

**Mag. Selma Regina de Andrade (Brasil)**

**“Trabajador en la Salud, Familiar y Comunitaria”.**

Buenas tardes, en primer lugar me gustaría agradecer la invitación hecha por el profesor Samaja, también agradecer al profesor Pepe, vice decano de la facultad, y a todas las personas que nos han recibido muy bien.

Yo voy hablar desde el punto de vista de los servicios, soy originaria principalmente de los servicios, empecé en la universidad como profesora hace cinco años, estoy en los servicios desde hace dieciocho años.

Los ejes temáticos que yo estoy proponiendo para ustedes son de dos amplitudes: una macro, en la cuál yo voy hablar un poco del contexto de las prácticas de la salud, y otra micro, sobre la estrategia de salud de la familia que ocurre en Brasil, y sobre el trabajador en salud nesta estrategia. En el primer eje, en el contexto de las prácticas de la salud, yo pienso que debo decir algo sobre la conexión, la interfaz, que se hace entre los usuarios de los servicios y los propios servicios de salud, lugar donde estaríamos trabajando, y más que eso, debemos hablar sobre las políticas publicas y sobre la sociedad del conocimiento, que caracterizan una parte de la determinación social y política de todo lo que nosotros hacemos por ahora en nuestra vida profesional.

Empezando por el contexto de las prácticas de salud, tenemos aquí la conexión o la interfaz de los servicios con la población, mirando desde el punto de vista de la atención básica, de las unidades locales de salud y con los usuarios de los sistemas públicos de salud. En un distrito sanitario, en un territorio dado, algunos de los hechos que hace la conexión entre los servicios y la población son las necesidades, los problemas de salud y los riesgos que ocurren con las personas o con la salud de las personas. ¿Cuáles son los conceptos que estamos adoptando? Los conceptos sobre necesidades, problemas y también sobre los riesgos de salud. Yo estoy usando un concepto un poco lineal, tal vez limitado, que dice que necesidad significa cualquier disturbio o daño de salud, tanto del punto de vista del usuario o del paciente, como también del profesional de salud que puede suscitar una demanda al servicio de salud. Entonces, la necesidad de salud puede tener una perspectiva del usuario y la misma o otra del profesional de salud. La necesidad puede ser percibida o no percibida por el usuario, y diagnosticada o no por el profesional. Usuario y profesional pueden concordar o no con la existencia o con la ausencia de la necesidad de salud.

Hoy de mañana nos han dicho sobre la conexión circular que ocurre en esta relación entre necesidad y servicios, o sea, cuanto más servicios son ofrecidos entonces podremos tener mayor consumo de ellos por la población. Tengo un amigo que fue secretario municipal de la ciudad de Porto Bello y que me contó que no tenía problemas de salud en su municipio, hasta que contrató un odontólogo y que compró un equipamiento odontológico y entonces todas las personas estaban en la puerta del centro de salud a las cinco de la mañana. Creó un gran problema de salud. Entonces es muy seria la conexión circular que existe entre oferta de servicios y necesidad de salud.

El concepto de problema de salud es muy distinto a el concepto de necesidad de salud. Hay que haber un parámetro, un indicador que nos diga lo que o cual punto se presenta mejor. O sea, una comparación entre la condición de salud presente y el parámetro o indicador. Hoy de mañana hemos visto los indicadores de mortalidad infantil, entonces, con base en un parámetro o en un indicador sabremos si tenemos o no un problema de salud.

Lo que distingue el concepto de problema de salud con el de necesidad es la naturaleza colectiva del primero y el carácter subjetivo del segundo. Los autores nos hablan que el

concepto problema de salud dice respecto al carácter colectivo y que tratamos aquí de la población en su totalidad. Los indicadores de población no deben ser tratados como un fenómeno aislado porque tenemos diferentes espacios de determinación y de condicionamiento como nos dice el profesor Castellanos. Estos espacios son divididos en espacio singular, en espacio particular y espacio general. Entonces, los problemas de salud son problemas sociales que forman sistemas complejos, que se condicionan y determinan mutuamente.

