

Interface - Comunicação, Saúde, Educação



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501143&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2018.

REFERÊNCIA

ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Más Médicos: elementos de tensión entre gobierno y entidades médicas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1143-1156, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501143&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0396>.

Más Médicos: elementos de tensión entre gobierno y entidades médicas

Maria Martins Alessio^(a)

Maria Fátima de Sousa^(b)

(a) Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Setor de Áreas Isoladas Norte, SAIN – Asa Norte, Bloco B, Brasília, DF, Brasil. 70086-900; maria.alessio@gmail.com

(b) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. fatimasousa@unb.br

En 2013 llegaron los primeros médicos del Programa Más Médicos. Su proceso de implantación estuvo cargado por disputas judiciales y embates ideológicos provenientes de médicos brasileños y sus entidades representativas. La iniciativa de creación del Programa fue considerada por las entidades médicas como una medida unilateral del Gobierno Federal, con fines electorales y sin planificación. El artículo rescata el proceso histórico que dio origen al Programa, destacando la tensión entre gobierno y entidades médicas. Se trata de un estudio exploratorio con investigación bibliográfica y documental. Analizando datos y tendencias nacionales e internacionales y discursos de médicos y sus entidades representativas, es posible inferir que el Programa no se ha entendido en su totalidad, que va más allá de la provisión inmediata de médicos. Además, el papel regulador del estado para cumplir la Constitución Federal se está confundiendo con interferencia en la autonomía de la profesión médica.

Palabras clave: Políticas públicas de salud. Recursos humanos en salud. Demografía, provisión y distribución. Internado y residencia. Planificación en Salud.

Introducción

Desde hace más de tres décadas se reconoce la necesidad de debate y planificación sobre la cuestión Recursos Humanos en Salud. Por deliberación de la 8ª Conferencia Nacional de Salud (CNS), en 1986, en el mismo año se realizó la I Conferencia Nacional de Recursos Humanos para Salud. Desde entonces, la cuestión de Recursos Humanos en Salud estaría presente en todas las CNS¹ y en 1994 la 9ª CNS sugirió la creación de una Política Nacional de Recursos Humanos².

Poco antes del lanzamiento del pliego de condiciones de adhesión de municipios para el Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB), en julio de 2013 se publicó el primer pliego de condiciones de convocación de médicos para el Proyecto. La demanda de los gestores municipales por médicos para actuar en Equipos de Salud de la Familia llegó a 15.460 plazas³, que no fueron ocupadas tan solo por médicos graduados en instituciones de educación superior brasileñas o con diploma revalidado en el país y, conforme previsto en la legislación⁴, los médicos graduados en instituciones de educación superior extranjeras fueron convocados para suplir esta necesidad. Se establecieron otros ciclos de llamada de médicos hasta que se alcanzara la meta de atender la demanda de todos los gestores, respetando el techo de la Atención Básica (AB) de cada municipio. Un año después del inicio del Programa Más Médicos (PMM), 14.462 médicos actuaban en 3.785 municipios de todos los Estados del país dando asistencia a 50 millones de personas⁵. Por primera vez, los 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DISEI) registraron la presencia de médicos de forma ininterrumpida en sus territorios. Entre este grupo de más de 14 mil médicos, tan solo 1.846 eran brasileños⁶.

El PMMB es uno de los cinco capítulos de la Ley que establece el Programa Más Médicos para Brasil (PMM) que, a su vez, cuenta con espectros de acciones que varían de corto a largo plazo y que se desarrolla en tres ejes fundamentales: (i) ampliación y mejora de la infraestructura de unidades de salud; (ii) provisión de emergencia de médicos para áreas sin asistencia; y (iii) formación de recursos humanos para el SUS⁴.

⁵ La Política Nacional de la Atención Básica define que cada Equipo de Salud de la Familia debe ser responsable, como máximo, por 4.000 personas, siendo el promedio recomendado de 3.000⁵

De esta forma, la participación de médicos extranjeros en la AB es una parte y no la totalidad del PMM.

Acusado por las entidades médicas de haber lanzado tal programa como medida con fines electorales^{7, 8} para aplacar los ánimos de las masas que expusieron su insatisfacción en relación a diferentes cuestiones sociales bajo la forma de enormes protestas en la calles en junio de 2013, después de la edición de la Medida Provisional (MP) n° 621/2013, el gobierno consigue la aprobación de la Ley n° 12.871, de 2013, consolidando de tal forma el PMM⁴. En abril del mismo año, la presidenta Dilma ya había sido clara sobre la posibilidad de contratación de médicos extranjeros por parte del Gobierno Federal, durante un encuentro con gestores municipales en Brasilia⁹ y después de haber recibido una carta con gran número de firmas del movimiento “Dónde está el Médico” organizado por el Frente Nacional de Alcaldes, en el mes de enero¹⁰.

Sousa y Mendonça¹ realizan un amplio rescate de episodios históricos de construcción colectiva en la evolución de la salud pública brasileña y que, forzosamente, desembocan en el PMM, en contradicción al discurso de muchos actores de la sociedad civil y, de forma más contundente, de las entidades médicas, de que la deflagración del Programa sería fruto de un acto no pensado, no planificado y autoritario del Gobierno Federal¹¹⁻¹³.

Paralelamente a ese movimiento vivido en Brasil, el mundo discute la cuestión de la crisis de los recursos humanos en salud^{14,15}.

Este artículo forma parte de la disertación de la Maestría Profesional del Programa de Salud Colectiva de la Universidad de Brasilia y pretendió rescatar momentos del proceso histórico que dio origen al PMM, aparte de las protestas de junio de 2013, además de destacar los elementos de tensión generados en este proceso entre el gobierno y la sociedad civil, con recorte para las entidades médicas. Se trata de un estudio exploratorio con uso de investigación bibliográfica no sistemática y análisis documental, en el que se analizaron documentos oficiales, artículos de periódicos, presentaciones oficiales y artículos de diarios en medio

electrónico. Todas las fuentes consultadas son de libre acceso para la consulta pública, no habiendo sido necesaria la aprobación por parte del Comité de Ética.

