


El Programa Más Médicos y el cambio del papel del Estado en la regulación y ordenación de la formación médica

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.

El Programa Más Médicos se ha considerado el más importante cambio normativo en las atribuciones del Estado en la ordenación de la formación de recursos humanos para el Sistema Único de Salud (SUS). Este artículo analiza el eje más estructurador del programa, el de la formación en salud, por medio de revisión de literatura y análisis documental y de bancos de datos con el objetivo de describir su modelado como política y discutir cuáles fueron los cambios normativos que afectaron la acción del Estado. Identifica cambios institucionales en los Ministerios de Salud y Educación, reorientación de la formación médica, ampliación y redistribución de plazas de graduación y residencia; y la creación de instrumentos para la planificación, regulación y evaluación de la formación de especialistas. Concluye identificando la interrupción de acciones estructurantes del Programa y objetivos y metas que probablemente no se cumplirán en los plazos establecidos.

Palabras clave: Atención primaria. Recursos humanos en salud. Educación para la salud. Programa Más Médicos.

Introducción

El Programa Más Médicos (PMM)¹ fue instituido por ley aprobada después de las manifestaciones de 2013, aunque su proyecto fuera anterior a ellas^{2,3}. La elaboración del PMM considera el análisis crítico de los avances, límites y desafíos de iniciativas gubernamentales anteriores en el campo de la provisión de profesionales y de la formación en salud, puesto que anteriormente ya se habían implementado importantes acciones²⁻⁸.

El PMM efectuó una serie de cambios en la formación médica, desplazando su lógica de *market-oriented* para *policy-oriented*⁹. Tal orientación se expresa en la prioridad de asegurar la formación de médicos en regiones hasta entonces subconsideradas, como Norte, Nordeste y Centro-Oeste, en la concentración de la oferta en municipios del interior y, finalmente, en especialidades como Medicina de Familia y Comunidad (MFC), dejadas hasta entonces en segundo plano o consideradas puntos críticos en la formación en salud por otros autores^{4,7,8,10}.

El aspecto más polémico y visible del PMM giró alrededor de la provisión de médicos en régimen de emergencia para atender poblaciones en la periferia de los grandes centros y regiones más distantes y vulnerables del país. Al analizar el programa, no obstante, queda claro que el eje más estructurador es el que trata de los cambios en la formación y en la educación médica, buscando atender los intereses de la sociedad brasileña y del Sistema Único de Salud (SUS).

Cabe al SUS “ordenar la formación de recursos humanos (RR.HH.) en el área de la salud”, atribución expresada en el artículo 200 de la Constitución Federal de 1988, reforzada por la Ley Orgánica de la Salud. No obstante, tal perspectiva, defendida por el Movimiento Sanitario Brasileño y alineada con la adoptada en diversos países¹¹, no estuvo acompañada de la reglamentación normativa e instrumentos de política pública que permitieran que el SUS la hiciera efectiva. Diversos autores señalan que ese principio constitucional no fue puesto en operación y que la educación ha formado a profesionales para actuar en la salud sin considerar las necesidades del sector^{4,10-14}. Tal disyunción resultó. De acuerdo con el Informe de la 11ª Conferencia Nacional de Salud (2011), en el cuadro siguiente¹⁵:

[..] la formación de los trabajadores de la salud no está orientada por la lectura de las necesidades sociales en salud. Se conduce sin debate con los organismos de gestión y de participación social del SUS, resultando en autonomía del MEC, de las Universidades y de las Sociedades de Especialistas en las decisiones relativas a las cantidades y características políticas y técnicas de los profesionales de salud a formar⁸. (p. 42-3)

Conforme diversos autores^{6,7,9-12} y también un importante informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el tema¹⁶ la acción del Estado en la formación en salud y regulación de la distribución de los RR.HH. son puntos nodales para la implementación de los sistemas nacionales de salud. En el caso brasileño, ese cuadro se agrava por la fragilidad de la regulación estatal^{4,7,11,15}.

La inadecuación de la formación de médicos en relación a las necesidades de la población y del SUS queda en evidencia por la cantidad insuficiente de plazas de graduación en medicina por habitante. En 2013, el promedio nacional era de 8

ingresantes por diez mil habitantes, valor muy inferior a los observados en Argentina (3,2) y en el promedio de los 31 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (1,1)^{3,17,18}.

La graduación todavía no prepara adecuadamente al egresado del curso de medicina para actuar en la Atención Básica (AB)^{4,5,10,13,14}. En 2013 el país solamente tenía 3,3 mil médicos especialistas en MFC¹⁷, menos del 1% del total de médicos. En el mes anterior a la creación del PMM solamente el 5% de los equipos de salud de la familia contaban con esos especialistas¹⁹. Ese descompás entre las necesidades del SUS y la formación de profesionales, en número, perfil y distribución territorial de la oferta de la formación y de la fuerza de trabajo, no es exclusivo de la AB, sino que se observa en todo el sistema^{4,7,8,10-12,15,19}.