El riesgo es otro concepto muy importante que debemos utilizar en la salud colectiva, y que significa la posibilidad de ocurrencia de cualquier evento o situación. Todas las ciencias que trabajan riesgo lo entienden de esta manera. La Epidemiología trata del riesgo que se cuantifica, o sea, de medir o cuantificar el riesgo para la ocurrencia de una enfermedad o de daños a la salud de las poblaciones o de grupos de una población en un determinado tiempo y espacio. Entonces, el riesgo va a darnos una idea de la calificación del colectivo. Aquí, estamos también hablando de colectivo en el sentido del problema de salud o del daño que nos representa (cuantifica y cualifica) en un dado momento o en un dado territorio. El problema o un daño a la salud no corresponde directamente a una o otra persona, pero a muchas, y una forma potencial de agravar a todos.

En cambio, anteriormente hablábamos desde el punto de vista de los usuarios y ahora vamos a hablar desde el punto de vista de los servicios. ¿Cómo hacemos la conexión con los usuarios a partir de los servicios de salud? Los servicios de salud son los locales para promoción, prevención, recuperación en cualquier nivel de complejidad y que pueden, también, determinar las condiciones de salud y de vida de una población.

Yo voy a hablar aquí más en el mirar de los sistemas locales de salud, las unidades o los centros locales de salud. En la Ley Orgánica de la Salud del Brasil, se habla de distrito sanitario en el sentido de territorio, pero no es un territorio geográfico, sino un territorio llamado proceso, que incluye la familia, en una micro área, donde hay grupos y en una área, con el conjunto de una población. Es un concepto muy utilizado en la estrategia Salud de la Familia y en los programas de salud. Entonces, los servicios de salud hacen la asistencia y la vigilancia a la salud. La asistencia, con el desarrollo de actividades tanto individuales como colectivas, en ambulatorios o en el hospital.

En el campo de la vigilancia tenemos que dar importancia, distinguir y promover acciones de vigilancia sanitaria, epidemiológica y ambiental. Tenemos que centrar la atención a los problemas de salud en el campo de la vigilancia y en el de asistencia. Yo estoy enfocando mi charla en las unidades locales, con base en las actividades que deben ser desarrolladas en los centros de salud. Hay un parámetro mundial relativo a la atención de salud, lo que estamos hablando aquí, delimitando que 80 % de los problemas de salud de las personas se pueden resolver en el nivel primario, en nivel secundario y terciario los 15 % que siguen y restan 5 % para las urgencias y emergencias.

Todo el movimiento que hay a favor de la atención primaria de la salud, en Brasil, es un gran movimiento desde hace más de veinte años y que empezó con nuestra nueva constitución. Hay que desarrollarse un conjunto de acciones en el primer nivel de salud, pero también para todas las formas de acciones en todos los servicios, o sea, las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, en los servicios de ambulatorio y los hospitalarios, en el campo de la vigilancia y de la asistencia. Tendríamos que estar implementando esta nueva y amplia forma de gestión y de atención a la salud, que todavía sigue siendo un gran desafío.

El modelo de atención primaria que adoptamos, un poco de aquí otro poco de allí, poco de Cuba, Canadá, Inglaterra, que tratamos de transformar en nuestro, pero no es tan fácil

como parece cuando se habla, es el modelo del Programa Salud de la Familia, hoy llamado "Estrategia Salud de la Familia", que pretende incrementar las acciones en este nivel de atención local, sobre situaciones de atención básica, y también organizar tales actividades en una determinada área para que se establezcan compromisos y se compartan esos compromisos entre los servicios y la población.

Hay una distinción que el profesor Mendes hace sobre atención básica o primaria, que puede ser entendido como programa o como primer nivel del sistema de salud. Como programa (cuya palabra y sentido estamos cambiando para "estrategia") significa el programa en general, vertical, o sea, aquello que es hecho para "subciudadanos". En el sentido dado por lo programa, la atención básica, la atención primaria sería para "subciudadanos", o sea, servicios extremadamente simplificados, sencillos y limitados. Entonces no se trata de una atención primaria, pero de una atención primitiva, como lo llama Mendes. Por otro lado, cuando se piensa, se construye el sistema de atención básica, con el sentido de primer nivel de atención del sistema de salud, tendríamos una posibilidad de solucionar los problemas de salud de nuestra población, con base en parámetros, como hemos visto, considerando al mismo tiempo un nivel de menor intensidad tecnológica y de mayor complejidad tecnológica. Y les voy a decir porque mayor complejidad tecnológica, porque envuelve los trabajadores, las personas, nosotros, en la solución de los problemas.

