

Gestión en atención primaria: desafío para la cooperación internacional en salud

Luiz Eduardo Fonseca ¹
Maria Cristina Botelho de Figueiredo ¹
Celina Santos Boga Marques Porto ¹

Resumen *La cooperación internacional en gestión de salud entre los países en desarrollo se encuadra en el ámbito de la cooperación Sur-Sur. Resolver problemas en la atención primaria y tomar decisiones en la gestión diaria de los centros de salud deben superar el conocimiento del sentido común y reforzarse mediante evidencias encontradas en el conocimiento científico con una nueva mirada hacia hechos y fenómenos del día a día. El artículo examina una experiencia de cooperación triangular en salud entre Angola, Brasil y Japón, en Luanda, Angola, 2011-2014: el “Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud por medio del Desarrollo de Recursos Humanos del Hospital Josina Machel y en otros Servicios de Salud y la Revitalización de la Atención Primaria de Salud en Angola (ProForsa)”, con la participación de la Fiocruz en la ejecución del componente de atención primaria. La adopción de un programa de formación con múltiples posibilidades permitió una articulación técnica y política para hacer frente a la “cooperación estructurante en salud”. El artículo examina cómo las intervenciones de la cooperación internacional en gestión en salud pueden generar evidencia científica y transformar organizaciones como centros de salud, en sus aspectos clínicos, de gestión y de estructura física.*

Palabras clave *Cooperación estructurante, Cooperación triangular, Gestión en atención primaria*

¹ Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fiocruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. 21040-360 Rio de Janeiro RJ Brasil. luiz.eduardo@fiocruz.br

Introducción

La cooperación técnica internacional ha sido considerada como importante contribución al desarrollo social de los países de ingresos medios y bajos y componente importante de la política exterior de Brasil, particularmente, en relación con los países de América Latina, el Caribe y los Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP). Desde la reunión de Buenos Aires, en 1978, patrocinada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para revisar la cooperación técnica entre los países en desarrollo, Brasil ha aumentado su actuación en la cooperación Sur-Sur. *La cooperación Sur-Sur, para la diplomacia brasileña, no tiene la intención de reproducir los mecanismos de la asistencia técnica tradicional Norte-Sur, [sino que busca] esfuerzos conjuntos para resolver los problemas comunes*¹ de los países que participan en la cooperación¹.

La cooperación Sur-Sur tiene el potencial de promover el encuentro de diferentes instituciones para operar procesos concretos de cambio. Sus enfoques siguen diversos conceptos y metodologías para lograr el desarrollo². Los principales proyectos de cooperación brasileña, ya sea en África o en América del Sur, están destinados a formación de recursos humanos y construcción de capacidades para fortalecimiento o creación de instituciones adecuadas y instituciones estructurantes^{2,3}. Los proyectos de cooperación internacional, sobre todo los que tratan de servicios básicos de salud, deben tener en cuenta *los criterios que caracterizan la vulnerabilidad en este contexto: la debilidad de la capacidad nacional para llevar a cabo investigaciones; el nivel de pobreza de las personas o poblaciones; el acceso a los servicios de salud; el nivel educativo de la población; las condiciones asociadas con género, etnia y lugar de residencia*⁴. La necesidad de resolver problemas inmediatos en relación con la atención básica y la toma de decisiones en la gestión diaria de los centros de salud necesitan superar el sentido común y reforzarse con evidencias científicas que permitan nueva mirada hacia hechos y fenómenos del día a día.

Brasil participó, de 2011 a 2014, de un proceso de cooperación triangular con Angola y Japón (ProForsa) en el que Fiocruz realizó el componente de atención primaria del proyecto, con base en la experiencia desarrollada en el Centro de Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) y la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV), ambas unidades de la Fundación. Ese fue un del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud por medio del Desarrollo de

Recursos Humanos en el Hospital Josina Machel y en otros Servicios de Salud y Revitalización de la Atención Primaria de Salud en Angola (ProForsa).

