


### Gestión federal del Programa Más Médicos: el papel del Ministerio de la Educación


**Erika Rodrigues de Almeida**<sup>(a)</sup>

<erika.almeida@saude.gov.br> 

**Harineide Madeira Macedo**<sup>(b)</sup>

<hmmacedo@unb.br> 

**José Carlos da Silva**<sup>(c)</sup>

<carloossilvan2003@yahoo.com.br> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7o andar. Brasília, DF, Brasil. 70058-900.

<sup>(b)</sup> Centro de Educação a Distância, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

<sup>(c)</sup> Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Educação (doutorado), Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

El Programa Más Médicos (PMM) posee tres ejes de actuación y está fundamentado por las directrices pedagógicas de la Educación Permanente. En el marco del Programa, que va desde la provisión de emergencia de médicos hasta la ampliación del número de plazas en cursos de graduación y residencia en Medicina, su gestión es interministerial, en donde el Ministerio de Salud (MS) y el Ministerio de Educación (MEC) comparten responsabilidades para su pleno funcionamiento. El presente trabajo relata la construcción de la experiencia de gestión del PMM por parte del MEC, que incluye la estructuración de una nueva Dirección y de nuevos modos de realizar la gestión en este Ministerio. También señala las principales dificultades y facilidades durante todo el proceso, además de mostrar importantes reflexiones sobre las perspectivas y desafíos para la continuidad y sostenibilidad del Programa.

**Palabras clave:** Programa Más Médicos. Gestión. Educación. Salud. Atención primaria de la salud.

## Introducción

El Programa Más Médicos (PMM) fue creado en 2013 por la Ley nº 12.871<sup>1</sup>, del 22 de octubre, con fundamento en las directrices pedagógicas de la Educación Permanente en Salud (EPS), con el objetivo de atender a la población brasileña en los servicios de Atención Básica del Sistema Único de Salud (SUS), por medio de modalidades formativas de enseñanza, investigación y extensión. El Programa incluye tres ejes de actuación: I – reordenación de la oferta de cursos de Medicina y de plazas para residencia médica, priorizando regiones de salud con menor proporción de plazas y médicos por habitante y con estructura de servicios de salud en condiciones de ofrecer campo de práctica suficiente y de calidad para los alumnos; II – establecimiento de nuevos parámetros para la formación médica en el País; y III – promoción, en las regiones primarias del SUS, de perfeccionamiento de médicos en el área de atención básica en salud, mediante integración enseñanza-servicio, incluso por medio de intercambio internacional.

Considerando el alcance del Programa que va desde la provisión de emergencia de médicos en áreas de escasas y/o de dificultad de fijación de estos profesionales hasta la ampliación del número de plazas en cursos de graduación y residencia en Medicina, su gestión es interministerial, siendo que el Ministerio de la Salud y (MS) y el Ministerio de la Educación (MEC) comparten responsabilidades para su pleno funcionamiento.

Con la perspectiva de atender las finalidades relacionadas al eje educacional y alineándose con las legislaciones del Programa, se instituyó una nueva configuración de gerencia, en el ámbito del MEC, alterándose la estructura organizacional de la Secretaría de Educación Superior (SESu) por medio del Decreto nº 8.066/2013, que creó la dirección de Desarrollo de la Educación en Salud (DDES) con dos coordinaciones: Coordinación General de Residencias en Salud (CGRS) y coordinación General de Expansión y Gestión de la Educación en Salud (CGEGES).

La SESu es la unidad del MEC responsable por la planificación, orientación, coordinación y supervisión del proceso de formulación e implementación de la Política Nacional de Educación Superior en Brasil. El mantenimiento, la supervisión y el desarrollo de las Instituciones Públicas Federales de Enseñanza Superior (IFES) y la supervisión de las Instituciones Privadas de Educación Superior, conforme la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDB), también son responsabilidad de la SESu.

A la DDES se atribuyeron las competencias siguientes: I – evaluar el desempeño gerencial de los programas de educación en salud; II – supervisar la capacitación de profesionales del Programa Más Médicos y de los demás Programas en el área de salud en el ámbito de la educación superior; III – monitorear la implantación de los cursos en el área de salud; IV – coordinar la implantación, el monitoreo y la evaluación del Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB), en el ámbito del Programa Más Médicos del Gobierno Federal, en conjunto con el Ministerio de la Salud; V – proponer criterios para la implantación de políticas educacionales y estratégicas, con el objetivo de implementación de programas de residencia en salud; VI – desarrollar programas y proyectos especiales de fomento a la enseñanza con el objetivo de capacitación en programas de residencia en salud; VII – coordinar las actividades de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) y de la Comisión Nacional de Residencia Multiprofesional en Salud (CNRMS); VIII – conceder y monitorear las becas de estudio para programas de residencia en salud en las IFES; IX – proponer directrices curriculares

nacionales para la formación en residencias en salud; X – coordinar la elaboración e implantación del sistema nacional de evaluación de programas de residencia en salud; XI – establecer criterios y acompañar el cumplimiento por parte de las instituciones en donde se realizarán los programas de residencia en salud, además de la sistemática de credenciamiento y acreditación periódica de los programas; XII – establecer las normas generales de funcionamiento de los programas de residencias en salud, conforme las necesidades sociales y los principios y directrices del SUS; y XIII - certificar los hospitales de enseñanza, en conjunto con el MS.

