiencias con capacidad de demostrar la potencia de la EPS como estrategia de gestión, llevó a la propuesta de constitución de la red de municipios colaboradores de la EPS, con cuatro objetivos fundamentales:

- ampliar la capacidad de formulación de los municipios en el campo de la EPS y del desarrollo de los profesionales de salud;
- ampliar la capacidad pedagógica de los municipios con más de 100 mil habitantes también participantes de otras políticas prioritarias del Ministerio de la Salud;
- apoyar el desarrollo de la EPS en los municipios dispuestos a adoptarla como estrategia de gestión;
- ampliar la capacidad de acción solidaria de los municipios que constituyen referencia en el campo del desarrollo de los profesionales de salud.

El cruce de las políticas prioritarias y la disposición de inversión pesada en EPS consolidaron, al inicio de 2005, un universo de 160 municipios. Esos municipios recibieron la oferta de recibir apoyo para el desarrollo en larga escala de la EPS, con más tutores y facilitadores de EPS y con recursos adicionales para el desarrollo de actividades educativas.

También se ofreció apoyo técnico y financiero para la ampliación de la capacidad de formación y desarrollo de las redes municipales de salud por medio de la creación de programas cooperativos e integrados de formación:

pasantías, internados y residencias para las diferentes profesiones de salud.

6. CONSIDERACIONES FINALES

La política de educación para el SUS sufrió discontinuidad con los cambios ocurridos en el Ministerio de la Salud en julio de 2005. El trabajo con facilitadores de EPS todavía sigue, tanto en el espacio de los Polos de EPS como en los municipios que adoptaron la EPS como política estratégica.

Esos son todavía procesos en curso y por lo tanto no se pueden realizar inferencias sobre sus resultados, pero la energía movilizada por los colectivos indica que son indispensables el acompañamiento y el análisis cuidadoso de esas experiencias.

Vale destacar que los modos actuales de producir el cuidado en salud, a partir de los territorios nucleares de las profesiones, han tenido la fuerza de capturar varias categorías analíticas, disparadoras del anuncio de nuevas prácticas, y “embarazarlas” de otros sentidos (20).

Mirar el cotidiano del mundo del trabajo y percibir los modos como se “embarazan” las palabras con los actos productivos, tornando ese proceso objeto de nuestra propia curiosidad, percibiéndonos como sus fabricantes y dialogando en el propio espacio de trabajo, con todos los otros que allí están, no configura solamente un desafío, sino una necesidad para tornar el espacio de la gestión del trabajo y del sentido de su hacer, en un acto colectivo e implicado. Éste es el desafío al que la EPS pretende contribuir a enfrentar.

Hacer del mundo del trabajo, en su micropolítica, un lugar para tornar estas intencionalidades e implicaciones en elementos explícitos, a fin de constituirlos en materia prima para la producción de redes de conversación colectivas entre los distintos trabajadores que habitan el cotidiano de los servicios y de los equipos de salud, es explorar esta potencia inscrita en los quehaceres productivos como actos pedagógicos. Por eso, el mundo del trabajo es una escuela. Es el lugar para mirar con cuidado los objetos de las acciones, del quehacer, de los saberes y

convocaciones de los sujetos. El mundo del trabajo, en los encuentros que provoca, se abre para nuestras voluntades y deseos, condenándonos también a la libertad y a enfrentarnos con nosotros mismos, con nuestros actos y con nuestras implicaciones (20).

Tomar el mundo del trabajo como escuela, como lugar de una micropolítica que constituye

encuentros de sujetos/poderes, con sus quehaceres hacer y sus saberes, permite abrir nuestra propia acción productiva como un acto colectivo y como un lugar de nuevas posibilidades de hacer.

Esa es la contribución que la política de educación para el SUS pretende traer para el debate político y conceptual de la salud colectiva latinoamericana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arouca S. A reforma sanitária brasileira. Tema/Radis. 1998;(11):2-4.
2. Fleury S. A questão democrática na saúde. En: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia-a luta do Cebes. San Pablo: Lemos editorial & gráficos LTDA; 1997.
3. Paim J. A questão democrática na saúde. En: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia-a luta do Cebes. San Pablo: Lemos editorial & gráficos LTDA; 1997.
4. Mehry EE, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. San Pablo: Hucitec; 2003.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Política de Qualificação da saúde suplementar [en línea]. 2005 [fecha de acceso 4 de enero de 2006] URL disponible en: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/Caderno_qualifica%C3%A7%C3%A3o.pdf
6. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2005;9(18):489-506.
7. Santos NR. Ética social e os rumos do SUS [en línea]. Julio de 2004 [fecha de acceso 4 de enero de 2006] URL disponible en: <http://www.conasems.org.br/rr/mostraPagina.asp?codServico=1327&codPagina=1334>
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Unidade de aprendizagem-análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Río de Janeiro: Ministerio de Salud/Fiocruz; 2005. p 160.
9. Barata LRB, Tanaka OY, Vilaça, JDV. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde in Progestores: Convergências e Divergências sobre a gestão e regionalização do SUS [en línea]. Brasília: Conass; 2004. p. 104-124 [fecha de acceso 4 de enero de 2006] URL disponible en: <http://www.conass.com.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministerio da Salud; 2004.
11. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. En: Merhy EE, Onocko R. Praxis em Salud: un desafío para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
12. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. San Pablo: Hucitec; 2002.
13. Helman C. Cultura, Saúde e Doença. 4ta ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

14. Matus C. Política, planificación e governo. Brasília: IPEA; 1996.
15. Haddad QJ. Educación Permanente de personal de salud. En: Haddad QJ, Clasen Roschke MA, Davini MC, editores. Washington DC: OPS; 1994. p. 247. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud N°100)
16. Róvere MR. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington DC: OPS; 1993. p. 232. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud N°96).
17. Adoirno J. As pedagogias institucionais. En: Adoirno J, Lourau R. [Traducción de Martins JB, Barros Conde Rodrigues H.] San Carlos: RiMa; 2003. p. 105.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. EducarSUS: notas sobre o desempenho do departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2004 a junho de 2005. Brasília: Ministerio da Saúde; 2005.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. EducarSUS: notas sobre o desempenho do departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Merhy EE. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. En: Pinheiro R, Mattos R. Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco; 2005.

FORMA DE CITAR

Merhy EE, Feuerwerker L, Ceccim R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud Colectiva. 2006;2(2):147-160.

Recibido el 16 de febrero de 2006

Versión final presentada el 5 de mayo de 2006

Aprobado el 1 de junio de 2006