Se trabajó con un programa de formación con múltiples dimensiones: 1) que actuase como promotor e instrumento catalizador de competencias y capacidades; 2) que integrase y coordinase la participación de las instituciones y acercase directivos, profesionales y la población (acción intersectorial), a partir 3) del reconocimiento de que salud y enfermedad son simultáneamente fenómenos biológicos y sociales, políticos y ambientales que coexisten en el mismo territorio; y 4) que acciones de protección y promoción de la salud deberían unirse a las de atención a los pacientes en atención integral. El programa debería ser aplicable en Angola, capaz de replicarse y contribuir a la reorganización de la atención primaria en la capital (Luanda), generando cambios en el modelo asistencial. El ProForsa conjugó, por lo tanto, políticas, planes y programas nacionales de gobernanza con propuestas y orientaciones técnicas ya experimentadas a nivel internacional, a saber, en Brasil.

En este artículo se analiza el papel innovador de la cooperación técnica como instrumento de acción política, a partir de una concepción de la cooperación estructurante en salud. Y se examina cómo las intervenciones de la cooperación internacional en el campo de la gestión de la salud pueden generar capacidad de transformación en determinado locus organizacional, es decir, en la administración de los centros de salud no solo en el aspecto de la gestión clínica, sino incluso de la propia estructura física.

Proyecto solidario

El ProForsa fue propuesto, después de experiencias de cooperación desarrolladas por el gobierno de Angola con poco impacto de los servicios de salud a favor de la población. El ProForsa fue coordinado por el Ministerio de Salud de Angola (MINSa), la Agencia Brasileña de Cooperación del Ministerio de Asuntos Exteriores de Brasil (ABC/MRE) y la Agencia de Cooperación de Japón (*Japan International Cooperation Agency*- JICA), con ejecución de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), responsable del componente de la Atención Primaria, y de la Universidad Estadual de Campinas (Unicamp), responsable del componente de la Atención Terciaria.

Inicialmente, Angola pidió al gobierno japonés una Cooperación Financiera No Reembolsa-

ble para la restauración física de las instalaciones del Hospital de referencia nacional Josina Machel y de la maternidad Lucrecia Paim. Al final de esta etapa de reconstrucción se detectó la necesidad de formar profesionales para mejorar la calidad de los servicios prestados por esas instituciones. En 2007, una primera iniciativa de cooperación triangular entre Angola, Brasil y Japón se desarrolló con la ejecución por la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP) que formó, durante tres años, más de 750 profesionales de salud en las áreas de administración hospitalaria, diagnóstico por imágenes, enfermería y laboratorio clínico. En 2010, después de la rehabilitación física de las unidades y con un número razonable de personal capacitado, han sido identificadas nuevas necesidades, ya que hubo un aumento en la demanda de los pacientes, tanto para el hospital central cuanto para la maternidad, generando una sobrecarga de servicios.

Nace, entonces la propuesta del ProForsa con el fin de ampliar la formación de los profesionales de atención terciaria, así como extender la calificación a los profesionales de las unidades de atención primaria de salud de Luanda en los componentes de organización y gestión. En lo que respecta a la atención primaria, la Fiocruz propuso desde el principio la combinación de políticas, planes y programas nacionales de gobernanza con propuestas y directrices derivadas de la cooperación técnica para consolidación de un proyecto de revitalización del Sistema de Salud de Angola, con fuerte componente integrador. Se pretendía promover la correspondencia entre las propuestas para un nuevo modelo de atención con programas de formación, tratando de reorganizar, a partir de una dinámica crítica, los procesos de trabajo de los centros de salud y la relación entre estas unidades, la población y el sector hospitalario.

