


Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del Eje Formación de 2013 a 2015

Felipe Proenço de Oliveira^(a)

<proenco@ccm.ufpb.br> 

Hêider Aurélio Pinto^(b)

<heiderpinto.saude@gmail.com> 


Alexandre Medeiros de Figueiredo^(c)

<potiguar77@gmail.com> 

Eliana Goldfarb Cyrino^(d)

<ecyrino@fmb.unesp.br> 

Aristides Vitorino de Oliveira Neto^(e)

<aristidesoliveira80@gmail.com> 

Vinícius Ximenes Muricy da Rocha^(f)

<viniciuscalango@gmail.com> 

^(a,c) Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Jardim Universitário, s/nº, Castelo Branco. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900.

^(b) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo Baiano. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

^(d) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

^(e) Núcleo de Ciências da Vida, Centro Acadêmico do Agreste, Universidade Federal de Pernambuco. Caruaru, PE, Brasil.

^(f) Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

El Programa Más Médicos fue creado en 2013 y estableció un nuevo marco regulador para la formación y residencia médica en Brasil. En este artículo se han realizado análisis documentales, análisis de bases de datos oficiales y revisión de literatura, buscando estudiar los cambios en la formación médica y sus resultados hasta 2015. Se han identificado avances importantes en la distribución de plazas de graduación entre las diferentes regiones del país; en la interiorización de la formación; en la creación de cursos de medicina que sigan la regulación estatal; en la regulación de las plazas de residencia médica con enfoque en medicina de familia y comunidad; en la cualificación de la preceptoría; y en la creación del Catastro Nacional de Especialistas. En la conclusión se señalan los desafíos que ha enfrentado para alcanzar efectivamente sus objetivos.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Educación médica. Programa Más Médicos. Políticas públicas.

Introducción

El Programa Más Médicos (PMM) fue creado en 2013 con el objetivo de enfrentar desafíos para la expansión y el desarrollo de la Atención Básica de Salud (ABS) y para el Sistema Único de Salud (SUS)¹. Está estructurado en tres ejes: provisión de emergencia, infraestructura y formación médica². El eje de la provisión de emergencia se basa en convocatorias de médicos para componer equipos de la Estrategia Salud de la Familia en territorios en donde hay escasez de dicho profesional. El eje de infraestructura se caracteriza por la contribución de recursos para la reforma, ampliación y construcción de nuevas Unidades Básicas de Salud. Finalmente, el eje de la formación médica tiene el objetivo de ampliar y calificar la formación de médicos en el país, de acuerdo con las necesidades del SUS³.

La mayor aproximación entre formación universitaria y sistemas de salud no es una meta nueva ni solamente brasileña. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la presenta como desafío para todos los países y como su objeto de cooperación técnica^{4,5}.

En Brasil, desde la década de 1970, se propusieron diversas iniciativas enfocadas en la adecuación de la formación médica a las necesidades de salud de la población. La Organización Panamericana de la Salud (OPAS) estuvo presente en muchos procesos apoyando y fomentando cambios en la formación médica. Iniciativas como el Proyecto de Integración Docente Asistencial (IDA), en la década de 1970, el Proyecto “Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de Salud: Unión con la Comunidad” (UNI), en la década de 1990, se consideran como algunas de las bases para mayor integración enseñanza servicio-comunidad⁶. Otro importante movimiento de evaluación y propuesta de cambios en la formación fue el Proyecto CINAEM (Comisión Interinstitucional Nacional de Evaluación de la Enseñanza Médica), compuesto por diversas entidades⁷.

Antecediendo al PMM es posible citar iniciativas recientes enfocadas en la expansión de la formación médica^{8,9}. Un primer movimiento de interiorización y expansión de las Instituciones Federales de Enseñanza Superior (IFES) y de cursos de graduación en medicina en IFES comenzó a partir de 2003, denominado por el Ministerio de Educación (MEC) como Expansión fase 1. El Programa Reuni, creado en 2007, orientó la reestructuración de IFES como un segundo movimiento que incentivó la interiorización y la ampliación de plazas.

El tercer movimiento fue el Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (PROVAB)¹⁰, en 2011, creado por el MS para la provisión de médicos en áreas de difícil acceso o con poblaciones vulnerables. El programa desarrolló estrategias de formación por medio de educación a distancia, tales como la especialización en Salud de la Familia y el Telesalud, actividades de supervisión presencial y a distancia, además del puntaje adicional del 10% en los concursos para el ingreso en Programas de Residencia Médica³. En su formulación, el PROVAB se equipara a experiencias internacionales que buscan la construcción de estrategias para responder a la necesidad de una formación médica comprometida con la interiorización y el incentivo para el establecimiento de médicos en áreas rurales, proponiéndose responder a demandas sociales¹¹.

Por ocasión del lanzamiento del PMM, aunque hubiera un número significativo⁷ de escuelas médicas en Brasil, la proporción de egresados de cursos de Medicina por habitante era inferior al promedio de los países integrantes de la Organización para la

Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE). Mientras que en Brasil había 14.634 egresados en 2011, una media de 0,74 egresados para cada diez mil habitantes¹², el Reino Unido y Australia tenían medias, respectivamente, de 1,1 y 0,9 y en los países de la OCDE de 1,06¹³. Además de plazas insuficientes, Brasil presenta desigualdad en la distribución con concentración de ellas en las ciudades y capitales mayores y más ricas y en las regiones Sur y Sudeste del País³.

En el mismo período, en el ámbito de la formación de especialistas, se observaba un cuadro de insuficiencia y de mala distribución de los programas de residencia, siendo esta etapa de formación considerada como inadecuada para las necesidades de salud de la población y del SUS^{14,15}. A finales de 2012, para 15.804 médicos formados se ofrecieron 11.468 plazas de acceso directo a la residencia con ingreso en 2013, o sea, se observaba una desproporción entre formados y plazas para residencia.

Se debe considerar que la residencia médica en Brasil ha sido históricamente viabilizada principalmente con financiación pública. No obstante, hasta entonces, no había mecanismos definidos de regulación de la necesidad y distribución de especialistas, a ejemplo de otros países con experiencias exitosas de formación en sistemas universales de salud^{3,4,6}. En ese escenario se observaban grandes disparidades en el proceso de formación. Los médicos de familia representaban, en 2014, menos del 2% de los médicos del país y solamente el 5% de los médicos que actuaban en los equipos de salud de la familia, demostrando un desequilibrio significativo entre necesidad y oferta^{16,17}.

