

La sostenibilidad del Programa Más Médicos como política pública

Hêider Aurélio Pinto^(a)

<heider.aurelio@ufrb.edu.br> 

Rosemarie Andreazza^(b)

<andreazza@unifesp.br> 

Renato Janine Ribeiro^(c)

<rjanine@usp.br> 

Maria Rosa Loula^(d)

<mariarosaloula@gmail.com> 

Ademar Arthur Chioro dos Reis^(e)

<arthur.chioro@unifesp.br> 

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Avenida Carlos Amaral, 1015, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. 44574-490.

^(b) Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil.

^(c) Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^(d) Instituto Brasiliense de Direito Público. Brasília, DF, Brasil.

^(e) Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil.

Los comentarios cuidadosos y consistentes hechos a nuestro artículo por Alcindo Ferla, Mara De Sordi y Tiago Correia, a quienes agradecemos de antemano, convergen en lo que se refiere a la relevancia y complejidad del abordaje y del análisis del eje Formación para el Sistema Único de Salud (SUS) del Programa Más Médicos (PMM) como política pública. Aportan, principalmente, otros enfoques posibles a partir del tema y para la necesidad de un grado mayor de profundización en el análisis que, si se hubieran enfrentado en el artículo principal, habrían resultado en una contribución más potente que la original.

Ahora, nuestro desafío es el de dialogar con los nuevos problemas señalados por ellos y fomentar elementos para el diálogo con el objetivo de la sostenibilidad de una política que se está disputando en acto y que enfrentará el desafío de conducirse centralmente, a partir de 2019, por aquellos que se constituyeron en sus principales adversarios en la arena política construida.

Ferla señala una dimensión de acciones y efectos del PMM que estaría ausente en la mayoría de los trabajos y no abordada en nuestro artículo: el efecto grandioso de la educación permanente en salud para los profesionales y equipos. Para él, esa discusión pertenece al “campo epistémico de la educación en la salud y su legislación reciente, que ha buscado introducir cambios en la formación y en el trabajo en salud”. Considera que el mundo del trabajo está sometido a condicionalidades y determinaciones más complejas que la organización disciplinaria del conocimiento, lo que termina por atribuir al trabajo una capacidad pedagógica singular y necesaria capaz de superar fragmentaciones especializadas, agregar dimensiones a la actuación asistencial y por medio del aprendizaje significativo, transformar el conocimiento producido y la actuación.

Concordamos con las propuestas de Ferla. Nuestro análisis se centró en los cambios establecidos en los marcos legales, en la condición de “estatuto de la política”¹, relacionadas al eje del PMM enfocado en la producción de cambios en la formación.

Tal opción de análisis presentó al menos dos sesgos. El primero fue dejar a un lado aquello que es más transversal al texto de la ley y que está presente en el eje Formación para el SUS, pero todavía más presente en el eje Provisión², en el cual la educación permanente en salud³, una vez más, muestra toda su potencia como un modo de concebir e implementar políticas públicas en el campo de la Salud. El hecho es que la observada (e inédita) actuación integrada entre los Ministerios de la Salud y de la Educación ha hecho que la educación permanente sea el modo de actuación prevalente en la formación y actuación de tutores y supervisores del PMM.

El segundo sesgo es que el análisis producido en el artículo original tiene una perspectiva más del tipo *top down*⁴. Se enfoca en el estatuto y busca percibir si la política fue o no modificada e implementada. Tal forma de abordar el problema dificulta lanzar luz sobre efectos más perceptibles en el análisis de campo, junto con los médicos y sus equipos, supervisores, tutores, docentes y gestores locales. Concordamos con que más estudios deberían enfocarse en ese efecto que, para nosotros, es de hecho absolutamente relevante y ha brindado innovaciones importantes que pueden ayudar a calificar diversas políticas públicas.

Correia recupera la noción heurística de ciclos y política e identifica un conjunto de mesoteorías – o teorías sintéticas del análisis de políticas en la denominación de John⁵ –, que pueden lanzar luz sobre la emergencia del problema, sobre su decisión y formulación y sobre la implementación y evaluación de la política. Sus provocaciones son valiosas. El artículo original, no obstante, tuvo un alcance más limitado: describir qué política fue formulada, las alteraciones normativas producidas en el modo en que el Estado ordena la formación de recursos humanos en Salud y los nuevos instrumentos de políticas públicas resultantes de ella.

Correia observa también que “los desequilibrios en la oferta de [Recursos Humanos] RR.HH. se encuentran en la generalidad de los países, incluso en aquellos que fortalecieron la regulación estatal de las plazas de formación”. Reconoce que la regulación estatal es importante para la disponibilidad de profesionales en ejercicio, considerando que la autorregulación del mercado no está adecuada a la garantía de una atención integral y universal, además de estar traspasada por intereses corporativos y parcelares, pero que la experiencia ha mostrado que aquella, aisladamente, no es suficiente para retener a los profesionales.

Concordamos con sus observaciones. Anteriormente, analizando el eje Provisión², puede tratarse sobre cómo el PMM buscó implementar recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el tema de la retención⁶. Sin embargo, no fue objeto del artículo principal tal análisis y serán necesarios otros estudios dando destaque a esta temática esencial, correctamente indicada por Correia, como también aquellas propuestas por Ferla y De Sordi tratando de otros elementos constitutivos de este debate: la corporación médica, las instituciones médicas y el comportamiento de los médicos en el SUS y en el mercado de trabajo.