Formulación/negociación participativa

El papel de la Fiocruz en la cooperación internacional en salud se ha desarrollado en consonancia con la agenda de cooperación horizontal de la ABC/MRE, a partir del concepto de “cooperación estructurante en salud”³, que apoya el fortalecimiento institucional de los sistemas de salud en los países socios. Desde el comienzo de las negociaciones del ProForsa, este concepto y propósito dieron forma a la responsabilidad compartida de todos los actores, apoyados en el marco del proyecto para el Plan Nacional de Salud de Angola⁵ y las Directrices para los Muni-

cipios, elaborado por la Dirección Provincial de Salud de Luanda⁶.

Varios autores han tratado de examinar la cooperación triangular con la participación de Brasil. Para Pino⁷, los países emergentes como Brasil tienen en la cooperación triangular (CTR) un instrumento de apoyo a la cooperación Sur-Sur (CSS), aumentando su escala de proyectos y explotando complementariedades con otros países y organizaciones internacionales. Ya Abdenur⁸ señala que la cooperación triangular surge como una forma intermedia entre la cooperación bilateral y la multilateral, muchas veces asumiendo una forma de red de cooperación entre los diferentes socios. Pessoa et al⁹ informan sobre la experiencia de la Fiocruz en un proyecto de cooperación triangular en Haití, cuyo propósito fue aumentar el uso eficiente de recursos disponibles, incrementando la eficacia en el logro de los objetivos. Todos estos elementos también se pueden encontrar en el caso de ProForsa; sin embargo, es importante destacar algunos otros aspectos relacionados con los contextos político-institucionales locales, y que, una vez asumidos por las partes, actuaron favorablemente en la propuesta de formación desarrollada por el equipo de la Fiocruz:

- *La solidaridad*, reconociendo el gran esfuerzo de reestructuración nacional llevado a cabo en Angola después de los efectos de la guerra de la independencia y de la guerra civil;
- *La cooperación internacional estructurante*, como una práctica de actuación desarrollada por la Fiocruz que refuerza los sistemas nacionales de salud y valoriza la capacidad local de los socios;
- *La necesidad de formación de la fuerza de trabajo del sector salud*, ya que en Angola muchos profesionales de salud aún no han tenido oportunidad de capacitarse;
- *La necesidad explícita de reestructuración de la Atención Primaria*, puerta de entrada del sistema de salud;
- *La posibilidad de desarrollar una propuesta metodológica* que utilice el diálogo y la valorización del conocimiento acumulado por los actores de la práctica para la construcción de un nuevo conocimiento;
- *La posibilidad de agregar diferentes conocimientos* en la organización de la atención a la salud frente a nuevas necesidades, dando apoyo a la formulación de políticas y a las decisiones sobre qué cambios se deben promover.

Al insertarse en el modelo de cooperación internacional horizontal, basado en el fortalecimiento de la capacidad endógena de los socios, el ProForsa busca ser coherente con los dictáme-

nes de la idea de la solidaridad permeados por la discusión de la alteridad en sus posibilidades de acción: conflicto, asimilación, tolerancia y comprensión¹⁰. Destaca la solidaridad que busca reconocer y entender el otro en sus diferentes dimensiones y necesidades.

La cooperación estructurante en salud combina *intervenciones concretas (para) construcción de la capacidad local y generación de conocimiento, promoviendo diálogo entre actores, con el fin de que puedan tomar el papel principal en el liderazgo de los procesos en el sector de la salud y promover la formulación autónoma de una agenda para el desarrollo del sector*². Para apoyar las posibilidades de reestructuración del sistema de salud de Angola, el ProForsa desarrolló un aspecto innovador: la creación de dos comités compuestos por representantes de los tres países socios para asegurar la sostenibilidad política del proyecto y su conducción organizada y compartida:

- *Comité de Coordinación Conjunta*, designado para: aprobar el plan de trabajo anual; monitorear su progreso anual; monitorear e intercambiar opiniones para resolver los problemas durante la ejecución del proyecto y discutir cualquier cuestión pertinente para aplicación eficiente de los propósitos del proyecto;

- *Comité de Implementación*, compuesto de actores institucionales ejecutores del proyecto, además de los actores locales estratégicos y con capacidad gerencial para asegurar la incorporación de propuestas, designado a: elaborar el plan de trabajo anual del proyecto; someter el proyecto al Comité de Coordinación Conjunta; coordinar la ejecución del plan de trabajo; monitorear y evaluar las actividades llevadas a cabo por los trabajadores cualificados; identificar y proponer soluciones para los problemas de ejecución del proyecto y discutir cualquier tema pertinente a su funcionamiento eficaz.