Las condiciones de acceso a la formación médica y los servicios médicos en el país

El PMM se anunció en un año de efervescencia política en el país, cuando las protestas en las calles se diseminaron por diversas ciudades brasileñas. Aunque de forma poco ordenada, heterogénea y con poca cohesión, el movimiento de junio de 2013 expresaba el “descontento con las acciones de los Poderes Ejecutivos, municipal, de los estados y federal, así como las del Poder Legislativo”¹⁶.

Entre tantas otras, la cuestión “salud” surgió frecuentemente en esas protestas. En febrero de 2011, el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA, por sus siglas en portugués) ya había divulgado un estudio sobre la percepción que señalaba la falta de médicos como uno de los principales problemas identificados por la población, usuaria o no del SUS¹⁷.

De hecho, en diciembre del mismo año, el Consejo Federal de Medicina (CFM) entregó un estudio sobre demografía médica al Ministerio de la Salud que revelaba una distribución desigual de médicos en el territorio brasileño, pero también entre los sistemas público y privado de salud¹⁸.

Un trabajo del Observatorio de Recursos Humanos en Salud del estado de Minas Gerais de 2010, ya había presentado resultados en relación a la construcción de un índice para medir la intensidad de la escasez de médicos. A pesar de identificar la razón promedio de casi un médico en actividad registrada en Brasil para 540 habitantes (1,8 médico por 1000 habitantes), “alrededor del 25% de los municipios brasileños contaban con una razón de un médico para más de 3.000 habitantes”¹⁹.

En abril de 2011, el Ministerio de la Salud promovió el “Seminario Nacional sobre escasez, provisión y fijación de profesionales de salud en áreas remotas y de mayor vulnerabilidad” cuyo objetivo fue “debatir y ofrecer subsidios para la elaboración de propuestas y de viabilidad política y técnica que aseguren el acceso universal a los

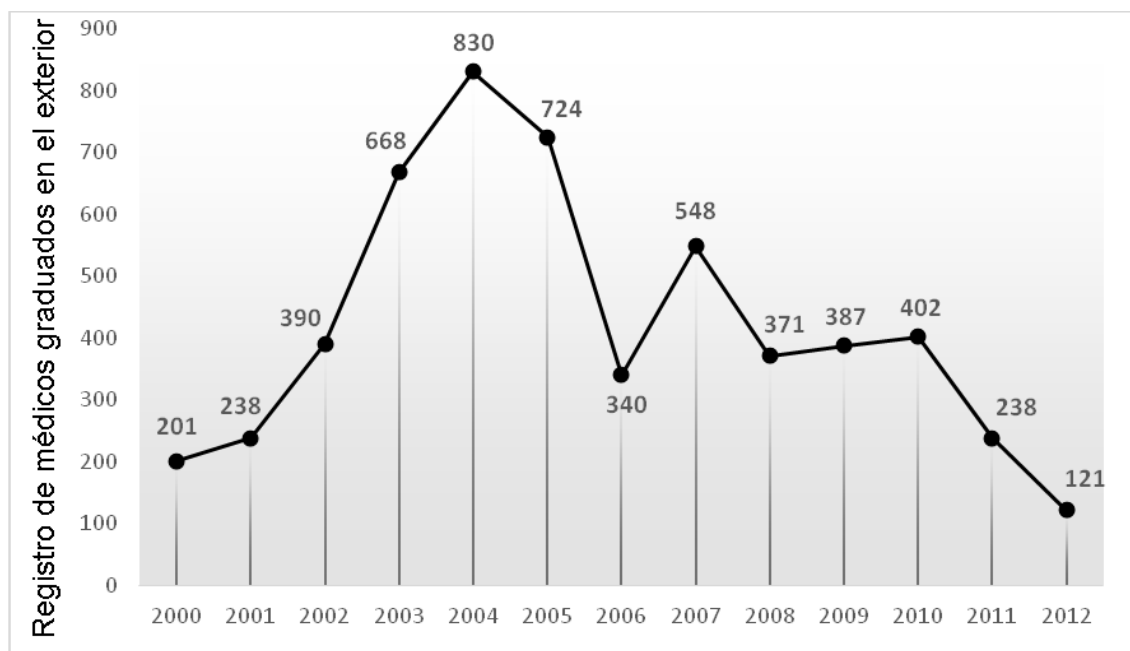
servicios de atención de la salud [...]”²⁰. Contó con la participación de instituciones y entidades representativas de los poderes legislativo y ejecutivo, de los sectores de la salud, de la educación y del trabajo, del control social y de las entidades federadas de los ámbitos de los estados y municipios.

En febrero de 2012, se instituyó el “Comité estratégico para el perfeccionamiento de la calidad de la formación de profesionales de salud y de estudios de necesidad de profesionales de salud y de especialistas para el SUS”, que preveía la participación de representantes de entidades profesionales, de enseñanza y gestores del área de la salud²¹. En octubre de 2013 se realizó en Recife el III Fórum global de recursos humanos en salud – “Enfrentar el gran desafío que representan los recursos humanos en salud”. Ediciones anteriores del Fórum se habían realizado en Kampala – Uganda, en 2008 y en Bangkok – Tailandia, en 2011, todas ellas abordando la cuestión de la crisis de recursos humanos en salud en todo el mundo ¹⁴. En un reciente artículo publicado en el *The New England Journal of Medicine*¹⁵ se realizan importantes consideraciones sobre la crisis de la grave disminución y de la evidente mala distribución de profesionales de salud en diversos países de diferentes grados de desarrollo social y económico.