Otro punto del primer eje temático que voy hablar un poquito es sobre las políticas de salud. Hay una situación que se impone al Estado que es desarrollar las políticas, sociales y económicas y de otras áreas como ciencia y tecnología. Se puede decir que cuando se tienen los derechos conquistados el Estado debe transformar eso en políticas públicas, o sea, nuestros derechos en políticas. Por ejemplo el derecho a salud, que es constitucional, o la educación o la seguridad social, el Estado garantiza tales derechos a través del desarrollo de políticas públicas. Estas políticas se hacen, se implementan, a través de los programas o proyectos gubernamentales. Las políticas públicas nada más son que instrumentos para que se realice justicia social, o sea, disminuir la desigualdad, las "inequidades". Entonces, la tarea principal de la política es la de mejorar las condiciones de vida de las personas.

Pero el Estado se configura con muchísimas contingencias y la escasez de recursos es una de ellas. El movimiento que hace el Estado para dar cuenta de las contingencias camina en el sentido de la descentralización de las políticas sociales principalmente, y también en la focalización de determinadas áreas. Con la descentralización hay que reorganizarse los sistemas locales de gestión.

En Brasil, la política de salud es denominada Sistema Único de Salud (SUS), que empezó en los años ochenta y aún hay mucho a hacer para que pueda funcionar el sistema como previsto en la Constitución. Una parte de esta política incluye el programa de Salud de la Familia, no sólo una apuesta, sino una estrategia de reorientación del modelo de asistencia hoy hegemónico, centrado en el modelo biomédico. Así, el programa de Salud de la Familia tiene este objetivo, de contribuir para el cambio de ese modelo y está fundamentado en los principios de una política de atención primaria o atención básica, fundamental.

La dificultad es que las políticas de un modo general no se hacen solas, o sea, ¿Dónde están los recursos humanos o las personas que van a solucionar los problemas, los proyectos, los programas. Hay una falta de política de recursos humanos y, a veces, pensamos que hay una política - a de no tener política de verdad. Hace veinte años no tenemos una salida efectiva a algo que trate sobre los recursos humanos, de verdad. Hay muchos programas e intenciones, pero de verdad no hay una política consolidada de desarrollo de recursos humanos para el cambio del modelo de salud.

Aquí vemos dos cosas importantes: 1) la regulación de la función de los recursos humanos pasa por tres sistemas involucrados que son el sistema educacional, el sistema de las relaciones de trabajo y la legitimación profesional (los consejos, las asociaciones de clase, etc). Cada uno trabaja según sus normativas y no se comunican; 2) El otro punto es el gerencial, porque cuando se juntan distintos modelos o estructuras administrativas y hay diferentes vínculos profesionales (y también el pago de los sueldos que puede ser directa o indirectamente), como es el caso del proceso de implantación del SUS brasileño, eso crea muchísimos problemas para el funcionamiento del sistema.

El último aspecto del primer eje temático es un más amplio y trata de la sociedad del conocimiento, de la globalización y de su contrapunto, el poder local. Es lo que vamos hablar un poco.