Los dos comités se han definido a partir de un consenso entre los países involucrados y actuaron durante toda la ejecución del proyecto, lo que ayudó a alinearlos con aspectos de la política local y con los deseos y expectativas de los asociados. Mientras tanto, los Comités aprobaron y acompañaron la ejecución del presupuesto y el desarrollo de todas las etapas posteriores del proyecto.

Implementación: innovación metodológica en la cooperación

No todos los centros de salud en Luanda tienen la misma misión, aunque desarrollen los mismos programas de salud orientados en la misma

política nacional de salud. Por lo tanto, tienen singularidades que dependen de diversas variables. A partir de este hecho, hubo la preocupación de no presentar un modelo único de formación, sino *compartir idas y venidas de un proceso marcado por dos principios: que la participación colectiva es necesaria para la transformación y que el modelo de atención de salud debe ser el que cumpla con las necesidades reales de la comunidad*¹¹. Desde el principio, el equipo de la Fiocruz, a partir de una experiencia de formación y aprendizaje organizacional en unidades de salud en Brasil, optó por contribuir al desarrollo de los procesos de formación en el trabajo que buscan eficacia en las respuestas de los centros de salud en Luanda.

A partir de las demandas de Angola, el equipo de la Fiocruz decidió por un Programa de Capacitación en Gestión de Atención Primaria en Salud que incluye el desarrollo de diferentes temas como parte de un eje central de formación, y que no es solo un curso. Esta decisión fue tomada teniendo en cuenta las múltiples posibilidades que esta forma de organización de los procesos de formación permite, al ser más eficiente en sus objetivos y resultados. Los resultados esperados en una formación de estas características hacen posible la calificación profesional y buscan integrar e interactuar con los distintos actores responsables por articular la formación y la revitalización de los servicios, con miras al desarrollo institucional.

Este enfoque metodológico es parte del campo de conocimiento de Salud Colectiva, que según Paim¹² implica *un conjunto de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las organizaciones de salud e instituciones de investigación vinculadas a diferentes escuelas de pensamiento y resultantes de proyectos de reforma en salud*. Según el autor, ese enfoque consiste en la profundización de las siguientes dimensiones: el estado de salud de la población y tendencias generales desde el punto de vista epidemiológico, demográfico, socioeconómico y cultural; los servicios de salud como instituciones de diferentes niveles de complejidad y con diferentes procesos de trabajo; la implementación de políticas de salud y evaluación de planes, programas y tecnologías; y el conocimiento sobre la salud, incluyendo investigación histórica, sociológica y antropológica sobre el sistema e su funcionamiento y la relación entre conocimiento científico y concepciones y prácticas populares de salud.

Con este marco, nada más coherente que, en el plan de formulación y ejecución de este programa, la elección del equipo ejecutor recaerá so-

bre la construcción de un modelo de formación y pedagógico específico, basado en la evaluación previa de las necesidades locales; el análisis documental basado en documentos proporcionados oficialmente sobre políticas y directrices del sistema de salud de Angola; el desarrollo del plan del gobierno de Angola para la salud; los indicadores más críticos y la elaboración de un diagnóstico preliminar de las necesidades, como primera etapa del proyecto.