La residencia médica tiene un papel central en la formación de los médicos especialistas puesto que prepara a sus cuadros en los propios locales de trabajo^{4,7,13}. La Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) se constituye como espacio importante para poner en operación esa regulación^{4,7,20}. No obstante, sus rumbos han sido históricamente definidos por los intereses de la corporación médica. Además, hay un acuerdo tácito entre el Estado y las entidades médicas con relación a la conciliación de intereses, puesto que permanecen válidos los títulos otorgados por las sociedades médicas^{4,7}.

El PMM se creó para intervenir en ese cuadro complejo. Trabajos recientes señalan ese cambio como el más importante de la actuación del Estado en la cuestión de la ordenación de la formación de RR.HH. desde la creación del SUS^{7,18,21,22}.

Este artículo tiene el objetivo de entender el modelado del PMM como política pública y poner en evidencia las acciones instituidas a partir del nuevo estatuto normativo y los cambios producidos en las atribuciones del Estado en el campo de la ordenación de RR.HH. Usa como presuposición central del estudio que el eje más estructurador del PMM está representado por la acción conjunta de los Ministerios de la Salud (MS) y de la Educación (MEC) para modificar la formación de nuevos médicos, actuando tanto en la creación de nuevos programas de residencia y cursos, públicos y privados, como en el cambio de la educación médica.

Metodología

El estudio, de carácter cualitativo, utilizó el análisis documental²³ de la legislación y normas sobre el PMM y revisión de la literatura sobre el tema. Se emplearon los descriptores “recursos humanos en salud” y “educación médica” en las bases Lilacs y Scielo y “Programa Más Médicos” también en la base del Google Académico.

Las diversas informaciones seleccionadas en bancos de datos oficiales, informes y artículos posibilitaron la identificación de cambios normativos que tuvieron efecto en la acción del Estado para el Enfrentamiento de la cuestión social en análisis. Para ello, se analizaron decretos y decretos administrativos gubernamentales, documentos, publicaciones institucionales, informes y sistema de monitoreo ECAR del MS y MEC, consultas a *sites*, tesis, libros y artículos científicos relacionados con el tema.

El artículo expresa también las reflexiones provenientes del lugar privilegiado ocupado por los autores en la implementación del PMM, tanto en el MEC como en el MS, sujetos que explicitan y rechazan, a priori, una pretensa neutralidad científica,

asumiendo el carácter comprometido de su triple implicación, como actores en situación de gobierno, trabajadores del área de la Salud Colectiva y de la Educación Pública e investigadores con pretensión de producción de un saber militante y comprometido con el SUS²⁴.

Se considera aquí, por lo tanto, la política pública como objeto de producción de conocimiento. El PMM todavía es una obra en abierto, indicando algunos caminos y posibilidades sobre la formación médica y su relación con el SUS, motivo por el cual consideramos como factor referencial los marcos conceptuales del campo de análisis de política²⁵.

Resultados y discusión

La iniciativa estatal más asociada al esfuerzo del SUS de ordenar la formación fue la creación de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud (SGTES) en el MS, en 2003. A partir de ese punto se articuló una política nacional de reorientación de la formación profesional en salud con acciones enfocadas a la inducción de cambios en las graduaciones, formación de docentes, integración enseñanza-servicio, expansión de las residencias prioritarias para el SUS etc²¹.

Las acciones regulatorias del MEC, relacionadas con la evaluación institucional y criterios y procesos de autorización de nuevas plazas, de escuelas de medicina y programas de residencia, sin embargo, no estaban orientadas en función de las necesidades y prioridades del SUS. Para incidir en ese cuadro y actuar intersectorialmente con el MEC se publicó el Decreto Administrativo Interministerial nº 2.118, en 2005, cuyo objetivo era promover la cooperación técnica en la formación y desarrollo de RR.HH. en el área de la salud. En 2007, se instituyó la Comisión Interministerial de Gestión de la Educación en la Salud con función consultiva. La modificación de la composición de la CNRM, con inclusión de la representación tripartita del SUS, solamente ocurrió en 2011, cuando se estableció que la regulación de las instituciones y de los programas de residencia médica debería considerar la necesidad de médicos especialistas indicada por el perfil socio-epidemiológico de la población.

Aunque sean medidas esenciales para la acción intersectorial de la salud y de la educación, sus resultados estuvieron distantes de los objetivos definidos y no consiguieron, según diversos autores^{7,11,21}, avanzar efectivamente en la ordenación de la formación de RR.HH. Había un hiato entre la responsabilidad constitucional atribuida al SUS y su real capacidad estatal de ordenar la formación en Brasil.