Correia subraya lo que los médicos entienden o no como problema, comparativamente a aquellos que el PMM toma como objeto de intervención y que, consecuentemente, es un tema importante en el análisis de la posición y de la actuación de los médicos con relación a la política.

De Sordi argumenta que parte de la corporación médica “resistió fuertemente a los avances contenidos en las políticas inductoras de cambios en la formación de los médicos que beneficiarían exactamente a quienes más necesitan del SUS o que tienen en el SUS su única posibilidad de atención de la salud” y que esa actuación interesada ayudó a formar un hiato entre vigencia e institucionalización de las políticas públicas de salud y educación del último período.

Ferla rescata estudios referenciales de la Salud Colectiva para alertar que, en el estudio del PMM, no basta comprender a la corporación médica como mera actriz en el ciclo de la política, siendo imperativo analizar la “lógica liberal predominante en la profesión médica”, las “tensiones producidas en ella por las transformaciones en el mundo del trabajo” y “los cambios en la formación en las dos últimas décadas, particularmente la diversificación en el perfil de quienes ingresan en la enseñanza superior”. Tales consideraciones son esenciales en cualquier análisis que enfoque la dinámica de emergencia, formulación e implementación del PMM.

Por fin, los tres discutidores abordan el tema de las posibilidades y condiciones de sostenibilidad del PMM ante una acción de desmonte que identifican a partir de las evidencias presentadas en nuestro artículo.

Correia cuestiona en qué medida la acción de desmonte de iniciativas, decisiones y normalizaciones del PMM está también relacionada con el modo y grado de implementación del programa. Pregunta si el propósito del gobierno, a partir del golpe de 2016, “fue ‘cortar por la raíz’ la política antes que ella pudiera ser efectivamente apropiada por los actores” o si la forma como se está modificando revela una “débil apropiación de la política”. Indaga, también: ¿cuáles serían “las condiciones necesarias para que el PMM vuelva a intentar cumplir su objetivo”?

Para De Sordi, la intención del gobierno actual es “abrir espacio para la privatización sin mayor timidez”. Afirma que, aunque los “desafíos de sostenibilidad del SUS” demanden la reorientación del eje de la formación, vuelven a fortalecerse discursos que se contraponen a las nuevas directrices curriculares, que niegan los avances del PMM y que descalifican al SUS y a las políticas inductoras de cambios en la lógica de la formación médica. Apuesta, sin embargo, a que existen “actores políticos, situados en diferentes espacios” que “sabrán resistir y luchar en nombre de banderas históricas”.

A su vez, Ferla indica que las instituciones de enseñanza e investigación no parecen lo suficientemente fuertes para producir la resistencia necesaria y que la acción de

desmonte en curso nos lleva a reflexionar no solo sobre “la formación profesional en salud, sino también sobre la democracia y las instituciones que componen Estado y sociedad”.

Comprendemos que el eje “provisión” del PMM dejó de avanzar a partir de 2016, pero solamente enfrentó cambios significativos a partir del fin de la participación de los médicos cubanos a finales de 2018, después de la elección de Bolsonaro y por efecto de ella. Situación muy distinta, sin embargo, se presenta en relación al eje Formación.

Son diversos los elementos e hipótesis que podríamos sugerir para estudios futuros sobre esa cuestión. La provisión tuvo mayor exposición y debate en los medios.

Exceptuándose la corporación médica, sus medidas son aceptadas por casi todos los actores relevantes del sector Salud, sus efectos son más inmediatos y cuenta con un apoyo significativo de actores sociales relevantes en los municipios y en algunos estados que buscan preservar esos efectos.

A su vez, el eje Formación requiere mayor tiempo de implementación para que sus efectos se hagan sentir, desde sus acciones más centralizadas hasta los diversos cambios necesarios en las instituciones de enseñanza. Cuenta con mayor resistencia y sentido de conservación en los aparatos gubernamentales y en las instituciones de enseñanza, en donde predominan docentes médicos, muchos de ellos contrarios al PMM y a los cambios propuestos. Tuvo también menos exposición en los medios y fue menos debatido, habiendo sido, por lo tanto, menos apropiado por los actores sociales que actúan para sostener el eje Provisión.

De la misma forma que los discutidores, identificamos que el conjunto de medidas del PMM tiene respaldo en la literatura internacional y que el cambio pretendido por el eje Formación es necesario para la sostenibilidad del SUS. Por esas y otras cuestiones, como los efectos producidos por el programa, percibidos por la población o puestos en evidencia por estudios, creemos que el proyecto original del PMM, o una nueva formulación concebida a partir de él, como solución de política pública podrá reanudarse en otro contexto más favorable. En cualquier hipótesis, el desafío será implementarlo con el mayor involucramiento de actores posible para ampliar la sostenibilidad de la política, elemento que envuelve y depende de diversos aspectos, muchos de ellos todavía no abordados en nuestros estudios.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de elaboración del manuscrito.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).





Referencias

1. Sabatier P, Mazmanian D. The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Stud J*. 1980; 8(4):538-60.
2. Pinto HÁ, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1087-101.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Elmore RF. Backward mapping: Implementation research and policy decisions. *Polit Sci Q*. 1979; 94(4):601-16.
5. John P. Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: using evolutionary theory to explain policy change? *Policy Stud J*. 2003; 31(4):481-98.
6. World Health Organization - WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retentions: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 03/01/19.
Aprobado el 14/01/19.