El eje de formación del PMM tuvo el objetivo de reordenar el proceso de apertura de cursos de Medicina y de plazas para residencia médica, priorizando regiones de salud con menor relación entre plazas y médicos por habitante y con estructura de servicios de salud en condiciones de ofrecer campo de práctica adecuado a la formación. La ley estableció nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN), condicionando la apertura y funcionamiento de cursos a la efectiva implantación de las mismas.

El PMM propone la universalización de plazas de residencia médica, definiendo la especialidad Medicina de Familia y Comunidad (MFC) como camino para formación de especialistas en Brasil. El programa también instituyó el Contrato Organizativo de Acción Pública de Enseñanza-Salud (COAPES) como instrumento de contractualización de la integración enseñanza-servicio^{18,19}.

El presente estudio describe y refleja cómo se propuso y desarrolló el eje de la formación, analiza datos de su implantación y evalúa los resultados obtenidos en el período de 2013 a 2015. Se entiende que el ámbito educacional es la principal estrategia del PMM para ampliar el número de médicos en Brasil de 1,8 médicos por mil habitantes, en vigor en el año de la creación del Programa, en 2013, para la meta de 2,7 médicos por mil habitantes en 2026³.

Siendo así, el objetivo es describir, sistematizar, analizar y evaluar resultados obtenidos de 2013 a 2015 en el eje de formación del PMM, con el objetivo de identificar impactos y desdoblamientos en la salud y en la educación. Ese proceso se orientó por las siguientes preguntas pautadoras: ¿El PMM hizo efectiva la ampliación del número de escuelas médicas y de programas de residencia en proporción superior a los períodos anteriores? ¿Cuáles fueron las características de esa expansión comparada a períodos anteriores? ¿El Programa modificó el marco legal y los instrumentos de políticas públicas relacionadas a la orientación y calidad de la formación y regulación de la

expansión? ¿Esos cambios son sostenibles o posibilitan la retomada de esa estrategia en el futuro?

Metodología

Se trata de un estudio documental con revisión no sistemática de la literatura sobre el PMM, utilizando las bases electrónicas Scielo y Pubmed, con los descriptores “Programa Más Médicos”, “Más Médicos”, “Educación Superior”, “Facultades de Medicina” y “Educación Médica”, en el ícono “investigación” incluyendo todos los índices. Se consideraron los idiomas inglés, portugués y español a partir de 2002 hasta el momento actual.

Se realizó un análisis documental retrospectivo con el objetivo de identificar normativas (leyes, reglamentaciones, decretos, decretos administrativos, notas técnicas con poder determinativo) puestas a disposición por el gobierno federal en páginas web sobre el programa, además de documentos y publicaciones que hicieron posible identificar, describir y sistematizar sus objetivos, justificativas y resultados esperados, relacionar estos resultados con cambios en los instrumentos de políticas públicas normalizados, o creación de nuevos, con la finalidad de componer un cuadro general de acción que funcionó como estructura de sentidos²⁰.

Constituido el modelado, entendido como formato en el cual se estructuró la política en análisis (dejando de lado otros modelos posibles), las políticas que lo precedieron utilizadas en otros países para problemas y cuestiones sociales semejantes²¹ y llevando en consideración las cuestiones de investigación, se investigaron evidencias de la implementación de la política, tanto en informes y literatura como en bancos de datos analizados. La búsqueda se estructuró con base en diseños típicos de estudio de evaluación de implementación^{21,22}, considerando el grado de realización de los objetivos propuestos y los impactos regulatorios en el sector.

Para analizar el proceso de expansión de plazas de graduación en medicina se utilizaron datos secundarios de bases públicas de los Departamentos de Desarrollo de la Educación en Salud (DDES), de Gestión de la Educación en Salud (DEGES) y de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales en Salud (DEPREPS). En virtud de la no existencia de la variable “número de plazas en el momento de la creación del curso” en los bancos de datos puestos a disposición, se estableció que el número de plazas en el momento de la autorización sería equivalente al número de plazas actuales en el momento de la colecta. Los datos poblacionales se extrajeron del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

El estudio se definió en cinco períodos: entre los períodos de 1808 a 1963 (creación de la primera facultad de medicina hasta el período anterior a la dictadura militar); 1964 a 1987 (dictadura militar y período previo a la constitución vigente); 1988 a 2002 (constitución federal y período de los gobiernos Collor y FHC); 2003 a 2012 (expansión durante el gobierno Lula y el período del gobierno Dilma antes del Programa Más Médicos) y 2013 a 2015 (período en el gobierno Dilma de Programa Más Médicos)²³. Esos períodos se utilizaron para la elaboración de gráficos en los resultados. Las plazas de graduación dispuestas en los gráficos son las autorizadas por el MEC, así como las de ámbito municipal y estadual autorizadas por los Consejos Estaduales de Educación.

Resultados y discusión

Expansión de la graduación

La creación de plazas de graduación en medicina en el país es un proceso tardío, cuando lo comparamos a otros países, y con períodos de tímida expansión que generaron déficit en el número de médicos en el país. Se observa en el Gráfico 1 un crecimiento acentuado a partir de 2003, especialmente a partir de 2013, con el PMM. La expansión media anual después del programa es 3,5 veces mayor que el período de 2003 a 2012.