En 2013, con la expansión de la AB y de los servicios inducidos por los recursos asignados por el MS en las Redes de Atención de la Salud, el cuadro pasó a ser aún más problemático en lo que se refiere tanto a la formación, distribución, actuación y fijación de médicos como a la insuficiente cantidad y distribución de las plazas de graduación en medicina^{2,3,18,22} y de residencia (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución en 2012 de las plazas de graduación en medicina por diez mil habitantes según regiones elegidas y concentración por capital.

Región	Plazas por mil habitantes
Sudeste	1,08
Sur	0,93
Norte	0,85
Centro-Oeste	0,70
Nordeste	0,70

Aproximadamente el 50% de las plazas en las 27 capitales de los Estados y las demás en otras 97 ciudades

De 2003 a 2013, año de la creación del Programa, el número total de médicos formados en Brasil fue el equivalente a tan solo el 73% del número de plazas nuevas de empleo creadas por el mercado de trabajo (un déficit del 27%)²³

Elaborado por los autores.

El Gobierno Federal había iniciado, desde 2011, la adopción de medidas para enfrentar la escasez de médicos en áreas vulnerables, tales como la reglamentación de la ley del FIES, con incentivos específicos para médicos que se dedicaran a la AB en locales más vulnerables y la creación del Programa de Valorización de los Profesionales de la Atención Básica-PROVAB, ambas envolviendo la alianza del MS y MEC^{2,3,6,7}. Políticas cuyo objetivo es atraer a profesionales para la AB en áreas con mayor necesidad se remontan a la década de 1970, con el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (1976), seguidos de otras iniciativas gubernamentales como el Programa de Interiorización del SUS (1993) y de Interiorización del Trabajo en Salud (2001)^{6,7,22}. El PROVAB, aunque haya tenido efectos importantes ya analizados en la literatura⁶ y pasado de 350 médicos en actuación en 2011 para 3.550 en 2013²², no consiguió, a pesar de eso, responder a la demanda de los municipios, cuyo déficit estimado era de trece mil médicos en aquel año³. En el PROVAB es posible identificar antecedentes del eje de provisión en régimen de emergencia del PMM^{2,3,7,18}. Debemos subrayar que el PMM llegó a contar con más de dieciocho mil profesionales en 2015, cuando además de la ampliación de la plantilla efectiva del programa, incorporó a los médicos vinculados al PROVAB³.

Sin embargo, medidas de provisión y especialización en servicio no fueron suficientes para avanzar en la ordenación de la formación, puesto que no interferían en la planificación de la fuerza de trabajo en salud a mediano y largo plazo. Progresivamente, la falta de médicos pasó a ser señalada por gestores municipales de salud y por encuestas de opinión como uno de los más relevantes problemas de salud del país. La presión ejercida por los alcaldes culminó en el lanzamiento, en enero de 2013, del movimiento “Dónde está el médico” liderado por la Federación Nacional de Alcaldes, con apoyo del Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud^{2,3,26}.

El PMM surgió en ese contexto de intenso debate público, despertando el apoyo de los alcaldes y gestores del SUS y la inmediata resistencia de organizaciones de la corporación médica^{2,3,26,27}. En los tres meses transcurridos entre la edición de la medida provisional (MP) y su conversión en Ley¹, el PMM consiguió apoyo de la población^{2,3,27} y de parlamentarios en el Congreso Nacional, lo que hizo que la Ley fuera probada, después de importantes perfeccionamientos, por amplia mayoría de votos².

El eje de mayor visibilidad fue la provisión en régimen de emergencia; sin embargo, el PMM presenta un alcance más amplio en sus objetivos, entre los que se destacan el “III – perfeccionar la formación médica en el País [...]” y el “IV - ampliar la inserción del médico en formación en las unidades de atención del SUS, desarrollando su conocimiento sobre la realidad de la salud de la población brasileña [...]”¹.

Los cambios realizados en el texto de la Ley del PMM produjeron un crecimiento significativo del “eje de formación médica” que pasó a ser la mayor parte del texto legislativo y proporcionó una estructura legal que instrumentaliza al Estado para la ordenación de RR.HH. para el SUS. Con un enfoque más dirigido y de emergencia, pasó a dialogar con formulaciones más amplias que se debatían en el país y en el mundo, relacionadas a la planificación, regulación, provisión y formación de RR.HH. para sistemas de salud^{7,10,11,15,16,21}.

Desde el punto de vista de la capacidad estatal, la política produjo también una innovadora actuación conjunta de los ministerios en la atribución de responsabilidades compartidas y complementarias, en la creación de espacios de gobernanza común del PMM y en el diseño de procesos que obligaban a la actuación articulada como, por ejemplo, en la autorización de la apertura de nuevas escuelas, en el cual un insumo esencial para la acción del MEC (la identificación de la localidad con necesidad de apertura de nuevas escuelas), era responsabilidad del MS^{1,3}.