En el contexto de las prácticas de la salud debemos pensar y actuar no solamente en las cuestiones que se interponen entre los usuarios y los servicios, sino también en la formulación y fiscalización de las políticas públicas, de las políticas sociales, especialmente de las políticas del sector salud, y más debemos pensar y actuar sobre como nos situamos en la sociedad. Hoy vivimos en una sociedad denominada por algunos teóricos de sociedad del conocimiento. Lo que es importante en la sociedad del conocimiento es que ella no está más centrada en el sector agrícola o en el sector industrial, sino en el sector de servicios y la salud pertenece al sector de servicio. Es un servicio y, actualmente en los países desarrollados, casi 60% de los "puestos" de trabajo son vinculados al sector de servicios, están en ese sector. Es principalmente en ese sector donde se desarrolla el trabajo intelectual y creativo, no solamente el manual, de ejecución de tareas. Hay un informe de las Naciones Unidas sobre el desarrollo humano que nos dice que solamente 15% de la población, hoy, puede hacer uso de todas las innovaciones tecnológicas disponibles. Menciona que mitad de la población mundial esta apta a adoptar estas tecnologías en las áreas de producción y consumo, pero un tercio de la población vive a la margen, no produce y no utiliza los recursos tecnológicos (aún que externos). La tecnología, la información no son vistas, ni utilizadas como herramientas, y esta población se somete a todas las determinaciones tecnológicas globales, mundiales. Esta sociedad del conocimiento que produce un nuevo padrón tecnológico productivo, impone un nuevo tipo de trabajador, que debe ser más escolarizado. No se aceptan más personas en el mercado de trabajo que no tengan una formación mínima, el conocimiento técnico e individual es valorado. El nuevo trabajador hay que ser polivalente y incorporarse al nuevo proceso de trabajo.

Y cuando hablamos de la globalización, de estas determinaciones de la sociedad del conocimiento, debemos pensar donde ocurren de hecho las cosas de la vida. Las cosas ocurren muy cerca de nuestra casa. Entonces, se pone también en debate el poder local: el espacio y el poder local, porque cuando hablamos de democracia y de la ejecución de las políticas públicas, estamos hablando de las decisiones que ocurren muy cerca de nuestra casa, de nuestra familia, de nuestra comunidad. De modo que vuelve el debate sobre la democracia y sobre la ciudadanía cuando hablamos de re-ordenamientos de espacios. Es importante el debate y la contribución de la globalización (excluyendo tal vez sus defectos), pero tan importante como la globalización es hablar también del poder local, de los espacios locales donde ocurre la vida cotidiana y donde se inicia la organización de la red de los servicios de salud.

El segundo eje temático trata de la estrategia de la Salud de la Familia y del trabajador de la salud.

Voy hablar inicialmente como esta estrategia ocurre en Brasil, y después hablo sobre el trabajador de salud. Aquí en este tema, voy a abordar la estrategia como eje

"estructurante" de los sistemas municipales, cuyo objetivo es de reorganizar los servicios y reorientar las practicas profesionales. Abordaré también de algunos sus obstáculos. Con respecto al trabajador de la salud, citaré algunos elementos que van a caracterizarlo como trabajador del conocimiento, de la sociedad del conocimiento, o sea, cuáles son las contribuciones individuales o colectivas de los profesionales para las prácticas de salud, que sean coherentes con los principios que se ponen para el cambio del modelo de salud existente.

Algunos de los principios del programa de Salud de la Familia. Este programa se inició en 1994 en Brasil. En Santa Catarina dos municipios firmaron un acuerdo con el gobierno federal en el 1996, y desde allí se ha ampliado a casi todos los municipios catarinenses. El programa, o mejor, la estrategia, tiene una responsabilidad muy grande, a mi modo de ver, que es cambiar el modelo biomédico hegemónico que es ejercido ha mucho tiempo en todo el mundo prácticamente. Tiene como principio trabajar en equipo multiprofesional, en un territorio definido, y este es un punto importante que destaco, el "trabajar en equipo". Realizar la vigilancia en salud ¿Cómo es esto a nivel local? Es una responsabilidad muy grande para un programa o para una estrategia: promover la organización de los servicios de atención básica en los municipios, con equipos constituidos por médicos, enfermeras, auxiliares o técnicos de enfermería. Recientemente se incorporaron odontólogos y técnicos de higiene dental a la estrategia. Y se cuenta con la colaboración de los Agentes Comunitarios de Salud. Todos esos trabajadores forman el equipo.