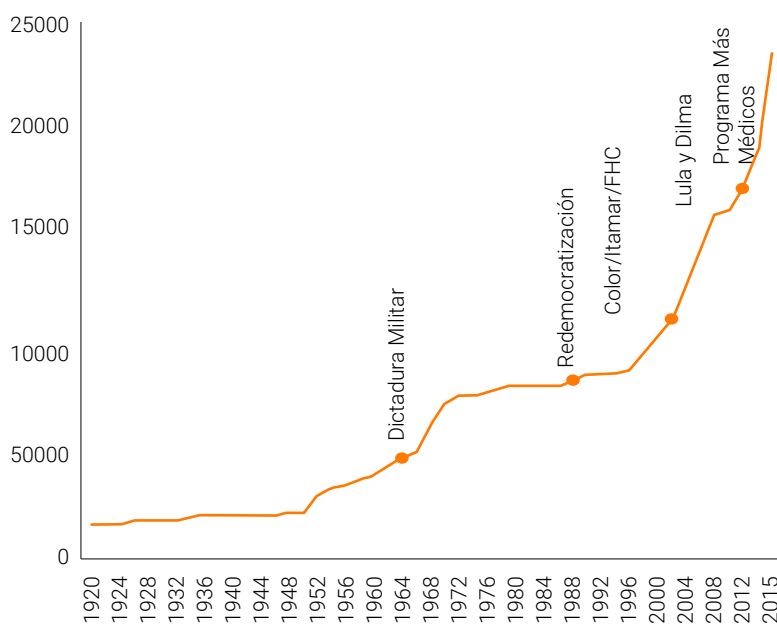


Gráfico 1. Plazas en cursos de graduación en medicina conforme año de creación.

Fuente: datos del DEGES y DDES, 2015.

La expansión después de 2013 fue regulada por la Ley del PMM y priorizó la apertura de cursos en regiones con menor relación médico por habitante, fortaleciendo la interiorización y la reducción de las desigualdades regionales. Las metas previstas se basaron en proyecciones, teniendo el objetivo de alcanzar 2,7 médicos para cada mil habitantes en 2026 y mejorar la distribución en el territorio nacional³.

La expansión tuvo un notable componente de equidad, como puede verse en el Gráfico 2. Las regiones Norte y Nordeste, con mayor necesidad social y con menor capacidad de atraer y establecer profesionales²⁴, presentaban proporción de plazas por habitante históricamente menor que las regiones Sur y Sudeste. Hasta 2002, el número de plazas por habitantes del Nordeste (0,39 plaza/10.000 habitantes) era la mitad de la Región Sudeste (0,8 plaza/10.000 habitantes). En el período de 2013 a 2015 se crearon 6.391 plazas en cursos de medicina, es decir, el 55% de la meta del PMM, que tenía prevista la creación de 11.500 plazas hasta 2017.

La Política Nacional de Expansión de las Escuelas Médicas de las Instituciones Federales de Educación Superior, instituida en el ámbito del PMM, se orientó hacia la disminución de las disparidades regionales, la interiorización y la adopción de estrategias de perfeccionamiento de la calidad de los cursos. Por lo tanto, la selección de los locales para la implantación de nuevos cursos y aumento de plazas en cursos existentes fue un proceso realizado en acuerdo con las IFES, con base en criterios tales como la prioridad para implantación de nuevos cursos en *campi* interiorizados; regiones con menor relación entre número de médicos y habitantes, en especial en las regiones Norte y Nordeste.

La distribución de las plazas permitió que todas las regiones de Brasil superaran el nivel de una plaza por diez mil habitantes y las diferencias entre ellas se redujeron significativamente, habiendo un mayor crecimiento proporcional justamente en las regiones que presentaban las menores tasas.

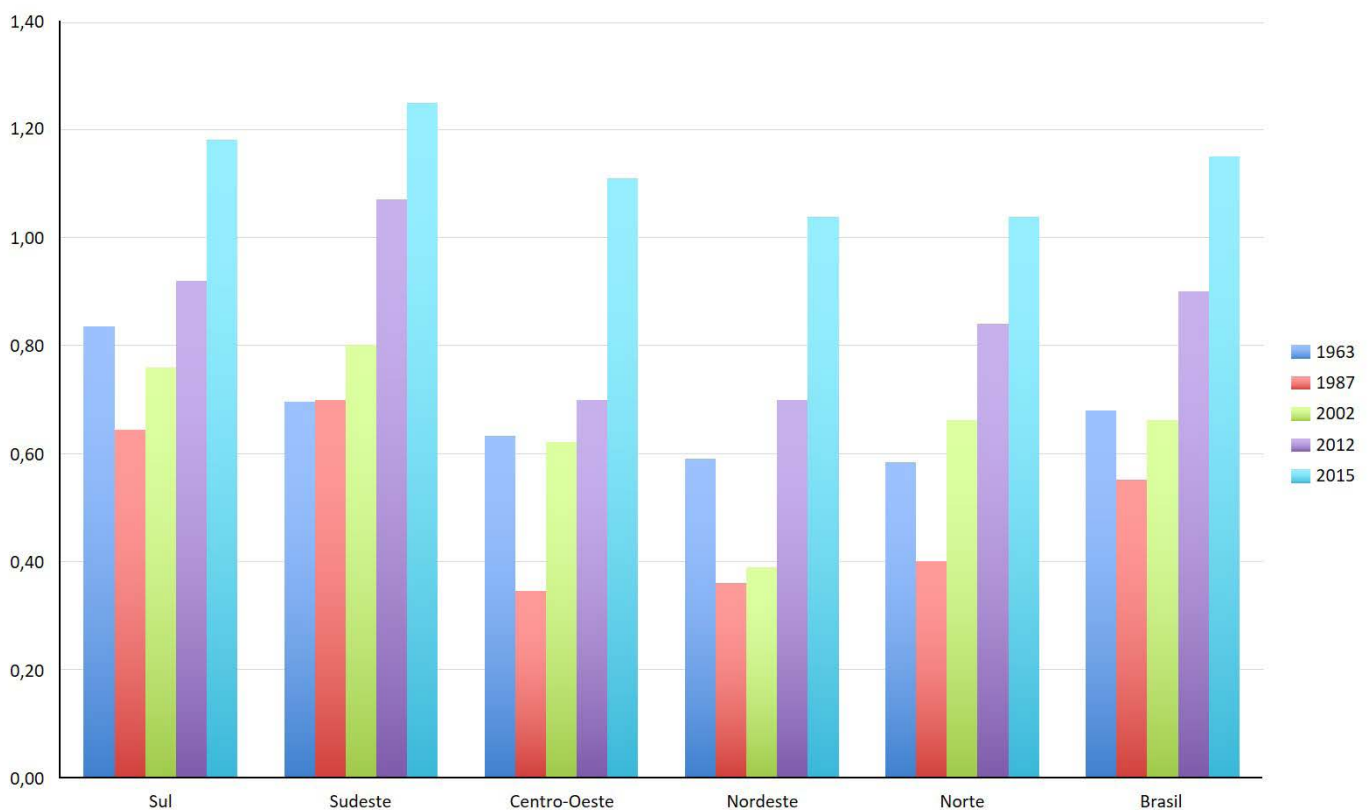


Gráfico 2. Evolución de plazas en cursos de medicina a cada 10.000 habitantes conforme región del país y período, Brasil, de 1963 a 2015.

