

Educación Permanente en Salud - una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud

Emerson Elias Merhy¹

Laura Camargo Macruz Feuerwerker²

1. Introducción y un poco de contexto

Cuando comparado a grande parte de los países latinoamericanos, Brasil vive un contexto particular respecto a la salud. Durante los años 70 y 80, se organizó, como parte integrante y activa de la lucha contra la dictadura militar, un fuerte movimiento social que tenía la defensa al derecho ciudadano a la salud como bandera principal - el movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña.

Por varias razones, que no cabe aquí discutir, ese movimiento fue exitoso. No solamente se logró plasmar en la Constitución Nacional de 1988 - que marcó el fin del régimen militar en Brasil - la salud como derecho del ciudadano y deber del Estado, como se garantizó la organización efectiva de un sistema nacional y público de salud - en construcción desde el inicio de los 90 (Arouca, 1998).

Desde entonces, vivimos, sin embargo, una situación, al mismo tiempo, de grandes conquistas y de grandes tensiones y desafíos (Fleury, 1997), (Paim, 1997).

Grandes conquistas porque el SUS (Sistema Único de Salud) se ha organizado con base en la ampliación de la oferta de servicios públicos de salud en todo el territorio nacional. Se ha logrado llevar la salud a los más de 5600 municipios del país, ya que es de todos los municipios brasileños la responsabilidad por proveer la atención primaria a la salud.

¹ Médico, 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. Fue asesor del Departamento de Gestión de la Educación en la Salud, Ministerio de Salud, Brasil, de febrero de 2003 a julio de 2005.

² Médica, 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. Fue Coordinadora de Acciones Estratégicas de Educación en la Salud del Departamento de Gestión de la Educación en la Salud, Ministerio de Salud, Brasil, de febrero de 2003 a julio de 2005.

Además, a depender del porte municipal y de la red de servicios disponible, la secretaría municipal de salud llega a ser responsable por la gestión plena del sistema (o sea, responsable por garantizar el acceso de sus ciudadanos a todo tipo de cuidado a la salud de que ellos necesiten - 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 gestores - que solamente operan con decisiones consensuadas. Hay también mecanismos bien establecidos de control ciudadano en todas las esferas de gobierno en salud por medio de los Consejos de Salud, lo que hace con que este, a pesar de las limitaciones que todavía hay, sea el sector con más alto grado de transparencia administrativa y con 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 preconizadas 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 a la salud de los ciudadanos, bajo fuerte presión "en contra" (Merhy, 2003).

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

Con efecto, simultáneamente al desarrollo del SUS (que hoy es responsable por la completa atención a la salud de 145 millones de brasileños), creció un sector privado que atiende a 35 millones de brasileños (no completamente porque sobretodo los procedimientos más costosos son responsabilidad del sistema público en 90 por ciento de los casos - como en la terapia renal substitutiva y los transplantes - en que Brasil es el más grande mercado público del mundo).

El sector privado está concentrado sobretodo en la región sureste del país y en las grandes ciudades; es segmentado porque ofrece distintas modalidades de servicios a depender de la capacidad de pago, pero está bajo regulación estatal - que busca asegurar los derechos ciudadanos también en este campo (un proceso aún reciente, pero interesante) (Brasil, 2005a).

Como consecuencia de todo ese contexto, se ha estado siempre trabajando en un régimen de restricción de fondos y de disputa política respecto al concepto de salud (derecho del ciudadano X derecho del consumidor).

Vivimos también grandes desafíos pues el SUS, a pesar de ser el sistema de salud vigente, amparado constitucionalmente en sus principios, trabaja con directrices, conceptos y prácticas que son contra-hegemónicos 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 en otra lógica, alimentada por intereses económicos y corporativos aún vigentes (Feuerwerker, 2006).

Esa es parte de la explicación para 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 para el descompaso 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 tanto dependemos, decisivamente, de la fabricación 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 / centralizadoras. O sea, el grado de descentralización que se ha logrado conquistar 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 / centralización. La financiación del sistema es tripartita - o sea es responsabilidad de las tres esferas de gobierno. La esfera federal es responsable por aproximadamente la mitad y las provincias y los municipios por la otra mitad de las inversiones públicas. Los recursos se transfieren de una esfera a la otra directamente, por medio de los llamados fondos de salud. Eso permite la vinculación de los recursos exclusivamente para 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 (Santos, 2004).