Muchas medidas están siendo adoptadas para el fortalecimiento de esta estrategia en Brasil, desde el financiamiento hasta sistemas de informaciones apropiados para esta forma de actuar en la salud. Fueron creados departamentos para gestión de la atención básica en las estructuras gubernamentales y también se iniciaron medidas relativas a la formación de los recursos humanos. En el financiamiento, fue creado un cuantitativo mínimo para la atención básica, en que un conjunto de acciones en este nivel es financiado a partir de un valor de doce reales por persona al año. Esto es reglamentado y este recurso viene directo del Fondo Nacional de Salud hasta al Fondo Municipal de Salud. Hay el sistema de información de atención básica (SIAB), que incluye el control del tratamiento y acompañamiento de la salud de grupos prioritarios: las mujeres, los niños(as) y los mayores y aún el control de algunos daños de salud, como por ejemplo la diabetes y la hipertensión. Pero hay otras contribuciones financieras adicionales para, por ejemplo, la vigilancia en salud, hay un poco más de recursos para el desarrollo del programa de agentes comunitarios de salud, otro montante más para la implantación de una farmacia básica y así por delante. Cada conjunto de acciones suma valores, en general, centavos por persona al año.

Con respecto a los recursos humanos, el gran objetivo de la capacitación era antes focalizar principalmente los profesionales de la Salud de la Familia, pero ahora es denominado "Pólo de Educación Permanente para el SUS", orientado no solo para los profesionales de salud de la familia sino para todos los profesionales que trabajan en el campo de la salud, lo que amplía en mucho el ámbito y el contenido del proyecto. Sobre los cursos de especialización y las experiencias en la salud de la familia, tenemos en Santa Catarina dos experiencias: la Residencia y el curso de especialización en Salud de la Familia, desarrollados por la Universidad Federal. Otro programa, el de "interiorización" y descentralización de los recursos humanos, se propone a producir un poco más de conocimiento y de prácticas de atención básica y de tecnología en la salud familiar y comunitaria llevadas a las comunidades del interior del país. Todavía tales programas no son suficientes frente a la carencia existente. Cada equipo es responsable por hasta tres mil quinientas personas en su territorio de actuación. Hoy, en Brasil,

tenemos cerca de sesenta millones de personas atendidas por cerca de veinte mil equipos, es un tercio del total de la población.

Una crítica que debemos hacer es sobre las expectativas y exigencias con los resultados de la estrategia Salud de la Familia. Es la necesidad de conformar un equipo de salud capaz de articular las diversas políticas sociales y sus respectivos recursos, y de ejecutar sus acciones con abordajes propios; con el uso de una tecnología que sea propia para la atención básica, para la salud familiar y comunitaria. Que incluya el individuo, la familia y la comunidad. ¿Cómo es este equipo? La responsabilidad de la estrategia de Salud de la Familia está en promover el cambio de las prácticas de salud, con las acciones desarrolladas por equipos multiprofesionales, con formaciones técnicas distintas, para solucionar los problemas de salud de una población territorializada. Debemos aquí reconocer que se trata de un servicio que requiere habilidades y tecnologías apropiadas para su práctica. Del punto de vista administrativo, quien tiene el mayor y mejor "valor" (intangibles), o sea el conocimiento para provocar tales cambios en las prácticas de salud, es el propio trabajador de salud. Esto es un punto muy importante, porque es el trabajador quien decide la cantidad de conocimiento que va a poner en su trabajo y en la organización en la cual trabaja.

¿El trabajador de salud familiar y comunitaria, quién es él? Estoy aquí reconociendo que el trabajador de salud es un trabajador del conocimiento. Vivimos en la sociedad del conocimiento y estoy asumiendo esta realidad.

El trabajo de conocimiento incluye tareas que involucran el procesamiento humano de la información, o sea, el trabajador utiliza la información que dispone para producir conocimiento necesario para promover acciones. La calidad de la ejecución de las actividades en el trabajo de conocimiento está en la dependencia del acceso al conocimiento de los individuos que realizan las tareas. Para eso, ellos utilizan un modelo mental de proceso y de resultado; generan información útil como resultado; y ejercitan un alto nivel de concentración. Por eso yo digo que el trabajador de salud es un trabajador de conocimiento, porque los elementos requeridos por el trabajo de conocimiento están directamente relacionados con los procesos de trabajo que nosotros desarrollamos en nuestros empleos, en nuestros servicios.