Para cumplir ese nuevo papel, el MS y el MEC realizaron adaptaciones institucionales. En 2013, el MS creó, en el ámbito de la SGTES, el Departamento de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud. En el MEC se creó la Dirección de Desarrollo de la Educación en Salud, vinculada a la Secretaría de Enseñanza Superior, además de crearse la Coordinación-General de los Procesos de Convocación Pública, vinculadas a la Secretaría de Regulación y Supervisión de la Educación Superior.

Las Nuevas Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina (DCN) aprobadas después de la aprobación de la Ley del PMM en la resolución 3/2014 del Consejo Nacional de Educación, involucraron una mayor participación del MS y del Consejo Nacional de Salud (CNS) en su formulación y señalaron un mayor grado de integración entre los sistemas de salud y educación, normas más claras y objetivas para la reorientación del curso a las necesidades de salud de la población y del SUS y la determinación de plazos e instrumentos para la implementación de los cambios.

Las DCN actualizaron la formación médica a las reformas curriculares contemporáneas del área de la salud ocurridas en el mundo²⁸, incluyendo el énfasis en las pedagogías activas y la integración con los servicios de salud, en la reorientación de los campos de práctica con el objetivo de formar a un profesional con las competencias requeridas por el SUS^{4,10,12-14}, y en la identificación de competencias para la gestión y la educación, además del cuidado de la salud, que ya se desarrollaba en la Política Nacional de Educación Permanente del SUS. También reforzaron la práctica en equipo multiprofesional y la importancia de que el alumno enfrentara problemas reales y asumiera responsabilidades crecientes compatibles con su grado de autonomía. La mayor exigencia de integración enseñanza-servicio obtuvo reglas explícitas, con la exigencia del 30% del período del internado en servicio de AB y de urgencia. El perfil

de competencias pasó a ser más amplio, centrado en la AB y coordinación por el área de conocimiento de la MFC.

La legislación estableció que los cursos de medicina, de instituciones pública o privadas, deben implantar hasta 2018 las nuevas directrices, lo que se verificará por medio de auditorías y procesos de evaluación del Sistema Nacional de Evaluación de la Enseñanza Superior (SINAES)¹. Además, se creó una evaluación específica para el curso de medicina con instrumentos y métodos que evalúan conocimientos, habilidades y actitudes con el objetivo de verificar el estado momentáneo de cada alumno con relación al nuevo perfil esperado por las nuevas DCN y acompañar el crecimiento y la adquisición de competencias. En 2016, en un proceso dirigido por una comisión con la participación del MEC, MS, CNS, Asociación Brasileña de Educación Médica, Dirección Ejecutiva Nacional de los Estudiantes de Medicina y Consejo Federal de Medicina, se concluyó la creación de este nuevo instrumento de evaluación del SINAES, por medio del Decreto Administrativo 386 de mayo de 2016 con 15 nuevos indicadores para evaluar el cumplimiento de las reglas de las DCN. También se implementó (aunque parcialmente) el test del progreso denominado Evaluación Nacional Seriada de los Estudiantes de Medicina (ANASEM)– previsto en la ley del PMM y que se debería aplicar regularmente a todos los estudiantes de medicina del 2º, 4º y 6º año.

Las normativas construidas esbozaron un sistema de evaluación con gran capacidad de orientar la formación en la medida en que, además de determinar las medidas regulatorias del MEC (que, en último caso pueden resultar hasta en la interrupción del examen de selectividad y en el cierre de un curso), podría utilizarse también como modalidad de acceso a la residencia, como se abordará más adelante. Se buscaba construir, para el paso de la graduación a la residencia, un modelo similar al sistema “ENEM-SISU”³.

El PMM también previó medidas para mayor integración entre las Instituciones de Educación Superior (IES), los servicios y la gestión de la salud, entre las cuales se destacan la creación de un instrumento de pacto y delimitación de compromisos y responsabilidades entre estos actores denominado Contrato Organizativo de Acción Pública Enseñanza Salud y la elaboración de planes y procesos de calificación de los preceptores, profesionales vinculados al servicio de salud y no a la IES, que actúan como docentes del proceso de formación.

Para atender los objetivos del PMM a largo plazo, el MEC planificó la expansión de las plazas de graduación en medicina, estableciendo como meta pasar de 1,8 médico por mil habitantes para 2,7 hasta 2026, tomando como referencia el nivel del Reino Unido en 2013³. Para tanto, sería necesario ampliar 11.500 plazas de graduación en un plazo de 5 años. La creación de esas plazas elevaría la proporción de plazas de ingreso en cursos de medicina de 0,8 para 1,34 plazas por diez mil habitantes y también tendría el objetivo de promover la interiorización y la distribución territorial de las plazas, llevando en consideración la regionalización del SUS y la democratización del acceso al curso de medicina³.

Se implementó un cambio significativo en la lógica de apertura de plazas de graduación. Hasta entonces, la iniciativa formal siempre era la de una IES privada o pública y cabía al MEC dar o no la autorización. Para la apertura de nuevas plazas en medicina, odontología y psicología estaba prevista una evaluación específica realizada

por el CNS para identificar la necesidad social del curso, conforme definido por el Decreto n° 5.773 de mayo de 2006.