Para iniciar la ejecución del programa fue necesario establecer criterios para selección de las cuatro unidades piloto integrantes del proyecto – Centro de Salud Referencia (CS-R) de Samba, Cassequel, Terra Nova y Ilha. Esta etapa se llevó a cabo con la participación entre representantes del personal de la Fiocruz con las autoridades de Angola. Para identificar los estudiantes fueron elaborados criterios de selección basados en la idea de fortalecer la capacidad de aprendizaje organizacional, constituyendo un grupo de profesionales sensibilizados, con conocimiento técnico y gobernabilidad para la implementación de los cambios en el proceso de trabajo.

En seguida al diagnóstico inicial, se realizó en Luanda el seminario “El contexto político institucional del ProForsa: reconocer actores y establecer responsabilidades por las acciones”, propuesto y coordinado por el equipo de la Fiocruz, que, desde el principio, ha creído que el programa debería considerar a los estudiantes como actores políticos y sociales, y no solo como técnicos de la salud. Por lo tanto, era necesario que el equipo tuviese disposición de romper con la dinámica tradicional de la relación profesor-alumno e ir más allá del respeto y de la solidaridad con el fin de reconocer y tratar los problemas concretos del cotidiano de los actores de Angola, a menudo fuera del contexto de vida de los técnicos cooperantes.

Aprendiendo juntos en la cooperación solidaria

Por lo tanto, la estrategia pedagógica desarrollada por el proyecto trató de construir una aproximación entre directivos, profesionales y la población, con el fin de permitir el reconocimiento de que la salud y la enfermedad son un proceso biológico, político y social que coexiste en el territorio y que las actividades de protección y promoción de la salud deben sumarse a las que actualmente se centran en el cuidado de los enfermos. Este primer paso del programa de formación fue un esfuerzo para combinar el desarrollo de la capacidad técnica en salud con la eficiencia y

eficacia de los servicios. Esta comprensión podría servir de base para un futuro paso que aborde la coherencia y optimización del presupuesto para el sector.

La opción pedagógica fue por el método de problematización o “pedagogía crítica y participativa”¹³. Este método trabaja la construcción del conocimiento a partir de las experiencias de vida, basadas en los procesos de aprendizaje por descubrimiento, en contraste con la pedagogía tradicional que privilegia los procesos de recepción¹⁴. Es un aprendizaje que ocurre a través de una acción determinada: lo que se aprende resulta del nivel crítico de conocimiento alcanzado por el proceso de la comprensión, reflexión y crítica y no de la “transferencia” pura y simple de conceptos.

Para poner en práctica estas teorías se utilizaron estrategias de enseñanza y aprendizaje capaces de despertar el interés, la reflexión, traer las dudas y, sobre todo, promover nuevos conocimientos, tales como textos técnicos escritos o adaptados para este programa de formación, recursos audiovisuales, clases dialogadas, visitas técnicas, estudios de casos, discusiones de grupo, mapas hablados, mapas conceptuales, dramatizaciones, consultas en la internet y geoprocesamiento de la información, en el cual fue incluida la organización del espacio-territorio utilizado como una “clase”.

En cuanto a la estructura del programa, se optó por el formato modular, lo que permitió intercalar el desarrollo de momentos presenciales con momentos a distancia, articulados por las actividades programadas durante los períodos de dispersión. En su arquitectura fue posible incorporar, en cada módulo, otros profesionales que realizaban actividades regulares relacionadas con el contenido previsto. La organización, en un total de 10 módulos, se aplicó durante los tres años de desarrollo del proyecto. Para cada módulo se establecieron *unidades de aprendizaje*, con el fin de garantizar la secuencia lógica, la sistematización de las presentaciones y las discusiones sobre el contenido programado.

En este sentido, la formación también tuvo que replantear sus resultados. Si en el ámbito general de la evaluación de los programas, los “productos” se definen como efectos o resultados directos de las actividades desarrolladas relacionadas con un fin determinado. Para el ProForsa los “productos” están intrínsecamente relacionados con el proceso de formación de los estudiantes y las oportunidades creadas– a partir de la crítica, discusión y consenso – para intervenir positivamente en la realidad de los cuatro CS-R que han

integrado esta cooperación triangular, en el contexto de la atención primaria.