Fuente: datos del DEGEG y DDES, 2015.

Las regiones Centro-Oeste (58%) y Nordeste (48%) presentaron un crecimiento superior al de las regiones Sur (28%), Norte (24%) y Sudeste (17%), mostrando una reducción parcial de las desigualdades regionales para poder vislumbrar la disminución

de las inequidades en la oferta de atención en salud. Son evidentes los avances en la expansión, aunque todavía por debajo de la meta determinada, y en el cambio legal y factual del modo de ampliar escuelas privadas como se desarrollará a continuación.

Aumento de plazas en instituciones públicas y privadas

El PMM planificó la expansión de plazas de medicina en universidades públicas, principalmente en *campi* de IFES en el interior, creadas en el proceso de expansión de la enseñanza superior a partir de 2003⁹. Sin embargo, las cifras planificadas para esa expansión, después de negociaciones que involucraron al MEC, rectores y coordinadores de curso y el área económica del gobierno, fueron inferiores a la meta definida por el PMM. Siendo así, la diferencia entre la meta final y las nuevas plazas ofrecidas por las IFES se demandaría para el sector privado³.

En el período de 2013 a 2015 hubo una importante expansión pública con fuerte componente de interiorización, a partir del programa de expansión federal con contratación de profesores e inversión en infraestructura²⁵.

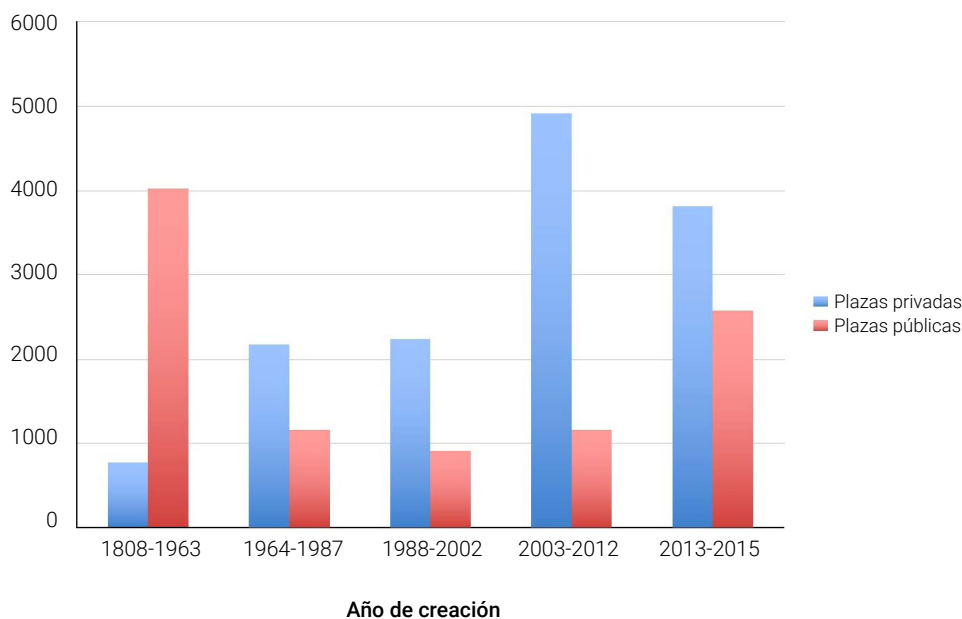


Gráfico 3. Evolución del número de plazas abiertas en número absoluto en cursos de medicina conforme naturaleza pública o privada y período, Brasil, 1808 a 2015.

Fuente: datos del DEGEGS y DDES, 2015.

La mayor parte de las plazas creadas entre 2013 y 2015 fueron en instituciones privadas. La mayor expansión absoluta y proporcional de plazas privadas ocurrió en el período de 2003 a 2012, con el Programa Universidad para Todos (ProUni) y el Programa de Financiación Estudiantil (FIES)³.

El nuevo marco regulatorio para la expansión de la enseñanza privada en medicina estableció que la autorización de la apertura de nuevos cursos se realizaría en munici-

pios seleccionados en pliegos de condiciones públicos que consideraban como criterios de selección la estructura de la red de salud, la relación médico por habitante y plazas por habitante en cada estado. Al candidatearse, los municipios precisaban comprobar la existencia de la red de servicios compatible en una evaluación *in loco* realizada por una comisión vinculada al MEC. Además, debían asumir compromisos relacionados con el mantenimiento y la calificación de la red. En 2013, se publicó la primera convocatoria pública de alcance nacional y en 2015 una convocatoria pública específica para municipios de las regiones Norte, Nordeste y Centro Oeste.

La selección de las mantenedoras también pasó a realizarse por medio de pliegos de condiciones de convocatoria pública con el fin de evaluar aquellas que podrían crear los cursos en los municipios seleccionados. El primer pliego de condiciones se publicó en 2014 y estableció aspectos que buscaban asegurar la viabilidad y sostenibilidad de la institución para implantar un curso con calidad y adecuado a las necesidades del SUS y a las exigencias de las nuevas DCN²⁶. Los criterios establecidos para la elección de las mantenedoras fueron: la calidad del proyecto pedagógico, la infraestructura y cuerpo docente del curso, el plan de contrapartida para la estructura de servicios, el plan de implantación de la residencia médica y el plan de oferta de becas para alumnos. El proceso preveía el monitoreo por medio de la comisión formada por especialistas y representantes del MEC, del MS, del Consejo Nacional de Educación (CNE) y del Consejo Nacional de Salud (CNS).

Es importante observar que no todas las escuelas que fueron autorizadas después de la creación del PMM siguieron esos criterios y procedimientos, precisamente porque la Ley del programa estableció este reglamento solamente para nuevos procesos de apertura de cursos³ y había pedidos anteriores pendientes en el MEC.