Con el PMM, la iniciativa de planificación y regulación pasó a ser del Estado, a partir de nuevas reglas. Para cumplir la meta de expansión de plazas se identificó, primeramente, el potencial de expansión de las universidades públicas. La diferencia entre la expansión pública y la meta general definió el tamaño de la expansión a ser efectuada por medio de instituciones privadas. El análisis de las normativas muestra claramente que se creó un modelo de regulación de la apertura de plazas privadas. En primer lugar, el MS identificó los estados, regiones y municipios con necesidad de apertura de cursos de medicina, conforme criterios objetivos previamente definidos: porte del municipio, condiciones de la red de salud para recibir el curso de medicina (de cobertura de AB a lechos del SUS), inexistencia de escuela médica en las proximidades o en la región de salud etc. Esa etapa formó parte del pliego de condiciones coordinado por el MEC y dirigido a los municipios que manifestaron interés y se inscribieron voluntariamente para ser candidatos a recibir un curso privado de medicina. Correspondió al MEC la evaluación de esos municipios, incluyendo una evaluación *in loco* verificando el cumplimiento de los requisitos establecidos. Después de anunciar los municipios seleccionados, el MEC publicó un segundo pliego de condiciones. Se trató de una convocatoria pública en la cual las mantenedoras de IES privadas compitieron entre sí para obtener el derecho de abrir un curso de medicina en cada uno de los municipios seleccionados en la etapa anterior. Ellas se evaluaron mediante un conjunto de criterios, entre los cuales podemos citar los siguientes: puntuación en las evaluaciones del MEC, proyecto político-pedagógico, planificación de infraestructura, estabilidad financiera, propuesta de integración enseñanza-servicio y, con el objetivo de democratizar el acceso al curso, el volumen de adhesión a los Programas Universidad para Todos (Prouni) y FIES, además de la proporción de becas que las mantenedoras se comprometían a garantizar a los alumnos de bajos ingresos.

El elemento esencial a considerar en el cambio promovido por el PMM es que dotó al Estado de instrumentos que hacen que la formación de los médicos y la apertura de escuelas pase a ser "*policy-oriented*", en lugar de "*market-oriented*". Ese modelo fortalece la regulación del Estado sobre la enseñanza privada, articulándola a la ordenación de la formación. El Estado asume la iniciativa y pasa a dirigir, conforme criterios públicos y necesidades definidas a partir del interés público, los locales que deberán beneficiarse con los cursos. También se tomaron medidas concretas para la garantía de la calidad, tanto en la evaluación de los municipios como de las IES. Se produjo la inversión de una práctica privada común en diversos sectores: en lugar de que la IES exigiera beneficios para elegir cuál sería el local en que se instalaría, tuvo que comprometerse y presentar la mejor propuesta de contrapartidas en beneficio del SUS. Además, estaba indicado que en la implantación del curso tendría que cumplirse las DCN y que instrumentos previstos en Ley, tales como el COAPES, deberían implementarse obligatoriamente.

Los pedidos de autorización de apertura dados de entrada previamente en el MEC, antes de la promulgación de la Ley del PMM, siguieron el modelo antiguo. Hasta 2016, para la expansión privada posterior a la Ley del PMM, las cosas sucedieron de acuerdo con lo que se había disciplinado a partir de dos pliegos de condiciones, publicados en 2014 y 2015, el segundo dirigido exclusivamente a las regiones Norte,

Nordeste y Centro-Oeste, con el objetivo de promover la interiorización de los cursos en esas regiones, que solamente se habían alcanzado parcialmente en el primero.

La actuación integrada y complementaria del MS y del MEC y la realización de las convocatorias públicas demuestran la implementación de esas normativas. De acuerdo con los datos e informes del MEC, hasta 2016 se habían creado aproximadamente 6.600 plazas (casi el 60% de lo previsto) en instituciones públicas y privadas. La mayor equidad en la distribución de las plazas, además de haber promovido la interiorización de los cursos, permitió que la oferta de plazas en las regiones Norte y Nordeste superaran la marca de una plaza por diez mil habitantes y se aproximaran de la observada en las regiones Sur y Sudeste, enfrentando una desigualdad histórica.

No obstante, es importante subrayar que esa expansión continúa sufriendo fuerte resistencia de la corporación médica y que, aunque haya diferencia de criterios utilizados entre los estudios oficiales que dan base a las proyecciones y planificación de los Ministerios de la Salud y de la Educación y la serie de estudios “Demografía Médica”¹⁷, del Consejo Federal de Medicina, la mayor discordancia entre esos actores sociales está en la definición de la cantidad necesaria de médicos para el país. El PMM estableció una meta, conforme referido anteriormente, considerada elevada por las entidades médicas. No obstante, después de las medidas implementadas por el PMM, la proporción de profesionales solamente alcanzó el nivel de 2,2 médicos por mil habitantes y de 1,02 plazas de medicina por mil habitantes¹⁷, cuadro que todavía sitúa a Brasil en el cuartil inferior de los 34 países de la OCDE¹⁷ y todavía distante de la meta del propio PMM.