Mientras que la Ley nº 12.871/2013, en su Artículo 30, delimita el número de médicos extranjeros en el PMMB al 10% del número total de médicos con registro definitivo en Brasil, en los Estados Unidos de América (EE.UU.) el 25% de su fuerza de trabajo médica se compone de médicos extranjeros (o que se graduaron en el exterior), en Inglaterra es el 28,3%, en Canadá el 23,1% y en Australia el 26,5%, siendo que más del 50% de estos médicos con diploma extranjero en EE.UU. e Inglaterra (el 60,2% y el 75,2% respectivamente) provienen de países de baja renta tales como Filipinas e India²². Hasta finales de 2012, Brasil contaba con 388.015 médicos^d con registro activo y de ellos tan solo el 1,75% eran extranjeros o brasileños graduados en

^d El estudio del CFM considera la población de médicos activos por cada registro activo, por lo tanto, si un médico tiene registro en dos Estados diferentes, contará como dos. De los 388.015 médicos con registro activo, el 93,6% de ellos tiene solamente un registro activo²³

el exterior^{23e}. La Revalida es un examen nacional para la revalidación de diplomas de médicos graduados en el exterior y en la actualidad es uno de los principales instrumentos existentes en el país para tal finalidad. Existe desde 2011, pero ha presentado aprobaciones cada vez menores, como revela el gráfico 1 y nunca se sometió a una “nivelación” con egresados brasileños, lo que no nos permite evaluar si se trata de evaluación inclusiva al nivel de los conocimientos del promedio de los médicos brasileños o de un test de carácter excluyente.



* En el año 2012 se computaron los registros hasta el mes de julio

Gráfico 1 – Entrada de médicos graduados en el exterior entre 2000 y 2012

Fuente: CFM; Investigación demográfica médica en Brasil, 2013.

Por otro lado, Brasil tiene casi 7,6 egresados de la carrera de medicina por 100.000 habitantes, en comparación a los 6,91 de EE.UU. (Tabla 1), lo que ha sido motivo de argumentación de las entidades médicas contra el aumento de plazas en los cursos de medicina en Brasil y que citan campañas como la lanzada por el Consejo

^e Hay números divergentes presentados en el estudio en cuestión; para este trabajo consideramos 6.822 como el número total de médicos extranjeros que actúan en el país desde 2012²³

Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) en 1999: “Los nuevos cursos de Medicina son malos para la salud”²⁴. Por lo tanto, no nos parece que EE.UU. tenga menos plazas en cursos de medicina por habitante porque hay médicos estadounidenses suficientes graduándose en su territorio, sino porque optaron por la importación de médicos y no por la inversión en la apertura de nuevas plazas de graduación. Otros ejemplos también son frecuentes; en un artículo para el periódico Folha de São Paulo, Abramczyk subraya la manifestación de la Asociación Médica Brasileña (AMB), de la Asociación Paulista de Medicina y otras entidades médicas contra la creación de nuevas escuelas médicas²⁵. En la página electrónica del CFM, Brandão afirma que la apertura de nuevos cursos de medicina no solucionará el “caos de la atención”²⁶ y, en 2012, el CFM criticó el anuncio del gobierno de la apertura de nuevas plazas en cursos de medicina, alegando que no hay falta de médicos en Brasil²⁷.

Tabla 1 – Razón de egresados de cursos de medicina por 100.000 habitantes

País	2008	2009	2010	2011
Australia*	11,24	10,89	12,08	13,48
Canadá*	6,37	6,94	7,18	7,35
Reino Unido*	11,12	11,30	11,31	11,43
EE.UU.*	6,42	6,70	6,62	6,91
Brasil**	5,71	6,20	6,81	7,61

Fuente: * OECD.StatExtracts, ([s.d.]); ** Martins, Silveira y Silvestre (2013) e IBGE.

En otro análisis, el CFM indica que Brasil cuenta con 197 escuelas médicas y Estados Unidos con 137 escuelas de medicina, a pesar de que tiene una población superior a la brasileña²⁸. De esta forma, tampoco nos parece adecuado comparar países por el número absoluto de escuelas médicas, puesto que ese número no revela la cifra de plazas de graduación con relación a la población. Un ejemplo para ilustrar el sesgo en tal comparación es la Universidad Estadual de Maringá–Estado de Paraná que ofrece 40 plazas anuales de medicina²⁹ y la University of Minnesota Medical School (EE.UU.), que ofrece 230 plazas al año³⁰. A su vez, este último parámetro tampoco puede compararse entre países sin llevar en consideración la política de importación

de médicos y además, sin duda, las necesidades en los procesos particulares de salud-enfermedad y crecimiento demográfico.

Haciendo un recorte de los últimos 15 años, Brasil ensayó algunas estrategias para enfrentar el desafío de la provisión de profesionales de salud en el país, especialmente en el interior, no siendo esta una novedad de la actual gestión del Gobierno Federal (Cuadro 1). En un artículo titulado “Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil”³¹, se muestran tres principales factores de estrangulación para el desarrollo del SUS, desde la mitad de la década de 1980:

“(i) competencias insuficientes y acceso limitado a capacitaciones de los profesionales; (ii) Baja capacidad de enfrentar cuestiones locales de gestión de Recursos Humanos en Salud (RHS) y (iii) Falta de conexión entre los sectores de educación y capacitación de los profesionales de salud y del sistema de salud. También se reconoció que el sistema de salud no podía esperar que el sistema educativo tuviera iniciativa propia para preparar profesionales para nuevos papeles.”