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 - que son concertadas, es verdad, en las instancias deliberativas nacionales, pero, en general, responden a iniciativas del Ministerio. O sea, la plata adicional se transfiere desde que tal o cual política nacional sea implementada, quitando o reduciendo, de cierta manera, la libertad de los gestores provinciales y sobretodo 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 (Santos, 2004).

Pero hay más. Tradicionalmente el Ministerio 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 cuantos 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, son propuestos los programas de acción y, para su implementación, son propuestos mecanismos de estímulo (en general los financieros) y ofertados subsidios técnicos, 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"/ los programas de salud (Brasil, 2005b).

Consideramos, sin embargo, que eso no es el único modo de "hacer política" y, sobretodo, consideramos no ser eso un modo de hacer política coherente con los principios de la descentralización y que conduzca/ induzca a la atención integral a salud, que es uno de los objetivos centrales de la reforma del sector salud en Brasil.

Considerando los principios organizativos del SUS, el papel de las áreas técnicas y de los niveles centrales debe ser definir principios y directrices de las políticas en cada uno de los campos específicos. A partir de ahí se deben 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 local, llevando en cuenta esos principios y directrices 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 no permiten comprender su conformación específica en cada contexto particular.

Esa mirada, la que permite comprender la especificidad de la génesis de cada problema en las situaciones reales, es necesariamente local. Por lo tanto, necesariamente hay que establecerse el diálogo entre las diferentes áreas técnicas y la gestión local para la elaboración de estrategias adecuadas para 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, pero también con base

en la participación directa de trabajadores y ciudadanos en la formulación de las políticas de salud.

Si no había - y no hay - consenso respecto a la necesidad de ahondar la descentralización en el SUS, 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” (Barata, Tanaka y Vilaça, 2004).

Por consecuencia está sobre la mesa la necesidad de desarrollar nuevas iniciativas capaces de producir el cambio de conceptos y prácticas de salud que requieren los principios del SUS - sobretodo 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 la 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 una de las razones por las cuales las temáticas relacionadas a la fuerza de trabajo en salud han ganado fuerza y relevancia a lo largo de la implementación del sistema de salud. Se considera indispensable para la consolidación del SUS la existencia de políticas efectivas tanto en lo que respecta a las relaciones laborales y las políticas de vinculación de los trabajadores al sistema, como en los aspectos relacionados a la formación/ desarrollo de los trabajadores de la salud.

Esas eran las prioridades de trabajo de la nueva secretaría - de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud - que fue creada en el Ministerio de la Salud al inicio del gobierno Lula y que perduró 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 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 de la atención integral y de calidad a la salud de los ciudadanos (Brasil, 2004a).

El primero punto es la comprensión de las particularidades del trabajo en salud y para tanto se ha buscado construir un referencial conceptual, que empieza por reconocer el hecho de que 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 (trabajadores e usuarios).

Para concretar un acto de salud, los trabajadores utilizan una “maleta tecnológica”, compuesta por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías “duras” (que corresponden a los equipamientos, a los medicamentos), las tecnologías “leve-duras” (que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología) y las tecnologías “leves” (que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculo, cuidar del usuario) (Merhy, 1997).

Lo que confiere vida al trabajo en salud son justamente las tecnologías “leves”, que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías “duras” y “leve-duras” como una referencia. Cuanto menos inventivo el trabajo, menos vivo y más muerto será. Cuanto menor la flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone, más muerto el trabajo en salud (Merhy, 2002).

Es exactamente en ese espacio - del trabajo vivo - que los trabajadores de salud re-inventan, a cada día, su autonomía en la producción de actos de salud. Es en ese espacio privado, en que ocurre la relación ínter subjetiva 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, de concretización de la práctica.

Lejos de ser “cajas vacías”, cada trabajador y cada usuario tienen ideas, valores y concepciones acerca de salud, del trabajo en salud y de

como este debería ser realizado. Y 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 (Helman, 2003).

Los servicios de salud, entonces, son palcos de la acción de un time 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 (Merhy, 2002).

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 verdad todos gobiernan - incluyendo 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 (Matus, 1996).