Los tres primeros módulos del programa de formación estuvieron centrados en el “aprendizaje-acción” de Metodología de Análisis del Contexto y Planificación Estratégica Situacional, donde se construyeron los siguientes productos: 1) un diagnóstico preliminar del territorio de los centros de salud; 2) un diagnóstico preliminar de la infraestructura de los centros de salud; 3) dos planes de acción, basados en problemas críticos, estructurantes y de gobernabilidad por parte de los actores vinculados a la formación. Por lo tanto, la discusión sobre los planes de acción terminó por definir los temas y contenidos que se incluyeron en los otros módulos del programa de formación. Los dos temas críticos elegidos fueron: “Deficiencia y la incapacidad del CS-R, causando desorganización en la atención a la gran demanda de los usuarios” y “Baja eficiencia en la recolección, archivo y análisis de los datos”.

Lecciones aprendidas

El mérito de los productos construidos por el ProForsa está en la posibilidad real de aplicación en todo el territorio de Angola y la capacidad de contribuir no solo a la reorganización del nivel primario de atención de la salud, como para instituir cambios en el modelo de asistencia que se acercase a los principios y a las características recomendadas de la Atención Primaria en Salud.

También cabe destacar las numerosas sugerencias de los propios estudiantes para las reformas estructurales en los cuatro centros de salud, propuestas por la administración municipal sectorial durante el entrenamiento. Después de los diagnósticos participativos desarrollados, los profesionales locales capacitados pudieron intervenir positivamente en las obras de infraestructura que ya habían sido iniciadas, adecuando los nuevos espacios al flujo de los pacientes, la compartimentación de la atención, la comunicación visual y el mobiliario. Las actividades de campo para capacitación permitieron realizar un diagnóstico de la situación de salud y las condiciones de vida de los territorios vinculados a los centros de salud, teniendo el cuidado y la preocupación para adaptar, tanto como fuese posible, las instalaciones originales que estaban en mal estado de conservación y proyectar cambios para favorecer los procesos de trabajo de los profesionales y la atención a los usuarios.

El desarrollo de un proceso educativo para la construcción colectiva de una propuesta de inter-

vención en los servicios de salud implica varios pasos que a menudo no se distinguen unos de otros. Por el contrario, se combinan y refuerzan, ya que son, en cierta medida, la expresión de los esfuerzos por combinar la tarea académica de formación (identificación y diálogo con la teoría que ya se ha producido) con la de prever su aplicabilidad en el mundo real. Y también es fundamental compartir los resultados y la forma de su comprensión por los otros actores para establecer un movimiento continuo que consulta, envuelve y compromete a los administradores de los tres niveles de poder (local, municipal y nacional) e instituciones.

Esta articulación técnica y política desarrollada en el ProForsa constituye un dividendo a ser capitalizado en otras futuras cooperaciones internacionales de Brasil en el ámbito de la atención primaria en salud con el fin de reducir las desigualdades y producir efectividad en los cuidados ofrecidos a las poblaciones más pobres. Al mismo tiempo, esta experiencia ayudó a entender que la aplicación de una intervención (revitalización de la atención primaria) siempre estará relacionada con el contexto político institucional local y su integración en este contexto está sometida a un determinado locus organizacional que, en la mayoría de los casos, tiene problemas y dificultades inherentes a la situación que se desea superar. Por lo tanto, no sería prudente ignorarlos en el proceso de formulación e implementación de los cambios sugeridos, pero siempre confrontarlos para comprenderlos en sus matices y superarlos de manera colectiva y creativa.