Cuadro 1 – Iniciativas federales para el enfrentamiento de las cuestiones sobre provisión de profesionales de salud y reorientación profesional en salud a partir del año 2000 (continúa)

Año	Programa	Marco legal	Descripción
2001	PITS	Decreto presidencial n° 3745, del 5 de febrero de 2001,	Crea el Programa de interiorización del trabajo en salud. Concluido en 2004, el Programa contó con 4.666 médicos inscritos en sus 4 años de actividad, pero solamente 469 de ellos asumieron las actividades en los municipios (Maciel Filho, 2008).
2001	FIES	Ley n° 10.260, del 12 de julio de 2001	Instituye el Fondo de financiación al estudiante de la enseñanza superior.
2002	PROMED	Decreto administrativo interministerial n°	Instituye el Programa nacional de incentivo a los cambios curriculares para las escuelas médicas, con el objetivo de incentivar la promoción de

		610, del 26 de marzo de 2002	transformación de los procesos de formación, generación de conocimiento y prestación de servicios a la comunidad, por medio de innovaciones curriculares, basadas en las directrices curriculares para los cursos de medicina
2003	SGTES	Decreto presidencial n° 4.726, del 9 de junio de 2003	Crea la Secretaría de gestión del trabajo y educación en salud del Ministerio de la Salud, compuesta por los Departamentos de Gestión del Trabajo en Salud (DEGERTS) y de Gestión de la Educación en Salud (DEGES).
2005	Pró-Saúde	Decreto administrativo interministerial n° 2.101, del 3 de noviembre de 2005	Instituye el Programa nacional de reorientación de la formación profesional en salud para los cursos de graduación en Medicina, Enfermería y Odontología. El objetivo del Programa es incentivar transformaciones del proceso de formación, generación de conocimientos y prestación de servicios a la comunidad para el abordaje integral del proceso de salud-enfermedad.
2007	CIGES	Decreto n° 20/2007	Crea la Comisión interministerial de gestión de la educación en salud con función consultiva en relación con la ordenación de la formación de recursos humanos en el área de la salud.
2007	Sub-comisión de estudio y evaluación de las necesidades de médicos especialistas	Decreto administrativo conjunto n° 1, del 23 de octubre de 2007	CIGES crea la Sub-comisión de estudio y evaluación de las necesidades de médicos especialistas en Brasil.

en Brasil

2009	Pet-Saúde	Decreto administrativo interministerial n° 1.802, del 26 de agosto de 2008	Instituye el Programa de educación por el trabajo para la salud, cuyo objetivo es contribuir a la formación de profesionales de salud con perfil adecuado a las necesidades y a las políticas de salud del país y sensibilizarlos y prepararlos para que enfrenten adecuadamente las diferentes realidades de vida y salud de la población brasileña.
------	-----------	--	---

Cuadro 1 (conclusión) – Iniciativas federales para enfrentar las cuestiones sobre provisión de profesionales de salud y reorientación profesional en salud a partir del año 2000

Año	Programa	Marco legal	Descripción
2009	PRÓ-RESIDÊNCIA	Decreto administrativo interministerial n° 1.001, del 22 de octubre de 2009	Instituye el Programa de apoyo a la formación de médicos especialistas en áreas estratégicas. Financia becas de residencia médica para Programas de residencia médica (PRM) en especialidades y regiones prioritarias para el SUS. De las 21.110 plazas del primer año (R1) existentes en 2014, el Ministerio de la Salud puso a disposición financiación para 5.125 de ellas. Antes del Programa este ministerio solamente financiaba algunas pocas plazas de proyectos aislados.
2010	FIES Atención Básica	Ley n° 12.202, del 14 de enero de 2010	Instituye un período de gracia ampliado para médicos que opten por PRM en áreas prioritarias para el SUS, además de descuento de la deuda para médicos que actúen en la Atención Básica de regiones prioritarias del país.
2013	PROGRAMA MÁS	Medida provisional n° 621, del 8 de	Instituye el Programa Más Médicos, altera las Leyes n° 8.745, del 9 de diciembre de 1993, y n°

	MÉDICOS	julio de 2013 – convertida en la Ley n° 12.871, del 22 de octubre de 2013	6.932, del 7 de julio de 1981, y determina otras medidas.
2013	DPREPS y DDES	Decreto presidencial n° 8.065, del 7 de agosto de 2013	Crea el Departamento de planificación y regulación de la provisión de profesionales de salud (DPREPS), en el ámbito de la SGTES/MS y la Dirección de desarrollo de la educación en salud (DDES), en el ámbito de la SESU/MEC.

Fuente: Autora

Las tensiones provenientes de los intereses defendidos por las entidades médicas y la responsabilidad pública

A pesar del historial de las políticas públicas para la salud trabajadas y debatidas con amplia participación de diferentes actores, las entidades médicas se atienen esencialmente a cuatro líneas de argumentación centrales para contraponerse al PMM y que aparecen en documentos distintos, tales como la carta abierta a los médicos y a la población brasileña: “Los médicos en la lucha en defensa de la salud pública”³², la petición de anulación del PMM elaborada por la AMB y enviada al Supremo Tribunal Federal³³, y la nota divulgada por el CFM y los Consejos Regionales de Medicina (CRM) sobre el balance de un año del PMM realizado por el Gobierno Federal³⁴:

1. *La actuación de médicos extranjeros sin revalidación de diploma por Revalida* – los discursos mezclan la preocupación por la libertad del ejercicio de la medicina con la preocupación por la población que sería atendida por profesionales sin calificación comprobada.
2. *Apertura de nuevas escuelas médicas* – aquí se mezclan la preocupación por la calidad de la formación de las nuevas escuelas médicas y la preocupación por la desvalorización del profesional médico caso comience a haber un excedente de estos profesionales en el mercado.

3. *Faltan planes de carrera para el médico* – subrayan la importancia del papel de una carrera para la provisión y la fijación del profesional médico, pero omiten los papeles constitucionales de cada entidad federativa del país en lo que a esto se refiere.
4. *No hay falta de médicos, sino una mala distribución de ellos en el territorio nacional* – los discursos ignoran la urgencia de la provisión de atención médica en donde no hay asistencia médica y el hecho de que la simple existencia de médicos, de las más diversas especialidades, en el territorio nacional no hace que estén necesariamente disponibles para trabajar en la AB.

Es ampliamente conocido el impacto de la AB en los indicadores de ingreso en hospital como lo revela el estudio de Mafrá³⁵, reforzado por la Encuesta Nacional de Salud, cuya publicación de 2013 dejó en evidencia que entre 2008 y 2013, la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil pasó del 49,2% para el 55,3%, mientras que los ingresos en hospital por condiciones sensibles a la AB disminuyeron del 35,8% para el 33,2%³⁶.