Es decir que todo actor en situación de gobierno encuentra adelante de sí otros actores que también gobiernan y disputan la dirección de la acción, utilizando para tanto los recursos de que disponen. Claro que los actores en situación de gobierno disponen, en principio, de un grado mayor de control sobre recursos, pero necesitan saber gobernar (y necesitan para tanto de una determinada caja de herramientas, que compone su capacidad de gobernar). Cuando un actor "juega bien", puede ampliar su gobernabilidad. Eso es un elemento fundamental para

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

Existen, entonces, por lo menos tres campos de tensión que operan dentro de las organizaciones de salud (Merhy, 2002):

- El territorio de las prácticas de salud es un espacio de múltiples disputas y de constitución de políticas, que es definido a partir de la acción de distintos actores, los cuales, dependiendo de sus intereses y de su capacidad de accionar, se alían o se confrontan en el intento de afirmar una dada conformación a la salud - que a él le produce sentido. La única manera de enfrentar ese juego de manera a 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 un terreno del trabajo vivo (es decir, es un terreno en el cual predominan las tecnologías leves - 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 a altos grados de incertidumbre y con grado no despreciable 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 a partir de sus capacidades 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 los trabajadores a utilizar su espacio privado de acción en favor del interés público (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 dado 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 los ejercicios privados de los profesionales (restringiéndola, por ejemplo, por medio del control de costos o por medio de la institución de programas estructurados de organización de las prácticas de salud), actuando sobre las disputas que ocurren cotidianamente y buscando imponer control sobre ellas y, finalmente, imponiendo los intereses particulares de algunos como siendo los intereses de todos.

Pero estos pueden también ser espacios estratégicos para disparar nuevos procesos de producción de la salud, nuevos desafíos a las prácticas y conceptos dominantes y nuevas relaciones de poder. La grande posibilidad de quiebra de la lógica predominante en la salud es su desconstrucción en el espacio de la micro política, en el espacio de la organización del trabajo y de las prácticas (Merhy, 2002).

En la política de educación para el SUS, se ha propuesto trabajar la Educación Permanente en Salud como una “caja de herramientas” para actuar sobre la micro política del trabajo en salud, ampliando los espacios locales de concertación de políticas y los espacios de libertad de los trabajadores en la conformación de las prácticas, creando espacios colectivos con potencial para construir nuevos acuerdos de convivencia, comprometidos con los intereses y necesidades de los usuarios (Brasil, 2004a), (Brasil, 2005b).

4. Los referentes conceptuales de la política de educación para el SUS

La propuesta de la Educación Permanente en Salud fue primero trabajada en América Latina por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la primera mitad de los 1990. Se han producido materiales conceptuales (Haddad, 1994) y, a lo largo de los años, se ha apoyado el desarrollo de una serie de iniciativas en diversos países del continente.

Educación Permanente para OPS, por lo tanto, es una estrategia para la construcción de procesos más eficaces de “desarrollo del personal de salud”, ya que parten de la realidad concreta y son más participativos.

La propuesta está basada en acumulaciones conceptuales del campo de la pedagogía, que incluyen elementos de la pedagogía crítica y del constructivismo. Desde otra vertiente de trabajo de la misma OPS, es posible identificar aportes desde la planificación estratégica (de recursos humanos en salud) (Rovere, 1993).

A partir de esos referentes, se reconoce que la condición indispensable para que una persona o organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica y a sus conceptos es el incómodo, 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. Ese incómodo o percepción de insuficiencia tiene que ser intenso, vivido, percibido. No se produce mediante aproximaciones discursivas externas. La vivencia y la reflexión sobre las prácticas son las que pueden producir el incómodo 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 en busca de alternativas para problemas que les parecen importantes, relevantes. Una información o experiencia pedagógica solamente produce sentido cuando dialoga con todo la

acumulación anterior que las personas traen consigo. Partir de los incómodos, dialogar con el acumulado y producir sentido: esas 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. Es a partir de la realidad, de las concepciones de los trabajadores y de sus relaciones de trabajo que se construyen los procesos educativos.

Se reconoce, por otro lado, la complejidad involucrada en el trabajo en salud: 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 para el manejo de los grupos, como para comprender la naturaleza de los problemas que se pretende enfrentar, que surgen a partir del análisis del proceso de trabajo en salud (Rovere, 1993).

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

El análisis institucional tiene por objeto la elucidación de las prácticas sociales. Mediante el análisis en situación es posible desvendar las relaciones que los individuos y los grupos establecen con las instituciones. Mas allá de las racionalizaciones ideológicas, jurídicas, sociológicas, económicas, políticas, la elucidación de esas relaciones muestra que el lazo social es, antes de todo, un arreglo del no-saber de los actores cuanto a la organización social. Es conveniente, por lo tanto, convocar el sentido confiscado, ponerlo en cuestión, obligarlo a hablar nuevamente (Ardoino & Lourau, 2003).