Aquí hago un paréntesis para hablar sobre el conocimiento que, como el profesor ha dicho por la tarde, está fragmentado. ¿Que es el conocimiento? Hay un conocimiento denominado explícito y hay un conocimiento tácito. El explícito es aquel que es codificado, es muy fácil de comunicar, es sensible de una transferencia a través de los sistemas de información y puede ser verbalizado y controlado. Por otro lado el conocimiento tácito es personal, es más difícil de imitar, depende del contexto donde está haciendo su trabajo, la transferencia solo es posible por medio de la socialización, las personas tienen que comunicarse. Está orientado para la acción a partir de impresiones sensoriales, que están enraizadas en las prácticas y que difícilmente es manifestado por el lenguaje escrito. Aquí hago una distinción, adoptada de Boff y Abel, con base en una clasificación adaptada de Nonaka y Takeuchi, sobre una clasificación de los trabajadores que crean conocimiento. Yo uso este cuadro de clasificación porque pienso que es interesante para explicar quienes son los profesionales que crean los conocimientos. ¿Cuáles son las actividades que realizan y cuáles son algunos de los ejemplos o tipos de los trabajadores? Por ejemplo, trabajadores profesionales de la línea de frente, llamados operadores, generan conocimiento principalmente tácito, a través de habilidades adquiridas por la experiencia. Pienso que nosotros que trabajamos en la salud de la Familia (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.) somos los operadores, pero también somos ingenieros en el sentido de la ciencia del artificial, que son los que transforman el conocimiento tácito en explícito, somos gerentes de nivel

medio en esta clasificación. Debemos producir nuestro conocimiento y traducir explícitamente este conocimiento. Entonces yo ubicaría el trabajador de salud principalmente en estas dos categorías: operadores e ingenieros. El trabajador de salud en la calidad del trabajador del conocimiento, y insertado en la estrategia de la Salud de la Familia, creo que deberá desarrollar, todavía, mucho más el conocimiento tácito. Ese es un conocimiento que se desarrolla colectivamente, no solo, individualmente, como en el conocimiento explícito. Es necesario que se consolide, que se construya una cultura de equipo multiprofesional, para que se pueda desarrollar el conocimiento tácito. Pienso que todavía no tenemos una cultura de equipos. ¿Cuál es la mejor manera de formar equipos? ¿Cómo debemos hacer la vigilancia en salud? ¿Cómo debe ser el manejo con la familia? Estas son cuestiones importantes que se interponen a la creación de una cultura de equipo. Los trabajadores de un equipo tienen dos responsabilidades: la primera es la de direccionar su contribución para los resultados logrados por todo el equipo. Hay que haber un compromiso individual y colectivo para que se logre los resultados. La otra responsabilidad es la de hacer con que todos los demás miembros del equipo comprendan lo que cada individuo puede y debe contribuir. Entonces, tenemos nuestras responsabilidades personales en contribuir para la búsqueda de resultados y también que seamos comprendidos, de hacerme comprender. Sobre el trabajo de equipos, hay una tesis de doctorado de Marina Peduzzi, que estudió diferentes locales (unidad de terapia intensiva, centro de salud, etc) y creó una clasificación sobre el trabajo en equipo. Su tesis ha demostrado como se puede entender el trabajo de equipos, concibiendo el trabajo en equipo como una modalidad de trabajo colectivo, que se configura en una relación recíproca, entre las intervenciones técnicas y la interacción entre los agentes. La autora define dos modalidades de equipos: una modalidad denominada agrupamiento de equipo, en la cual hay un agrupamiento de personas, de agentes; la otra modalidad denominada de integración, donde hay la integración de los agentes que, en general, son de distintas formaciones. En la modalidad "agrupamiento" hay una superposición de acciones, o sea, yo hago las mías tareas y haces las tuyas, pero las acciones no se conectan, no se articulan. En el agrupamiento de los agentes, trabajamos juntos pero no somos un equipo. En un equipo de la modalidad "integración" ¿Cómo hace? Hay articulación de las acciones y hay una interacción entre los agentes, o sea hay un dialogo, un trabajo en conjunto. Pero los teóricos nos dicen que para el trabajo en equipo, en la modalidad de integración, es necesario que sean identificados los conocimientos y la tecnología propios del funcionamiento de un equipo. Cuáles son las respuestas para saber como debe funcionar un equipo, y como identificar la manera de construir las habilidades, conocimientos, cualificaciones en la formación profesional para el trabajo en equipo. Eso me parece un poco lejos todavía.