Entre diciembre de 2013 y abril de 2014, hubo un “aumento medio del 33% en el promedio mensual de consultas en los municipios que recibieron el Programa ³⁷, con reducción del número de ingresos en hospital por hipertensión arterial sistémica y diabetes ³⁸. Aún así, después de un año del PMM, el CREMESP publicó un artículo diciendo: “El PMM cumplió un año, el 22 de octubre pasado, registrando nuevos riesgos para la salud de los pacientes. [...]. Por lo tanto, resulta claro que el Más Médicos difícilmente ayudará de hecho a que Brasil supere sus carencias en el área de la salud”³⁹. Los principales argumentos del autor en relación a los riesgos causados por los programas giran alrededor de que no se exige la revalidación del diploma del médico graduado en institución extranjera y la supervisión médica de este profesional, continua y permanente, en su opinión, no se está realizando como debería.

Importantes estudios tratan sobre la repercusiones de la elección de un sistema de salud regido por la AB: asistencia de menor costo, menor uso de medicamentos, mejores niveles de salud, mayor satisfacción de los usuarios e incluso la disminución de la desigualdad social^{40,41}.

La Constitución Federal (CF) de 1988 presenta el concepto que es deber del Estado la garantía del derecho a la salud en sus artículos 196 y 197; evidentemente, el PMM no se está entendiendo como una estrategia de garantía inmediata de derechos.

Se entiende que lo que está fundamentalmente en conflicto es el deber del Estado de asegurar el acceso universal a la asistencia a la salud prevista en la CF versus el entendimiento de que tal política tiene la intencionalidad de intervenir en el ejercicio liberal de la profesión, tal como ella se concibe en el imaginario de actuación liberal-privatista, descrito por Ceccim et al.⁴² en un artículo que analiza los imaginarios presentes en la formación de los profesionales de salud en lo que se refiere a la regulación y al ejercicio de la profesión. Un trecho de un artículo publicado en la página web del CFM ilustra claramente tal percepción, cuando el autor analiza el PMM como “[...] medida inconstitucional y autoritaria proveniente exclusivamente de una mentalidad izquierdista que cree que el individuo (en este caso, el médico) debe existir en función de la sociedad [...]”⁴³.

Santos y Merhy⁴⁴ presentan el concepto de Regulación como la capacidad de intervenir en los procesos de prestación de servicios, alterando u orientando su realización. En salud, entienden el proceso de regulación como la “intervención de un tercero entre la demanda del usuario y la prestación efectiva del acto de salud por parte de los servicios de salud”⁴⁴. Nos parece que no existe el entendimiento, por parte de muchos médicos y de las entidades médicas, de la necesidad de regulación por parte del estado para la garantía de la prestación de un servicio y la consecuente entrega de la asistencia prometida por la legislación pertinente.

Desde el primer anuncio de la llegada de médicos extranjeros en Brasil, en junio de 2013, las entidades médicas han presentado fuerte críticas al PMM y realizado campañas contra el Programa, enfocadas en la comunidad médica y en la sociedad brasileña como un todo, además de acciones judiciales (Figura 1).