Con la expansión de plazas ya promovida, Brasil alcanzará la meta de plazas programada, aunque no en todas las regiones de salud, y podrá llegar a tres médicos por mil habitantes hasta el final de la próxima década. Debemos subrayar que 23 de los 24 países de la OCDE ya alcanzaron ese nivel y varios están ampliando para todavía más plazas¹⁷. Además, el sistema de salud en Brasil tiene características que demandan una mayor cantidad de médicos que los países europeos con sistemas universales.

En relación a la regulación de la formación de médicos especialistas, Aléssio y De Sousa⁷ constataron que el PMM brindó contribuciones inéditas y estructuradoras que indicaron la decisión del Estado de asumir la responsabilidad y crear instrumentos para la planificación y regulación de esa fuerza de trabajo. La residencia médica en Brasil expresa las contradicciones de la relación público-privada y regulatorias del SUS. Financiada casi en el 100% por el sector público, ocurre mayoritariamente en servicios públicos o que prestan servicios al SUS pero, hasta la creación del PMM, había poca actuación del Estado en la planificación y regulación de cuáles plazas de especialidades deberían abrirse y en qué localidades. Muy diferente de países que también valorizan e invierten en ese tipo de formación, pero que insisten en regularla, tales como Canadá, España y Portugal, que direccionaron la composición de especialistas en el Sistema de Salud^{3,4,7,11}.

Tradicionalmente, los pedidos de acreditación de nuevas plazas o programas de residencia médica dependían de la iniciativa y disponibilidad de algunos médicos especialistas, de la tradición de una determinada institución de salud o de enseñanza y del interés y disposición de financiación de una unidad de la federación; por otro lado, en algunos casos incluso con necesidad y capacidad disponible, organizaciones de la corporación consiguen limitar la ampliación de plazas en algunas especialidades llevando en consideración intereses de mercado^{4,7}.

La desregulación estatal permite que los más variados intereses resulten en la apertura de programas ajenos a la necesidad social y sanitaria o en la limitación de la apertura. También abre espacio para acciones “regulatorias” presididas por actores e intereses privados que, muchas veces, actúan contra la iniciativa pública y el interés de la colectividad.

Aléssio y De Souza⁷ identifican los siguientes puntos en la formación de especialistas en el país: expresiva desigualdad con gran concentración de los programas y plazas en el Sudeste y Sur, inexistencia de oferta en diversas especialidades esenciales en las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste, déficits nacionales en especialidades como geriatría, endocrinología, otorrinolaringología, neurología, psiquiatría y anestesiología y bajísima oferta de plazas en MFC.

Las bases de datos sobre los especialistas siempre fueron fragmentadas y dispersas. La CNRM retenía las informaciones de los médicos que concluían la residencia. Las asociaciones de cada especialidad registraban a quienes obtenían el título y se mantenían al día en el pago de sus mensualidades. A su vez, los Consejos Regionales de Medicina solamente tenían información de los médicos que decidían registrar el título en el Consejo y obtener el derecho de hacer publicidad como especialistas. En los sistemas de información del MS y de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria registros con reglas específicas en los cuales gestores, prestadores de servicios de salud y operadoras de seguros médicos precisan informar sobre los médicos y sus especialidades. Esa desarticulación de las informaciones sobre especialistas puede ejemplificarse por la variación de 3 mil a 18 mil oftalmólogos existentes en el país, dependiendo de la fuente que se considere.

La Ley del PMM¹ creó el Catastro Nacional de Especialistas para unificar las informaciones disponibles sobre los médicos e identificar la necesidad de especialistas, permitiendo conocer la cantidad y distribución regional de ellos y, de esa forma, planificar la expansión de plazas de formación y servicios de salud. Determinó que todas esas bases de datos se pusieran a disposición del MS. La publicación del Decreto 8516/2015, bajo protesta de las entidades médicas que se posicionaban francamente contra la regulación estatal de la formación de especialistas y, por lo tanto, del propio Catastro, aseguró la puesta en operación y disposición del Catastro en el *site* del MS. Usándolo como base, se inició el proceso de construcción de criterios de la necesidad de especialistas por región con la intención de inducir, financiar y autorizar plazas y programas para cada región de salud.