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

El análisis es, ella misma, definida como un proceso colectivo, del cual cada uno debe poder apropiarse, en situación. El analizador es un dispositivo 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 lo lógico y político (implicaciones institucionales, reconocimiento de los 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 que en un perímetro restringido de intervención sobre grupos o colectivos determinados, es siempre lo macrosocial, el sistema de conjunto - del cual las instituciones particulares sin modulaciones regionales o locales - que constituye el verdadero objeto de análisis (Ardoino & Lourau, 2003).

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, aún que no se torne 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.

No hay jerarquía entre esas nociones: no nos libertamos de la condición de agente - somos y seguimos siendo una cosa y la otra. Tratase 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 educación permanente en salud, por lo tanto, sería la contribución para que cada colectivo pudiera conquistar la capacidad de ser su propio co-autor en medio a un proceso de re-invencción de las instituciones de salud.

Los conceptos y las herramientas del análisis institucional han sido utilizados como subsidios para la creación de espacios colectivos y la proposición de dispositivos que pudieran proporcionar la reflexión crítica de los grupos y equipos del SUS. Es por medio de la reflexión sobre las prácticas vividas que se puede generar el incómodo y la disposición para producir alternativas de prácticas y de conceptos para enfrentar el desafío de producir transformaciones. Son las transformaciones que actualizan las prácticas. Lo *actual* debe ser siempre renovado para que la realidad sea la fuerza viva de sus autores (Brasil, 2005b).

Se 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, pero en lo concreto del trabajo de cada equipo - y crear condiciones para que se construyeran nuevos pactos de convivencia y prácticas, que aproximarán el sistema y sus trabajadores de la atención integral a la salud.

Lo más rico en la propuesta adoptada de Educación Permanente en Salud es su nacimiento en la interrogación de la realidad y su meta de pactos/ acuerdos diversos que conforman propuestas y proyectos potentes para cambiar las prácticas y operar realidades vivas, actualizadas por los varios saberes en conexión, por la actividad de los varios actores en cena y por la responsabilidad con los colectivos.

5. Algunos dispositivos para trabajar Educación Permanente en Salud como política

La Educación Permanente en Salud fue propuesta en 2003 y operada durante 30 meses exactamente así:

- para producir nuevos pactos y nuevos acuerdos colectivos de trabajo en el SUS;
- teniendo como foco los procesos de trabajo (atención, gestión, participación y formación);
- teniendo por objetivo y no objeto los equipos y no los trabajadores corporativamente organizados (enfoque multiprofesional e interdisciplinar);
- generando o buscando generar colectivos organizados para la producción y no la gestión de recursos humanos, pues la mirada “del otro” es fundamental para la posibilidad de problematización y detección de “incómodos”;
- posibilitando la construcción de estrategias con mayor potencial de ser llevadas a la práctica porque los diferentes actores estaban participando efectivamente da su proposición;
- constituyendo la noción de colectivos de producción en sustitución a la noción de recursos humanos o capital humano (Brasil, 2005b).

Cuadro 1 - Paralelo entre la Pedagogía de la Educación Continuada y la Pedagogía de la Educación Permanente.

Referencia Analítica	Educación Continuada	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 (conocimiento, valores, relaciones de poder, organización del trabajo etc.). El aprendizaje requiere que se trabaje con elementos que produzcan sentido para los actores involucrados (aprendizaje significativa), bien como que posibiliten crear nuevos sentidos (criar y recriar 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	Descendiente. 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.	Ascendiente. A partir del análisis colectiva 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 Didático-Pedagógicas	Cursos padronizados; 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 controle social. La actividad educativa es puntual, fragmentada y se agota en si misma.	Muchos problemas son resueltos / enfrentados en situación. Cuando necesarias, las actividades educativas son construidas de modo ascendiente, llevando en cuenta las necesidades específicas de profesionales y equipos. Las actividades educativas son construidas de modo articulado con medidas para reorganización del sistema (atención - gestión - formación - controle social articulados), que implican acompañamiento y apoyo técnico.
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: Brasil, 2005b;

Han sido tres los dispositivos propuestos e implementados para desencadenar el proceso de educación permanente en el sistema de salud brasileño: los Polos de Educación Permanente en Salud, la

formación de facilitadores de educación permanente en salud y la red de municipios colaboradores de la educación permanente en salud.