Conclusiones

Las diversas instancias del ProForsa (angolana, brasileña y japonesa) han reforzado la relevancia de valorizar no solo el desarrollo académico, pero también, la viabilidad política de este proceso de cooperación. Arah *et al.*¹⁵ destacan la importancia de los buenos indicadores y de comisiones técnicas de monitoreo para mejorar la atención en salud. Sin embargo, la estrategia esbozada en el ProForsa – con la instalación de los Comités de Coordinación Conjunta e Implementación – fue una innovación en proyectos de cooperación internacional centrada en la atención en salud, pues permitió el diálogo y el pacto sistemático que garantizaron cambios necesarios al proyecto en el curso de su desarrollo, además de viabilizar el aprendizaje institucional entre países.

El intercambio entre los países en el campo de la salud y la aplicabilidad de programas de coo-

peración internacional a las situaciones específicas de cada país generan acciones que incluyen elementos considerados 'diplomáticos' en esencia. En Brasil, de un lado, esta asociación ha sido expresada por el esfuerzo de su diplomacia política en el apoyo a los intereses del país en el campo de la salud mundial y, de nuevo, esto se evidenció en el apoyo de la ABC/MRE a la Fiocruz, como ejecutora, y al gobierno Angola, como beneficiario final. De otro lado, fue una clara expresión de la llamada "diplomacia de la salud, ciencia y tecnología", a través de la "cooperación estructurante en salud", base conceptual de las acciones de cooperación internacional en salud de la Fiocruz desde el año 2009, con la creación de su Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS/Fiocruz).

Otro punto relevante en el desarrollo de un enfoque de este tipo utilizado por el equipo de la Fiocruz en el ProForsa fue, por una parte, su participación en todo el proceso de desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, lo que permitió al país alcanzar el éxito en la búsqueda de una mejor atención en salud en el país, y, por otro, su experiencia en la aplicación del Proyecto GERUS (Curso de Gerenciamiento de Unidades Básicas de Salud del Ministerio de Salud, con el apoyo de la OPS), aplicado ampliamente en varios municipios del país¹⁶. Los resultados positivos de este esfuerzo nacional tuvieron amplia visibilidad y la experiencia de construcción de asociaciones para su implementación fue muy importante para el entendimiento entre los socios en la actividad triangular de cooperación.

La discusión sobre la mejora de la gestión básica en la salud es un tema relevante en el campo de la salud pública y su enfoque en el contexto brasileño ha tenido en cuenta los condicionantes sociales y ambientales, cuando trata de problemas sanitarios y exposiciones a riesgos en la relación entre salud y sociedad¹⁷. Esta discusión constituyó, en la década de 1970, uno de los principales pilares teóricos del pensamiento crítico que fundaron el campo de la Salud Colectiva en Brasil. Fueron esos fundamentos teóricos que ayudaron a construir el programa de entrenamiento utilizado por el equipo de la Fiocruz en el ProForsa.

Creemos que el éxito del proyecto ProForsa se debe a la incorporación en su alcance de lo que, según Paim y Nunes¹⁸, se entiende como la incorporación, tanto en la formación en salud como en la cooperación internacional en salud y de la percepción de que hay una constante evolución y creciente complejidad de las prácticas que organizan el trabajo en salud. Por lo tanto, es necesario incorporar todo el tiempo las nuevas

tecnologías y establecer estándares de trabajo en este campo que puedan ser mutables, pero que necesitan ser incorporados a los sistemas de salud a fin de calificar su cuadro de recursos humanos para el fortalecimiento de su desarrollo gerencial.

El caso analizado también permite identificar lo que Esteves et al.¹⁹ llaman de intento de extensión internacional de experiencias propias de la salud pública brasileña que conlleva opciones conceptuales (participación y acceso universal, entre otros) y opciones de políticas que vinculan la salud pública y el desarrollo de manera conjunta y amplia. Por lo tanto, uno debe darse cuenta de las contribuciones del proyecto ProForsa tanto para Brasil como para Angola, con la valiosa cooperación de Japón, ya que se trata de un aprendizaje mutuo para mejorar la atención primaria en los países. Se entiende, pues, que los sistemas de salud deben estar preparados para dar una respuesta a la enfermedad de las personas, además de tomar medidas para promover la salud y la prevención.