Otras medidas de gran impacto en la organización de RR.HH. determinadas por la Ley del PMM fueron la universalización de plazas de residencia médica y el rediseño del itinerario de formación de especialistas, de modo que la especialidad de MFC se convirtiera en una formación base en el país. La Ley determina la universalización de la residencia hasta 2018 y exige que antes de entrar en cualquier programa (con excepción de 9 especialidades) el médico curse uno o dos años de residencia en MFC. Esta tendrá que realizarse obligatoriamente en el SUS, en servicios de AB, urgencias, atención domiciliaria y salud mental. Permite que el Gobierno Federal complemente la beca para atraer a esos residentes y proponga programas de formación de preceptores, con el objetivo de asegurar la expansión con calidad. Tales medidas tienen el objetivo de asegurar la formación de médicos con competencia para actuar en el SUS en áreas estratégicas y, en algunos casos, como en la AB, también tiene el objetivo de

provisión. Si la determinación legal se hubiera cumplido, la AB recibiría en 2019 aproximadamente 16,5 mil médicos residentes del 1^{er} año, número que podría llegar a 25 mil hasta el año 2024 (mayor que el número máximo de médicos que ya tuvo el eje de provisión, 18.240). Por lo tanto, además del objetivo anhelado por el PMM de asegurar una formación adecuada a las necesidades del SUS, resulta evidente también el efecto pretendido en la provisión de médicos, en cantidad y calidad, para avanzar rumbo a la universalización del acceso de la población brasileña a la AB.

De acuerdo con los datos puestos a disposición por el MS y el MEC, para cumplir la determinación legal, el Gobierno Federal amplió 6.750 plazas de 2013 a 2016. En 2016, lanzó el Programa Nacional de Formación de Preceptores con oferta de mil plazas en el primer año y meta de diez mil plazas hasta 2019. Ofreció una beca-formación adicional específica para los residentes y preceptores en MFC y exigió metas de expansión de la residencia en MFC, tanto para las antiguas y nuevas IES como para los municipios participantes del PMM.

Son cinco los elementos que pueden identificarse en el PMM con potencial para fortalecer extraordinariamente la ordenación de la formación de especialistas: 1) la evaluación de la institución, del programa y del alumno como fuerza inductora relevante asociada a consecuencias definidas; 2) Estado dotado de instrumentos que permiten organizar y regular la demanda y la oferta por plazas y poner en operación la distribución de los alumnos por los programas disponibles, sin superposición ni necesidad de que un alumno tenga que realizar más de un proceso de selección; 3) centralización de la selección, retirando ese poder de los grupos locales, que tienen gran poder discrecional en la selección de los alumnos; 4) evaluación que mide el aprovechamiento del alumno en la especialidad que está cursando y, con base en ella, determina el acceso a otras subespecialidades evitando de esa forma que deje de aprender lo que cursa en el momento por dedicarse al contenido que será exigido en el concurso de la subespecialidad deseada (base actual de la estrategia de ganancia de los “cursos preparatorios médicos”); y, finalmente, 5) integración de ese sistema con la propia evaluación de revalidación de diplomas (Revalida), en la medida en que la “regla” utilizada para evaluación del médico brasileño al terminar la graduación y cualquier especialidad puede pasar a utilizarse (incluso de forma técnica y operativa) para revalidación de diplomas de médicos extranjeros, evitando estándares de exigencia distintos.

Consideraciones finales

Los datos y análisis contenidos en este artículo indican que el PMM, a pesar de los demás ejes previstos en la legislación, que no se trataron en este texto, presentó avances objetivos en la actuación del Estado en la ordenación de la formación de RR.HH. para el SUS. Se trata de una política fuertemente alineada al compromiso ético-político de construcción de un sistema de salud universal, ecuánime e integral. Su propuesta, aprobación e implementación inicial, marcada por resistencias y tensiones, representó la posibilidad de implementación de una “audaz” inversión de la lógica de formación, tanto en la graduación como en la residencia médica.

Analizando las medidas más importantes subrayadas en este texto es posible percibir que, a partir de 2016, con el Gobierno Temer, la política –particularmente el

eje de formación en salud, en especial en lo que se refiere al cambio de la formación y ampliación del acceso a la graduación en medicina y, principalmente, la planificación y regulación de la formación de especialistas– tuvo su implementación interrumpida, poniendo en riesgo los objetivos de mediano y largo plazo del Programa, puesto que la suspensión o reducción de cualquiera de sus componentes afecta profundamente al PMM como un todo. Tomando como referencia las perspectivas del campo de análisis de políticas públicas²⁵, se puede considerar que el PMM se encuentra en una fase inicial de implementación y en proceso de reformulación de objetivos.

La expansión de plazas de graduación llegó a alcanzar el 60% de la meta. No obstante, la expansión pública prevista se interrumpió y la privada, a su vez, prevista para los locales con mayor necesidad, se limitó a las plazas inicialmente autorizadas. Pero para los grandes centros se autorizaron ampliaciones de plazas en cursos ya existentes, es decir, no sometidas a los criterios de regulación creados por el PMM. En 2017, el MEC anunció una “moratoria” de cinco años para la autorización de nuevas plazas, frustrando de esa forma las metas previstas en el PMM para la próxima década.