5.1. Polos de Educación Permanente en Salud

Los Polos de Educación Permanente en Salud han sido propuestos como un modo de favorecer la articulación loco-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 educación permanente en salud 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 potencialidades en cada institución local para construir bases locales de formación y desarrollo;
- establecer las prioridades para las acciones de educación de acuerdo a cada loco-región;
- construir en asociación cooperativa las iniciativas de formación y desarrollo: capilarizadas, contextualizadas, transformadoras (Brasil, 2004b).

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 para identificar temáticas prioritarias e proponer acciones de formación y desarrollo para los trabajadores del sistema.

Son 96 los Polos ya organizados en todo el país, contando con la participación de más de 1400 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 hay dificultades para su operación. Son varios los problemas encontrados: 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 grande número de actores sociales (algunos de ellos no presentes anteriormente en las instancias del SUS, como los docentes y los estudiantes); las disputas de poderes y de control por parte de los diferentes actores - lo que ha implicado en lentitud o en burocratización de los espacios.

A pesar de esas 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 educación permanente en salud

La educación permanente en salud propicia la reflexión colectiva sobre el trabajo en el SUS. Para tanto, 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 educación permanente en salud.

Una de las debilidades de la operación de los Polos era justamente la falta de dominio sobre lo que es Educación Permanente 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 10 mil personas en todo el país.

Durante su proceso de formación, tutores y facilitadores tienen el compromiso de desencadenar las acciones de educación permanente en salud necesarias para el enfrentamiento de los puntos críticos prioritarios para la calificación del sistema de salud, identificados en cada municipio o loco-región. 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 Educación Permanente en Salud, compromiso con la articulación loco-regional y experiencia previa en facilitación de procesos grupales. Han sido seleccionados por concurso público manejado conjuntamente por el Ministerio de la Salud y la Escuela Nacional de Salud Pública.

Los tutores han asumido una postura pro-activa, buscando cooperar para la superación de las limitantes existentes en la dinámica de los Polos y en la implementación de espacios de gestión democrática, involucrando facilitadores, nuevos gestores municipales, consejales de salud, estudiantes universitarios, liderazgos populares etc..

Ser facilitador de educación permanente en salud es una nueva función, que está siendo construida en el ámbito del SUS. Los facilitadores de educación permanente en salud son personas preparadas para acompañar y facilitar la reflexión crítica de las personas - involucradas en la atención, gestión y controle social - sobre sus procesos de trabajo en el ámbito del SUS. El facilitador es quien se ocupa de apoyar los colectivos en la identificación de los puntos críticos

de su trabajo, fundamentales para la reorganización del proceso de trabajo, de la gestión y también a la identificación de las acciones educativas necesarias para cada equipo y local 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 Educación Permanente en Salud 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 educación permanente en salud

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

- La referencia organizadora fue la *integralidad* y la pregunta a ser respondida fue: ¿cuáles 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 cuales los puntos críticos: ¿cuáles los problemas que, si enfrentados, posibilitan un salto de calidad?
- La *decisión estratégica*: con esa definición de puntos críticos, estaban localizados los temas, los equipos, los locales geográficos y las áreas de atención en las cuales, prioritariamente, serían desarrolladas las acciones de educación permanente en salud (Brasil, 2005b).

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 educación permanente en salud 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 tutores y facilitadores pudieran trabajar, ha sido indispensable la participación y compromiso de Polos y gestores (sobretudo 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 tornarse co-autores de la historia del SUS es digna de destaque y autoriza la expectativa positiva respecto a la potencia de ese dispositivo.

5.3. La red de municipios colaboradores de la educación permanente en salud

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

- baja acumulación de experiencia de los municipios en el campo de la formación y desarrollo, lo que limita 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/necesidades;
- insuficiente priorización del tema formación y desarrollo para llevar a que se expliciten y enfrenten los conflictos existentes en ese campo por parte de los gestores municipales y para implicar 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 imprescindible en un año electoral y de cierre de mandatos;
- la limitación de recursos disponibles para la implementación de la política de educación para el SUS implica una pulverización de los recursos entre los varios municipios participantes de los 96 Polos de Educación Permanente en Salud y no posibilita que ninguno de ellos vea sus necesidades plena o fuertemente atendidas en lo que respecta, sobretudo, a cursos de formación (Brasil, 2005b).