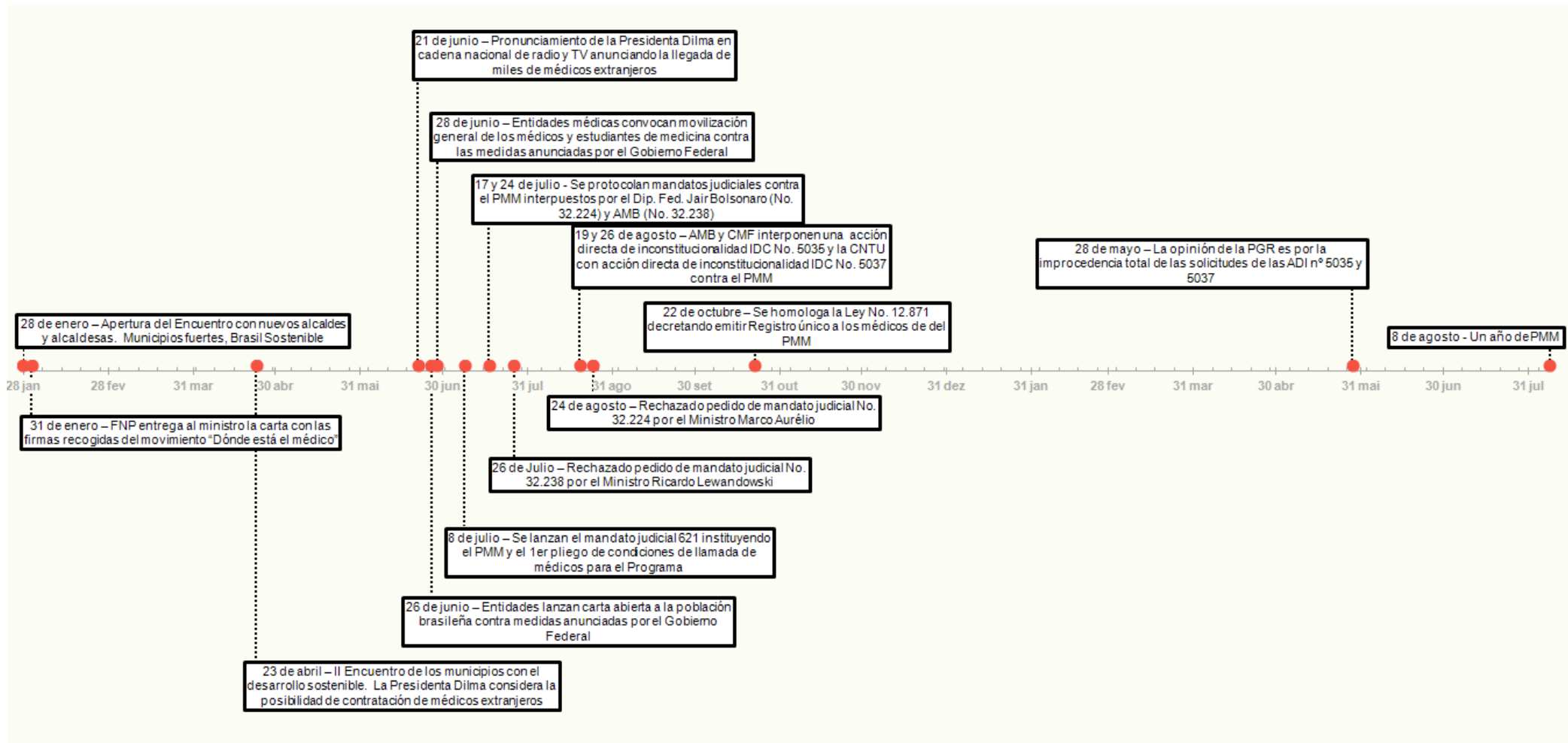


Figura 1 – Línea temporal con los principales marcos de las tensiones entre el Gobierno y las entidades médicas

Fuente: Autora Alessio MM

Pero no sería esta la primera vez que las entidades se manifestarían contrariamente a políticas gubernamentales de regulación de la fuerza de trabajo médico en Brasil y en el mundo. Ejemplos recientes de las relaciones de entidades y médicos ocurrieron en Venezuela por ocasión de la implantación del programa “Misión barrio adentro” realizado en el país en 2003, programa bastante similar al PMMB. Los movimientos de depreciación del médico extranjero y la negación de atención a derivaciones hechas por ellos para la atención secundaria o la asistencia farmacéutica tuvieron lugar en ese país de la misma forma que en Brasil⁴⁵⁻⁴⁷. Médicos brasileños llegan a someter a colegas extranjeros a juicios sumarios públicos al exponer sus prescripciones identificadas en redes sociales y blogs^f, negándoles el derecho de respuesta e investigación y un juicio por órgano competente, en el caso los CRM.

Estos, a su vez, interpusieron acciones judiciales para no ser obligados a suministrar registro temporal a los médicos extranjeros del Programa. Sin embargo, en su decisión negando tal pedido, la justicia entendió que tal negación tiene el objetivo de preservar una reserva de mercado para los médicos graduados en instituciones de educación superior brasileñas o con diplomas revalidados en el país y victimiza a los enfermos y usuarios de los órganos del sistema público de salud⁴⁸.

Las acciones más contundentes contra el Programa por parte de las entidades médicas fueron los mandatos judiciales pidiendo la suspensión inmediata del PMM casi 10 días después de su anuncio y las acciones directas de inconstitucionalidad contra la Medida Provisional nº 621/2013. Todas las acciones cuestionan la urgencia y emergencia de la situación de salud en el país, necesarias para justificar la promulgación de una medida provisional prevista en la CF. La justificativa de la urgencia en la suspensión del Programa, por otro lado, estaría en el “daño irreparable o de difícilísima reparación para la salud del pueblo brasileño”³³ cuanto más se demorara la decisión de la suspensión de los efectos de la medida provisional nº 621/2013. Los pedidos fueron juzgados y rechazados¹¹.

Por lo tanto, es posible percibir los importantes embates habidos en el ámbito del PMM entre médicos y entidades médicas y el Gobierno Federal. El sentimiento de

^f <http://www.perito.med.br/p/cubanadas-na-saude-do-brasil.html>

que tal programa habría sido un ataque personal a los médicos de Brasil, culpándolos por los servicios de salud insuficientes y desvalorizando al profesional brasileño con relación al extranjero, también fue una idea ampliamente difundida entre los médicos por parte de las entidades. La gestión, al decir que los médicos extranjeros eran necesarios en ese momento por no haber médicos brasileños en número suficiente interesados en trabajar en determinadas localidades del país, tuvo la interpretación, por parte de las entidades, de que la referida opción era entendida por el gobierno como una cuestión de carácter. Por lo tanto, si la premisa del gobierno es de carencia del profesionales en el mercado, el entendimiento es que los médicos no estarían dispuestos a atender una llamada para el Programa, puesto que ya estarían ejerciendo la medicina en otras especialidades y ocupando un puesto de trabajo fuera de la AB.

Morais y colaboradores⁴⁹ realizaron una búsqueda, en dos grandes vehículos de comunicación impresa, sobre el carácter de las noticias publicadas sobre el asunto, así como su implicación social para los lectores, en el que se intentaba analizar el impacto que el PMM tuvo en los medios. Se percibió que, tanto en el contenido, como en los títulos de los artículos, prevalecieron las connotaciones pesimistas o de cuño negativo.

Sin embargo, de junio a noviembre de 2013, Carvalho, F. C.⁵⁰ percibe que la prensa pasó a publicar más informaciones y menos declaraciones sobre el tema. La autora cita la encuesta de la CNT/MDA de julio, septiembre y noviembre de 2013, en la cual las opiniones a favor en relación a la llegada de médicos extranjeros para actuar en las regiones más pobres de Brasil pasaron del 49,7% para el 84,3% y las contrarias, del 47,4% para el 12,8%. “Dentro de la perspectiva habermasiana, se puede decir que las necesidades del ‘mundo de la vida’, del cotidiano del pueblo brasileño, se sobresalieron a las declaraciones y al posicionamiento de las entidades médicas y de quienes eran contra el PMM”⁵⁰.

No deja de ser preocupante percibir que gran parte de los que se oponen al PMM, al hacerlo, asumen que realmente no hay urgencia en el acceso a la asistencia médica para aquellos que no la tienen, sin preguntarse si es razonable que las personas y las familias tengan que esperar años hasta que se configuren centros

formadores de excelencia próximos a sus localidades y que los planes de carrera se hayan proyectado y establecido para atraer a los profesionales médicos.