La implementación de las DCN sufrió duros golpes con la suspensión de los efectos de los cambios realizados en el SINAES, por medio del Decreto Administrativo n° 1.503 de septiembre de 2016. Sabemos que hay una distancia importante entre la creación de normas e instrumentos nacionales y la producción del cambio en los espacios concretos de las escuelas médicas y servicios de salud. La interrupción de la inducción federal, sin embargo, deja de fortalecer a grupos que se movilizaban localmente en pro del cambio, aunque no los impide de continuar luchando y avanzando en objetivos que compartan con el PMM. Sin la movilización de actores y recursos en pro de la superación de las resistencias, su interrupción hizo que, prácticamente, el proceso retrocediera a contextos anteriores al PMM

Se suspendió la expansión de plazas de residencia por parte del MEC y la de plazas ofrecidas por el MS tuvo una reducción drástica, de tal forma que la meta prevista por la Ley, de universalización del acceso a la residencia médica, será otra disposición legal no cumplida. La ANASEM se interrumpió y la evaluación por el Inep para las residencias no se implementó. Posteriormente, la evaluación de la graduación y de la residencia fue suprimida de la legislación por la Ley n°13.530 de 2017. La integración de los procesos de evaluación y el acceso a la residencia y revalidación de diplomas dejó de ser, por lo tanto, objetivo del Estado. El Catastro Nacional de Especialistas salió de circulación y el COAPES dejó de ser una agenda del gobierno.

El PMM es una iniciativa osada y contundente del Estado brasileño para ampliar el número de plazas en la formación médica para un nivel más adecuado a las mejores prácticas internacionales y, al mismo tiempo, reformular la formación en salud para atender las necesidades de la población del SUS.

Tanto el eje de régimen de emergencia del PMM como el eje más estructurador y sostenible del programa, al que dedicamos este artículo, atendieron en buena medida esos objetivos, pero hay acciones previstas a mediano y largo plazo que por haber sido discontinuadas o desconsideradas, ponen en riesgo el alcance de las metas establecidas y aplazan, una vez más, el cumplimiento del principio constitucional que prevé que el SUS debería ordenar la formación de RR.HH. en salud de acuerdo con las necesidades de la población.

Contribuciones de los autores

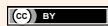
Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de elaboración del manuscrito.

Agradecimientos

Agradecemos a las Universidades Federales del Recôncavo da Bahia (UFRB), de São Paulo (UNIFESP) y de Rio Grande do Sul (UFRGS) y a la Universidad de São Paulo (USP), a los equipos técnicos de los Ministerios de la Salud y de la Educación, las contribuciones y orientaciones de Soraya Côrtes, docente de la UFRGS y orientadora de uno de los autores en investigación que envuelve el tema del artículo y a todos los profesionales de la salud, profesores, investigadores, gestores de todas las esferas, trabajadores y organizaciones de la sociedad civil que se han esforzado para investigar, implementar, perfeccionar y dar sostenibilidad a las iniciativas y políticas que avanzan en la perspectiva de hacer efectivo el principio constitucional que prevé la ordenación de la formación de recursos humanos (mejor dicho, de la fuerza de trabajo) en salud en conformidad con las necesidades de la población brasileña.

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. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1998.
5. Lampert JB. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas. 2a ed. São Paulo: Hucitec, ABEM; 2009.
6. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
7. Aléssio MM, Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
8. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, organizadores. *Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho*. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. v. 1, p. 4-26.



9. Rovere MR. El Programa Más Médicos: um análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):635-6.
10. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface (Botucatu)*. 2001; 5(9):133-42.
11. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMBM. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2013; 23(4):1147-66.
12. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(24):124-40.
13. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(15):375-80.
14. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. Rio de Janeiro: ABEM, Fiocruz; 2004.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Relatório Final 11^o Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
16. Organização Mundial da Saúde. Trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
17. Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Coordenação de Scheffer M. Demografia Médica no Brasil, 2018. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2018.
18. Pinto HA, 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.
19. Pérez PB, López-Valcárcel BG, Vega RS. Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas em Brasil: proyecciones a 2020. Las Palmas: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2011.
20. Nunes MPT. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. *Cad ABEM*. 2004; 1:30-2.
21. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
22. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
23. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauries JP, Groulx AL, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
24. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.
25. Muller P, Sural Y. A análise das políticas públicas. Pelotas: Educat; 2002.
26. Frente Nacional de Prefeitos. Cadê o médico [Internet]. 2013 [citado 25 Jun 2018]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com/>



27. Universo Online (UOL). Apoio da população ao Mais Médicos sobe a 84,3% dos brasileiros [Internet]. São Paulo; 2013 [citado 25 Jun 2018]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2013/11/07/apoio-da-populacao-ao-mais-medicos-sobre-a-843-da-populacao-diz-pesquisa.htm>
28. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 15/02/18.
Aprobado el 15/08/18.