Se entienden los desafíos de un proceso de expansión predominantemente privado, en donde se levantan cuestionamientos sobre una formación médica efectivamente comprometida con las necesidades sociales y la democratización del acceso a la enseñanza superior. No obstante, se entiende como fundamental el análisis de todo el formato de regulación propuesto por el PMM y no solo como han hecho algunos estudios²³, la naturaleza de la plaza (sea pública o privada), para estudiar y comprender las diferencias en el proceso de expansión en el transcurso de la historia. Además, son necesarios nuevos estudios para entender cómo políticas de inducción y regulación de la enseñanza superior interfieren en el acceso a la enseñanza médica y en el establecimiento de médicos en sus regiones. Esas son cuestiones relevantes cuando observamos que todavía se dispone de pocos estudios en esa perspectiva del PMM.

Interiorización de la formación

Se observó un proceso de interiorización con volumen suficiente para invertir el número absoluto de plazas en las capitales y en el interior y el aumento del número de municipios con escuelas médicas, conforme el Gráfico 4.

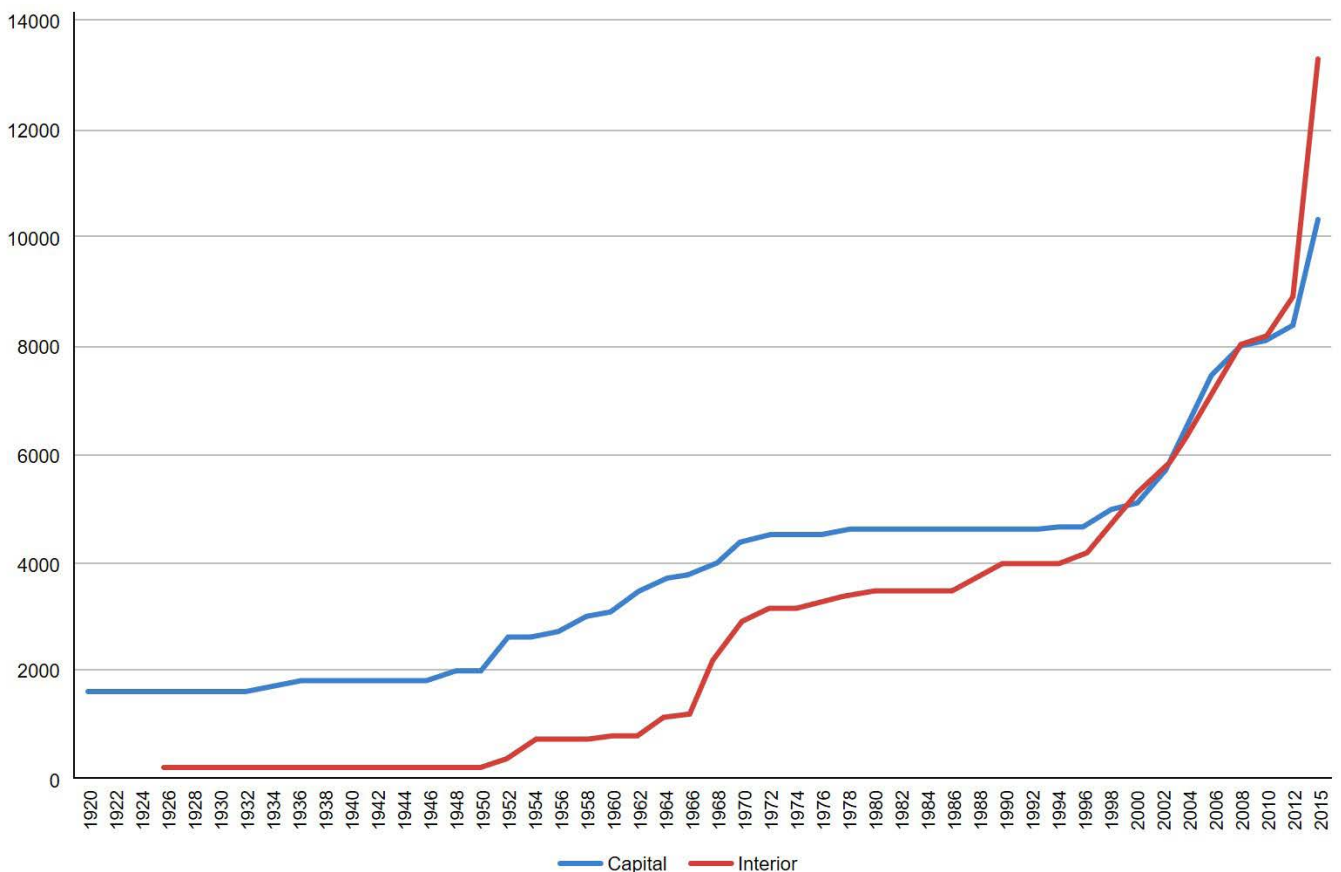


Gráfico 4. Evolución de plazas en cursos de medicina según capital e interior y período, Brasil, de 1920 a 2015.

Fuente: datos DEGEGS y DDES, 2015.

Entre las evidencias para la atracción y retención de médicos en áreas remotas, se destacan aquellas que relacionan la formación con acciones en zonas rurales, sea de apertura de cursos de medicina en esas localidades o incluso de pasantías rurales. Además, tener estudiantes provenientes de localidades rurales es otra importante iniciativa para el establecimiento de médicos en esas localidades²⁷. El enfoque adoptado por el PMM de apertura de escuelas médicas sigue propuesta similar a otros países, destacándose las experiencias de Medicina Rural en Canadá, en Australia y en Sudáfrica^{3,12,28}. Según Cahill (2017)²⁸, en Australia, el 25% de los alumnos deben ser provenientes de zonas rurales. Para esos alumnos, más importante que su nota es su local de residencia. Por lo tanto, aunque no consigan una puntuación adecuada, realizarán el ingreso al curso porque vienen de un área rural. La autora añade que para los aborígenes la probabilidad de entrar en la escuela de Medicina todavía será mayor considerando que no hay un número suficiente de médicos aborígenes.