En esta cooperación triangular fue posible experimentar el *espíritu para aprender* engendrado en la adversidad que, por momentos, sucede en una relación que incluye diferentes hábitos y culturas. Al igual que la existencia humana, siempre cambiando y se renovando, esta construcción cognitiva, material y afectiva que se hizo posible gracias al ProForsa, utilizó una metodología transformadora. Ella siempre necesitará de ajustes y adecuaciones con el fin de cumplir con nuevos y sucesivos cambios producidos por el movimiento y la dinámica de los territorios, en los cuales hay las intervenciones.

Se espera que todos los profesionales que han participado en el proyecto ProForsa estén definitivamente conscientes, movilizados y comprometidos para accionar y hacer uso de nuevos conocimientos y de nuevos modelos explicativos para ejercer las mejores prácticas en sus lugares de trabajo.

Colaboradores

MCB Figueiredo y CSBM Porto contribuyeron con las partes relacionadas al proyecto ProForsa propiamente dicho, su negociación, formulación e implantación, así como las conclusiones del mismo. LE Fonseca contribuyó con la introducción y las discusiones del texto que alinean el proyecto en el contexto de la discusión sobre la cooperación internacional en salud.

Referencias

1. Valler Filho W. *O Brasil e a crise Haitiana: a cooperação técnica como instrumento de solidariedade e ação diplomática*. Brasília: Funag; 2007.
2. Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde". *RECIIS* 2010; 4(1):25-35.
3. Buss PM, Fonseca LE, Tobar S, Ferreira JR. *Cooperação estruturante em saúde. Saúde Global e Diplomacia da Saúde: Perspectivas Latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; No prelo 2017.
4. Santana JP, Lorenzo C. Vulnerabilidade em pesquisa e cooperação internacional em saúde. *Revista Brasileira de Bioética* 2008; 4(3-4):156-169.
5. Angola. *Política Nacional de Saúde, Por uma vida saudável para todos - 5 esboço*. Luanda: República de Angola; 2009.
6. Angola. *Direcção Provincial de Saúde de Luanda, Linhas de Orientação (prioridades objetivas, intervenções chaves e indicadores) para os municípios*. Luanda: Governo Provincial de Luanda; 2010. Mimeo.
7. Pino BA. *A cooperação triangular e as transformações da cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília: IPEA; 2013.
8. Abdenur A. *The Strategic Triad: Form and Content in Brazil's Triangular Cooperation Practices*. New York: The New School International Affairs Working Paper 2007-06; 2007.
9. Pessoa LR, Kastrup E, Linger P. A translação do conhecimento no âmbito da cooperação internacional: a experiência da Fiocruz em incorporação de tecnologias em saúde no Haiti. *História, Ciências e Saúde-Manguinhos* 2016; 23(2):509-522.
10. Magnoli D. No espelho da guerra. In: Magnoli D. *História das Guerras*. São Paulo: Contexto; 2008. p. 15.
11. Botti ML, Scoch MJ. O Aprender Organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. *Saúde Soc* 2006; 15(1):107-114.
12. Paim JS. *Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: UDFBA; 2005.
13. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
14. Cyrino EG, Pereira MLT. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica* 2004; 20(3):780-788.
15. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. In: *International Journal for Quality in Health Care*; September 2006: p. 5-13.
16. Santana JP, organizador. *Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 1997.
17. Barata RB. *Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
18. Paim JS, Nunes TCM. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Cad Saude Publica* 1992; 8(3):262-269.
19. Esteves P, Gomes GZ, Fonseca JM. A rede de políticas de saúde pública e a cooperação sul-sul: os casos de Moçambique e Angola. *Lua Nova* 2016; 98:199-230.

Artículo sometido el 10/10/2016

Aprobado el 28/11/2016

Version final sometida el 19/03/2017