Entonces yo pregunto ¿Cuáles son los papeles de este nuevo trabajador de salud, en la calidad de trabajador de conocimiento? No pueden ser solamente los mismos que son desarrollados cuando hablamos de la atención individual y curativa. Es decir ¿Cuáles son las dimensiones del cuidar, del gerenciar/controlar, del promover, educar y articular en lo que pertenece a cada trabajador de salud mientras un trabajador del conocimiento y un trabajador de equipo? De la actuación individual y colectiva. Son cuestiones que no tengo las respuestas, pero las hago para que podamos debatirlas. Entiendo que el trabajador de salud, en la calidad del trabajador del conocimiento, es un técnico especialista, es un administrador gerente. Pero en la sociedad del conocimiento, somos también "articuladores" o debemos ser "articuladores", o sea, responsables por unir, juntar, conectar, articular, para poder trabajar en equipos. Esto amplía mucho las funciones, en el sentido de que el trabajador debe suplir sus propias necesidades de conocimiento (explícito y tácito) y establecer relaciones entre los miembros del equipo.

Somos todos co-responsables para que el equipo funcione. Así, el trabajador de salud, en la calidad del trabajador de conocimiento, es un trabajador de equipo, sobre todo es un "articulador" de los agentes, de las necesidades, de las interacciones y de las relaciones. Los agentes son profesionales del equipo de salud, y también son los usuarios, las familias, la comunidad donde el equipo trabaja. En una organización, por ejemplo, un centro de salud o una unidad de salud donde se encuentra la estrategia de la salud de la familia, el trabajador de salud familiar actúa dentro, pero para además de la organización, que sufre influencias del medio y también influencia otras organizaciones. ¿Cuáles son los desafíos que se ponen cuando hablamos sobre el trabajador de salud en la sociedad del conocimiento? o Cuando hablamos de la estrategia de la salud de la familia en la sociedad del conocimiento? Hay dos grandes desafíos, ambos relacionados a los profesionales de salud: el primer se refiere a las dimensiones cuantitativa y "distributiva" de los profesionales de salud. ¿Será que no los tenemos en número o en cantidad suficientes? No creo que sea verdad eso. El problema está en la distribución de los profesionales al interior del país. Hay una concentración en las regiones más ricas y en áreas de mayor complejidad tecnológica. El segundo desafío se refiere a la posibilidad de calificación de estos profesionales. ¿Cuando tenemos una calificación adecuada y apropiada para el trabajador del conocimiento, que debe trabajar en equipo? Un autor llamado Pierantoni, dice que, a corto plazo, es necesaria una sensibilización de equipos y de actualización técnica, o sea las personas que hoy ya están trabajando deben ser capacitadas y actualizadas. A medio plazo, el autor nos dice que debemos establecer programas de educación permanente y de especialización para la formación de multiplicadores y supervisores, o sea, es un proceso que estamos iniciando en Santa Catarina, pero formamos y especializamos muy poca gente todavía en salud familiar y comunitaria. Como en su formación básica, el profesional se vuelve para un trabajo individual y no hay especialización suficiente en salud colectiva, es muy difícil que los profesionales hagan un trabajo de equipo. Tenemos que hacer mucho mas que eso, simplemente la cantidad de cursos de especialización y de residencia en salud de familia hoy existente (y el debate en torno de ellos) no me parece suficiente. A largo plazo, segundo el autor, son necesarias estrategias de intervención en la formación profesional (graduación) y ese me parece el punto-clave. Hay que establecerse un punto de partida muy serio, para que en nuestras formaciones dejemos de ser profesionales aislados y podamos trabajar en equipo. Por que no es solamente la ausencia de tecnología específica necesaria para el trabajo en la salud familiar y comunitaria, sino que es necesario dar cuenta de todo el contexto que involucra este tema. La formación en salud familiar y comunitaria debe ser muy bien cuidada, para que el trabajador de esta área, que es un trabajador del conocimiento y de equipo, esté capacitado y direccionado para dar cuenta de este contexto.