El Programa asumió como objetivo considerar las regiones de salud^{26,29} para planificar la distribución de las plazas buscando de esa forma revertir las iniquidades regionales. Las convocatorias se dirigieron exclusivamente a ciudades que no eran capitales, no tenían curso de medicina y distaban al menos setenta km de un municipio con escuela médica. La segunda convocatoria buscó atender específicamente a estados con oferta in-

suficiente de plazas, según la meta de 1,34 plazas por diez mil habitantes, en las regiones Norte, Nordeste y Centro Oeste.

Se consideraron aptos 61 municipios en los dos pliegos de condiciones. La efectiva implantación de las plazas autorizadas significaría un aumento de 4.347 plazas en el país, todas en el interior y causaría un aumento expresivo de regiones de salud con plazas de medicina: de 143 para 204, lo que no sucedió en el período estudiado en virtud de decisión del Tribunal de Cuentas de la Unión que suspendió el curso del primer pliego de condiciones.

Expansión y regulación de la residencia médica

Hubo una expansión de las residencias médicas en el último período con una creciente participación del MS en la financiación de becas y una tendencia de mayor planificación y regulación estatal sobre la especialidad y localidad de apertura de las plazas, como se ve a continuación.

Es posible observar un proceso de inducción de la expansión de la residencia y la intención de orientar las especialidades desde 2009, año de la creación del Pro-Residencia, MS, caracterizado por el incentivo a la creación de plazas de residencia médica en el SUS, con financiación de becas para los residentes, con prioridad para el Norte, Nordeste y Centro-Oeste^{3,13}. Otra medida relevante fue la publicación del Decreto Administrativo 1.248³⁰ de 2013, en la víspera del lanzamiento del PMM, creando de forma inédita una línea de financiación de cien millones de reais al año para estructura y costeo de los servicios que expandieran las plazas de residencias en especialidades y regiones prioritarias.

Un estudio referente al período anterior al PMM, considerando la intervención del Pro-Residencia, demuestra una reducción de desigualdades en la distribución de las plazas de residencia en el país¹³. Con la creación del PMM y las normativas legales para la expansión de la residencia médica, esa tendencia se acentuó. Se amplió la proporción de plazas financiadas por el MS (del 14,4% en 2012 para el 32% en 2015) y se crearon plazas en especialidades y regiones que antes carecían de esa oferta de formación.

El aumento significativo en la cantidad de plazas de residencia, partiendo de 12.477 plazas en 2012 y llegando a 22.064 plazas ofertadas en 2015, revela el esfuerzo de regular la residencia médica, para calificar la formación médica con una oferta de especialización y todavía más la dirección de esa oferta de acuerdo con las necesidades del SUS.

No obstante, la universalización pretendida para el PMM define un itinerario de formación de especialistas, en el cual la MFC sería un prerrequisito para la mayoría de las demás especialidades, exceptuándose nueve especialidades (genética médica, medicina deportiva, medicina física y rehabilitación, medicina legal, medicina del trabajo, medicina del trabajo, patología y radioterapia) que suman un número pequeño de plazas. Por lo tanto, aproximadamente el 90% de las plazas de acceso directo tendrían que ser de MFC haciendo realidad el objetivo del PMM de hacer que la mayoría de los médicos tuviera una formación de uno o dos años en esa especialidad, aunque después se dedicara a otra. En realidad, entre las plazas creadas en ese período, el 58% fueron en el área de MFC.

La creación de plazas es absolutamente insuficiente delante de la necesidad de crear aproximadamente 16.500 plazas para alcanzar la universalización teniendo la MFC

como prerrequisito. Tal vez esté aquí una de las metas del PMM que exigen mayor esfuerzo institucional, envolviendo acciones que creen viabilidad para la implantación de programas y promuevan la ocupación de plazas por parte de los egresados de la graduación, y la capacidad de enfrentar resistencias de sectores de la corporación médica que se oponen tanto a cualquier regulación pública en la residencia médica con relación al establecimiento de la MFC como una especialidad central en la formación de las demás³¹.

Como una de las acciones en ese campo, el MS y el MEC lanzaron a finales de 2015 el Plan Nacional de Formación de Preceptores con el objetivo de dar incentivo y apoyo a la implantación de programas de MFC, calificar la formación de los preceptores y ofrecer incentivos tanto para la actuación como preceptor como para la ocupación de las plazas de la residencia. El plan viabilizó la identificación de los preceptores existentes en la red de atención a la salud y aseguró una nueva financiación para su formación e incentivó que los futuros especialistas tuvieran la posibilidad de formación en preceptoría durante la residencia para inserirse en esa área una vez concluida su formación.

Otra medida fue la creación, en octubre de 2015, del Catastro Nacional de Especialistas que reúne informaciones de todos los médicos especialistas del país, local de actuación, dónde y cómo se formaron. El objetivo fue realizar la planificación y regulación de la formación de especialistas, adecuándola al interés público y a las necesidades de salud de la población^{1,3,32}.

Entre los objetivos y metas estudiados en ese artículo, la definición del itinerario de formación de los especialistas, la valorización de la MFC y la expansión de sus plazas rumbo a la universalización y al uso del Catastro Nacional de Especialistas para la regulación de la formación de especialistas están entre aquellos que sufren las mayores resistencias de parte significativa de la corporación médica³¹. El análisis del contexto y de las tendencias en lo que se refiere a la correlación de fuerzas no autoriza una postura optimista en relación al alcance de esos objetivos ni a corto ni a medio plazo.

Calificación de la formación médica

En 2014, el CNE publicó las nuevas DCN. El proceso de elaboración contó con audiencias públicas y reuniones en las que participaron el MES, el MS, direcciones y cuerpos docentes y discentes de las Universidades, gestores del SUS y diversos segmentos de la sociedad, incluyendo el CNS y las entidades médicas. Esa acción enfrentó una importante resistencia de los sectores conservadores en el campo de la educación y de la práctica médica³³. Hasta 2015, fue posible identificar los avances señalados en los elementos normativos, no siendo posible identificar cuáles fueron los efectos producidos en el ámbito de las Universidades y de la relación de la formación con los servicios de salud.