Había también la percepción de que una de las limitantes 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 educación permanente como estrategia de gestión, llevó a la propuesta de constitución de la red de municipios colaboradores de la educación permanente en salud, con cuatro objetivos fundamentales:

- ampliar la capacidad de formulación de los municipios en el campo de la educación permanente 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 educación permanente en salud 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 educación permanente en salud nos llevaron, al inicio de 2005, a un universo de 160 municipios. Se ofreció, entonces, a esos municipios el apoyo para el desarrollo en larga escala de la educación permanente en salud (con más tutores y facilitadores de EP 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 la salud.

5. 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 educación permanente todavía sigue, tanto en el espacio de los Polos de Educación Permanente como en municipios que adoptaron la educación permanente como política estratégica.

Esos son todavía procesos en curso y por lo tanto no son posibles inferencias sobre sus resultados, pero la energía movilizada por los colectivos indica ser indispensable el acompañamiento y análisis cuidadosos de esas experiencias.

Pero 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, dispositivos del anuncio de nuevas prácticas y tornarlas grávidas de otros sentidos (Merhy, 2005).

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

Hacer del mundo del trabajo, en su micro política, un lugar para tornar estas intencionalidades e implicaciones elementos explícitos, a fin de constituirlos en materia-prima para la producción de redes de

conversas colectivas entre los varios trabajadores, que habitan el cotidiano de los servicios y de las equipes de salud, es explorar esta potencia inscrita en los que-hacer productivos como actos pedagógicos. Por eso, el mundo del trabajo es una escuela. Es lugar para mirar con cuidado los objetos de las acciones, del que-hacer, de los saberes y convocatorias de sujetos. El mundo del trabajo, en los encuentros que provoca, se abre para nuestras voluntades y deseos, condenándonos también a la libertad y a nos enfrentar con nosotros mismos, con nos nuestros actos y con nuestras implicaciones (Merhy, 2005).

Tomar el mundo del trabajo como escuela - como lugar de una micro política que constituye encuentros de sujetos / poderes, con su que-hacer y sus saberes - permite abrir nuestra propia acción productiva como un acto colectivo y como un lugar de nuevas posibilidades de que-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.

BIBLIOGRAFÍA

Adoirno, J. **As pedagogias institucionais/** Jacques Adoirno, René Lourau: tradução de João Batista Martins e Heliana de Barros Conde Rodrigues. São Carlos: RiMa, 2003, 105 p.

Arouca, S. A reforma sanitária brasileira, **Tema, Radis**, 11:2-4, 1998.

Barata, L.R.B., Tanaka, O.Y., Vilaça, J.D.V. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde in Progestores: **Convergências e Divergências sobre a gestão e regionalização do SUS**. Brasília, sitio del CONASS: www.conass.org.br/progestores. Acesado en 4 de enero de 2006.

Brasil. 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.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. 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.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Política de Qualificação da saúde suplementar.** Site de la ANS: www.ans.gov.br/ política de qualificação da saúde suplementar, Rio de Janeiro, 2005a. Acesado en 4 de enero de 2006.

Brasil. 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.** Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da saúde/Fiocruz, 2005b. 160 p.

Brasil. 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.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

Feuerwerker, L.C.M. 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**. Fundação UNI / Unesp, vol10, n.18, 2006 (no prelo).

Fleury, S. A questão democrática na saúde in Fleury, S. (org) **Saúde e democracia - a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos editorial & gráficos LTDA, 1997.

Haddad Q, J. **Educación Permanente de personal de salud** / Jorge Haddad Q., Maria Alice Clasen Roschke, Maria Cristina Davini, editores, Washington, D.C.: OPS, 1994. 247 p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 100),

Helman, C. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003, 4ª. edição.

Matus, C. Política, planificação e governo. Brasília: IPEA,1996.

Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde in Merhy E.E.E & Onocko, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

Merhy, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

Mehry, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

Merhy, E. E. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In 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.

Rovere, M. R. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Mario Rovere. - Washington, DC: OPS. C 1993 -ix, 232 p. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96).

Santos, N. R. **Ética social e os rumos do SUS**. Publicado en la columna Opinión del sitio del Conasems em Julio de 2004 (www.conasems.org.br, acesado en 4 de enero de 2006).