Otros elementos para el debate

Es preciso comprender el PMMB como iniciativa auto-limitada dentro del PMM para entenderlo y acaso apoyarlo y es imprescindible reafirmar la urgencia de la inversión en la provisión inmediata de médicos, pero sin que por ello se nieguen las acciones estructuradoras y de largo plazo, puesto que son complementarias y no excluyentes. Son acciones diferentes para problemas diferentes y, por lo tanto, los resultados esperados son distintos. Ya se han utilizado importantes recursos federales en las reformas y en la construcción de nuevas Unidades Básicas de Salud y Unidades de Pronto Atención (UPA) para calificar la asistencia⁵¹, pero el desafío de atraer médicos, que no depende tan solo de condiciones de trabajo y remuneración, continua siendo enorme. La importante demanda de las diferentes categorías de la salud de una carrera que valore y proporcione estabilidad y seguridad al trabajador, enfrenta dificultades en su realización debido a la estructura federativa y a las diferentes responsabilidades y capacidades de cada entidad federativa en la gestión de recursos humanos en los diferentes niveles de atención a la salud.

La expansión e interiorización de universidades federales entre 2003 y 2010 es notable⁵², mejorando el acceso de jóvenes y adultos a la enseñanza superior. Nuevas reglas para apertura de cursos de medicina también prometen propiciar el acceso a la profesión a millares de jóvenes que nunca habrían tenido la oportunidad de desplazarse a una capital en donde se concentra la referida graduación, mejorando las tasas de fijación de médicos en estas localidades. No obstante, es preciso destacar la preceptoría y los escenarios de práctica como nudos críticos para el éxito del programa de expansión de plazas de graduación y residencia médica y del cambio curricular pretendido y reiterar la importancia de la inversión en esos sectores.

Debemos prestar atención al desarrollo del PMM en la construcción colectiva del SUS para que garanticemos conquistas duraderas para el sistema de salud

brasileño prometidas por el Programa, tales como la calificación de equipos e infraestructura de las unidades básicas de salud, cambios curriculares efectivos que promuevan la formación de profesionales con perfil para actuar en el SUS y para las demandas del SUS y la creación del Catastro Nacional de Especialistas. Las condiciones de trabajo y la calidad del campo de práctica para que los estudiantes tengan una formación adecuada también son cuestiones indiscutibles para el éxito de la audaz propuesta del gobierno que promete duplicar el número de plazas de graduación en medicina y universalizar las plazas en programas de residencia médica en un corto espacio de tiempo. El enfoque en el momento actual es la escasez del profesional médico, lo que no puede desviar el enfoque del equipo multi-profesional que es la mayor característica de la AB.

Se sugiere al Ministerio de la Salud un plan de comunicación adecuado con relación a sus programas de gobierno, dirigido a profesionales de la salud que están a merced de sus consejos y representaciones para que les hagan una síntesis, tantas veces distorsionada por intereses diversos y que muchas veces escapan a lo colectivo, de los acontecimientos y contextos nacionales e internacionales. Particularmente, en lo que se refiere al PMM, hacer entender que no existe una desvalorización del médico brasileño en la contratación de emergencia de médicos extranjeros para un fin específico.

Colaboradores

Maria Martins Alessio realizó la concepción del proyecto, el análisis y la interpretación de los datos y redacción del artículo, habiendo participado activamente en la discusión de los resultados y de la revisión y de la aprobación de la versión final del trabajo.

Maria Fátima de Sousa colaboró con la concepción del proyecto y participó activamente en la discusión de los resultados y en la revisión, así como en la aprobación de la versión final del trabajo.

Referencias

1. Sousa MF, Mendonça AVM. Mais Equipes de Saúde para o Brasil. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes; 2014. p. 629-68.

2. Ministério da Saúde (BR). 9a Conferência Nacional da Saúde – relatório final [Internet], 1992 [citado 3 Abr 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf
3. COSEMS/SP. Primeiro mês de seleção do Mais Médicos tem adesão de 3.511 Municípios [Internet], 2013 [citado 29 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/227/primeiro-mes-de-selecao-do-mais-medicos-tem-adesao-de-3-511-municipios.html>
4. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [Internet]. 2013 [citado 03 Fev 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
6. Chioro A. Mais Médicos: um ano – coletiva de imprensa [Internet]. 2014 [citado 25 Jan 2016]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M--DICOS---04-09-1.pdf>
7. Callegari DC. Um ano depois, programa Mais Médicos ainda gera polêmica [Internet]. 2014 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24923:um-ano-depois-programa-maismedicos-ainda-gera-polemica&catid=46:artigos&Itemid=18
8. Sá D. CFM diz que o programa Mais Médicos é “demagógico” e “eleitoreiro” [Internet]. 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1341847-cfm-diz-que-o-programa-mais-medicos-e-demagogico-eleitoreiro.shtml>
9. Palácio do Planalto (BR). Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, na cerimônia oficial de abertura do II Encontro dos Municípios com o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2013 [citado 23 Abr 2016]. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidentada-republica-dilma-rousseff-na-cerimonia-oficial-de-abertura-do-ii-encontro-dosmunicipios-com-o-desenvolvimento-sustentavel>
10. Frente Nacional de Prefeitos. Ministro da Saúde Alexandre Padilha, recebeu o abaixoassinado com mais de 4.600 assinaturas recolhidas em 3 dias [Internet]. 2013 [citado 31 Jan 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/2013/01/ministro-dasaude-alexandre-padilha.html>
11. Supremo Tribunal Federal (BR). Mandado de Segurança no 32.238 – Decisão do Ministro Ricardo Lewandowski [Internet]. 2013 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/MS_32238_Programa_Mais_Medicos_MLewandowski.pdf
12. Nunes L. Deputado afirma que Mais Médicos não resolverá problema da saúde [Internet]. 2013 [citado 25 Mar 2016]. Disponível em: <http://cidadeverde.com/deputadoafirma-que-mais-medicos-nao-resolvera-problema-da-saude-140771>