Las directrices mantuvieron los elementos centrales y el perfil del egresado del documento anterior, estructuraron el desarrollo de competencias en las áreas de atención de la salud, educación y gestión y fortalecieron la enseñanza de áreas estratégicas para el desarrollo del SUS, tales como la ABS, la urgencia y emergencia y la salud mental, especialmente en el período de internado. Adecuándose a los cambios en la sociedad brasileña, se agregaron nuevos elementos, y se reforzaron otros, al proceso de formación, tales como: respeto a la autonomía del usuario, seguridad del paciente, respeto a

la diversidad humana, cuidado de las personas con discapacidad, atención a las cuestiones étnico-raciales, interprofesionalidad y trabajo en equipo, cuestiones socio-ambientales y el papel de los factores determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad.

La nueva directriz señaló hacia la diversificación de escenarios de práctica e inserción en servicios de salud en el transcurso del curso, en consonancia con las propuestas actuales para la enseñanza médica que señalan hacia la formación basada en el desarrollo de competencias y hacia la comprensión de la interdependencia y necesidad de integración de los sistemas de enseñanza con los sistemas de salud³⁴. Se definió la obligatoriedad de un programa de educación permanente para profesores y profesionales de la red y el fortalecimiento del proceso de realización de contrato de los servicios de red.

Se observa el fortalecimiento del proceso de evaluación en la graduación señalando instrumentos que incluyan aspectos cognitivos, psicomotores y actitudinales y para la adecuación de las evaluaciones a los objetivos de las DCN. Por otro lado, se instituyó la evaluación específica del estudiante de medicina bajo los mismos preceptos y se estableció su carácter obligatorio, procesal y formativo, así como el uso de esta evaluación en los procesos selectivos para la residencia. Esta evaluación se denominó Evaluación Nacional Seriada de los Estudiantes de Medicina (ANASEM) siendo instituida en 2016 con el objetivo de evaluación longitudinal.

A la publicación de las DCN siguió una serie de desdoblamientos para efectivizar su implementación y fortalecer el proceso de regulación por parte de la sociedad. Se creó el comité gestor del COAPES con el objetivo de elaborar las directrices nacionales de los contratos, envolviendo a gestores del SUS, representantes del MEC, CNS, Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) y Dirección Ejecutiva de los Estudiantes de Medicina (DENEM).

El PMM generó la demanda de la adecuación del instrumento de evaluación de los cursos de graduación del Sistema Nacional de Evaluación de la Enseñanza Superior (SINAES) a las nuevas DCN. Al final de 2015, el proceso estaba bastante avanzado y, de hecho, se concluyó en abril de 2016, después de consulta pública que analizó instrumento elaborado por una comisión compuesta por representantes del MEC, Ministerio de la Salud, ABEM, INEP, Consejo Federal de Medicina (CFM), DENEM y CNS. Este instrumento añadió 15 nuevos indicadores con la perspectiva de: evaluar el cumplimiento de las nuevas reglas establecidas por las DCN; fortalecer la integración enseñanza-servicio; crear programas de educación permanente para docentes y profesionales de la red de salud; ampliar la articulación de la graduación con los programas de residencia; fortalecer la responsabilidad social de las escuelas y su adecuación a las necesidades sociales de salud regionales y ampliar la participación de la sociedad en el proceso de formación médica. Todavía en 2016, esta normativa fue substituida por un instrumento que no incluye aspectos importantes establecidos en el programa y que en parte fragilizan la capacidad de regulación de la sociedad.

El PMM amplió las acciones de calificación de docentes y preceptores. Se destaca la creación del PROFSALUD maestría profesional que prioriza a profesionales que actúan en la atención básica para posibilitar la formación necesaria de profesores para los nuevos cursos de medicina en el interior.

Los desdoblamientos siguientes, a ejemplo de la efectiva implementación por parte de los ministerios de Salud y Educación y efectos en las escuelas médicas, servicios de

salud, actuación de los docentes y formación de los educandos extrapolan los objetivos de este estudio y deben ser objeto de otros nuevos.

Conclusión

Durante las últimas décadas hubo un intenso proceso de discusión sobre la enseñanza médica que señaló la necesidad de cambio en función de las necesidades sociales de la población y del SUS. A pesar de los avances obtenidos, los cambios habidos fueron insuficientes para transformar efectivamente la formación médica.

El PMM fue asumido como prioridad gubernamental e instituido por medio de una ley elaborada en un contexto de amplio y reñido debate nacional. La actuación intersectorial, la construcción de una política con estrategias cuyo objetivo fue un cambio en la formación médica (graduación y posgrado) con planificación a corto y largo plazo, son factores diferenciales del PMM.

La propia creación de nuevas estructuras en el gobierno federal, como el DDES en el MEC y el DEPREPS en el MS, actuando conjuntamente vinculados al PMM, demuestran la densidad del movimiento causado.

Las evidencias disponibles permiten afirmar que el PMM en menos de tres años de implementación alcanzó, en el eje cambio de la formación, un conjunto de resultados relacionados con los objetivos del programa, tanto a corto como a largo plazo. Diversas de las acciones realizadas se inspiraron en programas internacionales con resultados efectivos, como es el caso de Canadá y Australia.

El programa se formuló con dispositivos cuyo objetivo es adecuar el proceso de expansión de plazas a las necesidades de la población, además de una serie de dispositivos regulatorios para asegurar la calidad de los cursos. Se subraya que la planificación realizada se basó en un contexto de formulación de políticas públicas que fomentaban la mejora del acceso a la educación y salud, expansión de servicios y mantenimiento de las prerrogativas constitucionales de expansión de financiación de forma proporcional al crecimiento económico.

La actual suspensión de la expansión de plazas públicas y mayor “flexibilidad” en la expansión privada en cursos ya existentes tiende a generar un sesgo de mercado para la formación con dificultad de acceso para los egresados de la enseñanza media pública. Las inversiones en la expansión y mantenimiento en las IFES tendrían que mantenerse para que se hicieran concretos los objetivos del PMM. Algunos procesos como el pacto por parte del COAPES también se descontinuaron. Recientemente, la Ley nº 13.350 de diciembre de 2017, retiró la obligatoriedad de la necesidad de evaluación a cada dos años de la graduación en medicina y la evaluación específica anual de la residencia médica.