Muchas gracias.

**Pregunta del Público:**

**¿Por qué no integran otros profesionales estos equipos?**

**Respuesta S.R.A:**

Antes que nada me gustaría decir que no se desarrolla en todo Brasil esta estrategia. Por ejemplo en Florianópolis hay una forma de gerenciamiento muy distinta por ejemplo de San José. Basta con cruzar el puente que separa la isla del continente, tenemos otro municipio completamente diferente en las prácticas de la salud de la familia. Pienso que de los veinte mil equipos que hay en Brasil hacen algo distinto de las otras. Pero el programa se fue creado de manera verticalizada. No teníamos a nadie en los centros de



salud, a veces un medico que pasaba por el periodo de la mañana los miércoles, no había continuidad en nada. Entonces las emergencias se encontraban con todos tipos de problemas, con problemas simples. Entonces este programa se inicio pensando en que se pudiera tener el medico, la enfermera y el auxiliar en enfermería. Pero ahora las discusiones que se hacen en las conferencias de salud son para que se agreguen otros profesionales, por ejemplo los odontólogos. Hay otra intención de integración, en cada territorio tres mil quinientas personas teníamos un equipo con estas características. Pero agrupando veinte mil personas o un poco más, tenemos un nutricionista, asistente social, no puedo ver como esta ahora. Hay una tentativa de hacer la intención integral de salud con otros miembros de equipos, que seria para la salud mental, educación física, asistente de los servicios sociales, un centro un poco más amplio. Pero pienso que estamos un poco lejos de una situación mejor de cambio de la situación de la salud de la población.

**Pregunta del Público:**

**¿Como se relaciones los equipos grandes con los mas chicos, se apoyan entre ellos?**

**Respuesta S.R.A:**

Están empezando a integrarse, es un aporte contar como se creo el programa a la estrategia de la salud de la familia, ahora es una estrategia ampliada. Los equipos que funcionan en un área de veinte mil habitantes, hay otro equipo mas completo diría para atender estas cuestiones y problemas mas amplios. Pero esta empezando, son acuerdos municipales no nacionales.

**Pregunta del Público:**

**¿Cómo se inserta el sector privado, en el primer nivel de atención dentro del marco general del S.U.S?**

**Respuesta S.R.A:**

Tenemos como un principio del SUS la complementariedad del sector privado, y este no hace la atención primaria. Las personas pagan, entonces, los consultorios por ejemplo de pediatría, puede ser que una madre lleve a su niño a darle una vacuna, pero ya paga el impuesto, donde una parte es para la salud. A pesar que nuestro programa de inmunización está muy bien diseñado y controlado. Los municipios contratan servicios privados cuando no disponen de tecnología. Por ejemplo en un municipio, el gobierno de estado contrata un laboratorio para que haga exámenes de imagen. Nuestro sistema de control es deficitario todavía, tenemos acciones de auditoría y estamos con muchos debates sobre la regulación del sector salud. Pero es sujeto a fraude, no es suficiente el control que se hace.

**Pregunta del Público:**

**¿Tienen hospitales públicos?**

**Respuesta S.R.A:**

Sí tenemos. Santa Catarina es el estado de Brasil que más tiene hospitales públicos de propiedad del gobierno estadual. Los hospitales del estado son, en la mayoría, de referencia, por ejemplo el hospital de pediatría, el centro de oncología, cardiología, son hospitales de especialidades. Tenemos cinco hospitales regionales, pero esa no es la realidad de todo el Brasil.

Estos hospitales no dan cuenta de todas las necesidades de internación, entonces los hospitales privados, que tienen un carácter filantrópico, son contratados por el sector público, y el gobierno paga por la internación. Ahí hay un problema que es la autorización de la internación, porque no hay una cantidad fija de dinero por internación. Las internaciones cardiacas pueden costar cuatro mil dólares aproximadamente, mientras un problema respiratorio tal vez trescientos reales.