13. Conselho Federal de Medicina. Entidades médicas confirmam saída das Câmaras e Comissões governamentais [Internet]. 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24008:entidadesmedicas-confirmamsaida-das-camaras-e-comissoes-governamentais&catid=3
14. WHO. Global forums on human resources for health [Internet]. Geneva: WHO; s.d. [citado 12 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/en/>
15. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(10):950-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1111610>
16. Chaui M. As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo [Internet]. 2013 [citado 25 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.teoriaedebate.org.br/materias/nacional/manifestacoes-de-junho-de-2013-na-cidade-de-sao-paulo?page=full>
17. IPEA. SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço [Internet]. 2011 [citado 12 Dez 2016]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187
18. Conselho Federal de Medicina. CFM repassa dados de pesquisa sobre demografia médica ao Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22523:cfmrepassa-dados-de-pesquisa-ao-ministerio-da-saude&catid=3
19. Girardi SN, Carvalho CL, Farah JM, Araújo JF. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde [Internet]. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde - Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/ UFMG; 2010 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional Sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade [Internet]. Brasília; 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf
21. Portaria no 266, de 15 de fevereiro de 2012: Institui o Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS [Internet]. 2012 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0266_15_02_2012.html
22. Mullan F. The metrics of the Physician Brain Drain. *N Engl J Med*. 2005; 353(17):1810-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa050004>
23. Scheffer M, organizador. Demografia médica no Brasil. v. 2 [Internet], 2013 [acesso em 15dez2015]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
24. CREMESP. Novos cursos de Medicina fazem mal à saúde [Internet], 2004 [acesso em 03abr2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=297>

25. Abramczyk J. Para AMB, há escolas médicas demais [Internet], 2006 [acesso em 03 abr 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2910200623.htm>
26. Brandão J. Conselho de Medicina contra abertura de novas escolas médicas. [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://blog.opovo.com.br/fisioterapiaesaude/conselho-de-medicina-contra-abertura-de-novas-escolas-medicas/>
27. Conselho Federal de Medicina. CFM condena decisão do Governo de abrir mais vagas em cursos de Medicina [Internet]. 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22982:cfmcondena-decisao-do-governo-de-abrir-mais-vagas-em-cursos-de-medicina&catid=3
28. Laboissière P. Brasil não precisa de novas escolas de medicina, mas de mais vagas de residência médica, diz CFM [Internet]. 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-12-11/brasil-nao-precisa-de-novasescolas-de-medicina-mas-de-mais-vagas-de-residencia-medica-diz-cfm>
29. ABEM. Escolas Médicas [Internet]. s.d. [citado 10 Abr 2016]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/escolas_medicas_sul2.php
30. StartClass. University of Minnesota Medical School Twin Cities [Internet]. s.d. [citado 10 Abr 2016]. Disponível em: <http://medicalschoools.startclass.com/l/30/University-ofMinnesota-Medical-School-at-Twin-Cities>
31. Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. *Hum Resour Health*. 2011; 9:17. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-9-17>
32. Silvestre A. Protesto – mobilização geral dos médicos [Internet]. 2013 [citado 15 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2917>
33. AMB, CFM. ADI no 5035. [Internet]. 2013 [acesso em 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/ADI%20-%20mais%20m%C3%A9dicos%202.pdf>
34. CREMESP. CFM e CRMs divulgam comunicado conjunto sobre os dados do balanço do Programa Mais Médicos apresentados pelo Governo Federal [Internet], 2014 [acesso em 03abr2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3365>
35. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [Internet]. Brasília – DF [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011 [citado 29 Nov 2015]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/9156>
36. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas; Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet], 2014 [acesso em 12dez2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>
37. Tribunal de Contas da União (BR). Ata no 25, de 1o de julho de 2015 – Sessão Ordinária [Internet]. 2015 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/CONSES/TCU_ATA_0_N_2015_25.pdf
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros [Internet]. 2015 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>

39. Rosa JL. Um ano de Mais Médicos: situação preocupante [Internet]. 2014 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3416>
40. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994; 344(8930):1129–33. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
41. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet*. 2008; 372(9647):1365–7. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61524-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61524-X)
42. Ceccim RB, Armani TB, Oliveira DLLC de, Bilibio LF, Moraes M, Santos ND. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(5):1567–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500021>
43. Coutinho CMC. Programa “Mais Médicos”: a farsa [Internet], 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24012:programa-qmais-medicosq-a-farsa&catid=46
44. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface (Botucatu)* 2006; 9(18):25–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>
45. da Ros MA, Henrique F, de Almeida Gama L, Goronzi TA, Soares GB. Atenção primária em saúde na Venezuela – Misión Barrio Adentro I [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 117 p. [citado 25 Set 2015]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_11_2009_10.01.59.0bdb12a2a59e248adcbc58733d001b8d.pdf
46. Martins D. No AP, farmácias recusam receitas prescritas por médicos cubanos [Internet]. 2014 [citado 22 Abr 2016]. Disponível em: <http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/01/no-ap-farmacias-recusam-receitas-prescritas-por-medicos-cubanos.html>
47. Resende F. Clínica de MG que recusou exames de médica cubana pode ser punida [Internet]. 2014 [citado 22 Abr 2016]. Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2014/08/clinica-de-mg-que-recusou-exames-de-medicacubana-pode-ser-punida.html>
48. Palma N. STF e Justiça Federal indeferem liminares contra o programa Mais Médicos. 2013 [citado 22 Mar 2016]. In: Ministério da Saúde (BR). Blog da Saúde [Internet]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/?view=archive&month=8&year=2013>
49. Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):112–20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000800017>
50. Carvalho FC. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística [Internet]. In: Anais do 15º Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul; 2014; Palhoça – SC. [Internet]. São Paulo: Intercom; 2014 [citado 13 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0325-1.pdf>
51. Ministério da Saúde (BR). Departamento da Atenção Básica. Requalifica UBS [Internet]. s.d. [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs

52. Ministério da Educação (BR). SIMEC – Painel de Controle do Ministério da Educação [Internet]. s.d. [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://painel.mec.gov.br/academico/mapaSupProf/acao/S>

Translated by Maria Carbajal