Un punto de destaque es la necesidad de avanzar en una propuesta que posibilite la atracción y la valorización de docentes de los cursos implantados en el interior. La alteración en los procesos de evaluación y progresión de los docentes de las instituciones federales está prevista en la ley y hace posible la formulación de una propuesta.

Otra cuestión central que debemos subrayar es la necesidad de expansión de la formación en MFC con la importante función de formar médicos con una mirada más integral y generalista. Caso esa expansión no se realice de forma satisfactoria, es posible que el eje de provisión deje de ser de emergencia y pase a prorrogarse permanentemente.

te ante la necesidad de médicos extranjeros en la periferia de las grandes ciudades y en áreas remotas.

Debemos recordar que para conseguir médicos en la cantidad necesaria y con la formación adecuada a las necesidades de nuestra población, es fundamental que se cumplan efectivamente los objetivos del eje de formación, siguiendo la tendencia estudiada y señalada aquí en el período de 2013 a 2015. Brasil tiene que ampliar la cantidad de médicos y mejorar la calidad de su formación para responder a las razones que exigieron la creación del PMM y para que el país pueda avanzar de forma consistente en la garantía del derecho a la salud por medio de un sistema público, gratuito, universal, integral, equívano y con participación popular.

Se concluye este texto señalando que vivimos tiempos de lucha por la supervivencia del Sistema Único de Salud como un proyecto político y democrático en un escenario con la fuerte sensación de un colapso del área pública y profunda dificultad en la continuidad de políticas sociales. La construcción del SUS, por parte de la Constitución Federal de 1988, sucedió en una coyuntura de disputa tecnológica, reorganizando relaciones entre Estado y sociedad con bases marcadas por la presencia del neoliberalismo por un lado y por otro por la lucha por una reforma democrática del Estado, supuesto de los formuladores del SUS. Describir y reflexionar sobre el PMM en la dimensión de formación es un esfuerzo de contribución para el registro de la historia vivida recientemente, un esfuerzo para no perder esta rica construcción colectiva. Siendo así, es prudente de cualquier forma esperar un poco más para evaluar el resultado concreto de esas políticas adoptadas. No obstante, le cabe al gobierno, a la sociedad y a la academia la realización de un acompañamiento cuidadoso de ese proceso.

Contribuciones de los autores

Felipe Proenço de Oliveira, Hêider Aurélio Pinto, Alexandre Medeiros de Figueiredo, Eliana Goldfarb Cyrino participaron en la concepción y delineación del trabajo y de la redacción del manuscrito. Aristides Vitorino de Oliveira Neto, Vinícius Ximenes Muricy da Rocha participaron en la discusión de los resultados y en la revisión crítica del contenido. Todos los autores participaron en la revisión final del contenido y en la aprobación de la versión final del manuscrito.

Derechos de autor

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

Referencias

1. Presidência da República (BR). Lei no 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JTR. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:105-20.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Genebra: WHO; 2010. v. 23.
5. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, editores. *Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho*. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 4-26.
6. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1998.
7. Lampert JB. Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica; 2009. p. 309.
8. OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Informe final del grupo de trabajo sobre requisitos mínimos para la creación de escuelas de medicina. *Educ Med Salud*. 1979; 13(3):1-10.
9. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. The Project “Mais Médicos” and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it? *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):5-6. doi: 10.5935/1414-8145.20150001.
10. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
11. Rourke J. How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region? *Bull World Health Organ*. 2010; 88(5):395-6.
12. Martins MA, Silveira PSP, Silvestre D. Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções. Projeto avaliação das escolas médicas brasileiras: relatório I [Internet]. São Paulo; 2013 [citado 5 Fev 2018]. Disponível em: http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_92_relatoriopaemi.pdf
13. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Health at a glance 2013: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2013 [citado 5 Fev 2018]. doi: 10.1787/health_glance-2013-en.
14. Alessio MM. Análise da implantação do Programa Mais Médicos [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
15. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica - processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
16. López-Valcárel B, Pérez P, Vega R. Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: projeções para 2020 [Internet]. Las Palmas; 2011 [citado 5 Fev 2018]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>

17. Fiocruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
18. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
19. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
20. Muller P, Surel Y. A análise das políticas públicas. 3a ed. Pelotas: Educat; 2002.
21. Viana AL. Enfoque metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM, editor. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 204.
22. Arretche MTS. Tendências no estudo sobre a avaliação. In: Rico EM, editor. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; 2001. p. 256.
23. Scheffer MC, Dal Poz MR. The privatization of medical education in Brazil: Trends and challenges. *Hum Resour Health*. 2015; 13(1):1-10. doi: 10.1186/s12960-015-0095-2.
24. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan DML, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2675-84.
25. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, Almeida ER, Santos LMP. Mais (e melhores) médicos. *Tempus [Internet]*. 2015 [citado 5 Fev 2018]; 9(4):175-81. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1810>
26. Ministério da Educação (BR). Edital nº 6, de 22 de Dezembro de 2014. Primeiro edital de chamada pública de mantenedoras de instituições de educação superior. *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2014. p. 3.
27. Clark TR, Freedman SB, Croft AJ, Dalton HE, Luscombe GM, Brown AM, et al. Medical graduates becoming rural doctors: rural background versus extended rural placement. *Med J Aust*. 2013; 199(11):779-82.
28. Vanni T, Cyrino AP, Ribeiro ACRC. Provisão médica no sistema de saúde da Austrália: uma conversa com Megan Cahill. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1367-75.
29. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 1, de 28 de Setembro de 2011: Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. *Diário Oficial da União*. 29 Set 2011. p. 3.
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.248, de 24 de Junho de 2013. Institui a estratégia de qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
31. Alessio MM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1143-56.
32. Presidência da República (BR). Decreto nº 8.516, de 10 de Setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4o e § 5o do art. 1o da Lei no 6.932, de 7 de Julho de 1981, e o art. 35 da Lei no 12.871, de 22 de Outubro de 2013. *Diário Oficial da União*. 11 Set 2013. p. 5.



33. Oliveira FP, Costa AM, Cardoso AJC, Trindade JS, Dias IMAV. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saude Debate*. 2017; 41 Spe 3:60-73.
34. 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. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011; 28(2):337-41.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 06/02/18.
Aprobado el 17/08/18.