Esas alteraciones en el ámbito del MEC se insieren en el contexto de las inversiones en política sociales que el país pasó a desarrollar a partir de la segunda mitad de la década de 2000<sup>2</sup>. El Programa Más Médicos, al presentar acciones que llevan al fortalecimiento del SUS, también se encuadra como una política de reducción de las desigualdades sociales en Brasil, puesto que universaliza el acceso a la salud de poblaciones de áreas remotas y de periferias de las grandes ciudades. Por eso la importancia de tener una mirada desde el punto de vista de la gestión de políticas públicas en el ámbito federal, independiente de las coyunturas.

Considerando la importancia del registro histórico del proceso de construcción de la gestión o implementación del Programa Más Médicos y la relevancia de compartir experiencias por medio del relato de las lecciones aprendidas y del análisis institucional, este trabajo presenta un breve relato de la gestión federal del PMM por parte del MEC. El objetivo es reconstituir la historia de la DDES desde su creación en 2013 hasta su evolución en 2016, por ocasión de la ruptura democrática por medio del golpe parlamentario habido en Brasil, destacando las potencialidades y fragilidades del proceso de gestión del PMM por parte del MEC en ese período.

Conviene subrayar que este trabajo presenta la sistematización de relatos de agentes que participaron en la formulación del Programa y de la gestión del mismo en el ámbito del MEC durante el período anteriormente mencionado. De tal forma, los sujetos autores de este trabajo tienen trayectoria en la gestión federal del PMM en el MEC, tanto en la dirección de la DDES como en la coordinación y equipo técnico de la CGEGES y consecuente implicación con la política en cuestión y con los movimientos desencadenados por el MEC a lo largo de la implementación y gestión del Programa.

El contenido presentado aquí se construyó con base en las siguientes fuentes: relatos de las vivencias de los sujetos y documentos producidos durante el Programa en el MEC, tales como informes anuales de gestión, documentos normativos y técnicos, actas y otros registros de reuniones. Con la finalidad de facilitar la organización de los relatos de los sujetos, se utilizaron algunas preguntas rectoras, tales como: a) ¿Cómo se realizó el proceso de creación de la DDES y de la CGEGES?; b) ¿Cuáles fueron las negociaciones y los agentes envueltos en el proceso de creación de la DDES y de la CGEGES?; c) ¿Cómo se organizó la DDES? ¿Cuál fue la estructura construida?; d) ¿De qué forma la creación de la DDES se relaciona con el Programa Más Médicos?; e) ¿Cómo se realizó la implantación del Programa Más Médicos en el ámbito del MEC?; f) ¿Cuáles fueron las dificultades y facilidades experimentadas durante la implantación y durante la gestión del PMM en el MEC entre 2013 y 2016?; g) ¿Cuáles son los cambios, ganancias y pérdidas que pueden atribuirse al proceso de *impeachment* (o golpe parlamentario) ocurrido en 2016?; h) ¿Cuáles son las perspectivas y/o expec-

tativas relacionadas con la sostenibilidad del PMM después de los cambios políticos habidos a partir de 2016?

Todo el material utilizado como fuente de información para la producción de este artículo fue sistematizado y analizado, utilizándose la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin<sup>3</sup>, respetándose las tres fases: preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados (inferencia e interpretación). De esta forma, se buscó entender las informaciones transmitidas por los sujetos, entendiendo el sentido de la comunicación, e interpretándolas de forma a buscar otras significaciones, con el objetivo de producir los relatos de los hechos históricos ocurridos en el período en análisis. Los resultados encontrados se presentan en sesiones, considerando la cronología en que ocurrieron y las temáticas enfocadas.

### **La emergencia de la DDES en la génesis del Programa Más Médicos y su interfaz con la Atención Básica**

La Atención Primaria de la Salud (APS) o Atención Básica (AB) en Brasil se entiende como un conjunto de acciones de salud individuales, familiares y colectivas que envuelven promoción, prevención, protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, cuidados paliativos y vigilancia en salud, desarrollada por medio de prácticas de cuidado integrado y gestión calificada, realizada con equipo multiprofesional y dirigida a la población en territorio definido, sobre las cuales los equipos asumen responsabilidad sanitaria. La APS brasileña tiene en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) su estrategia prioritaria para expansión y consolidación<sup>4</sup>.

Desde su creación, primeramente como Programa Salud de la Familia, en 1994, han sido diversos los desafíos enfrentados para el alcance de un grado expresivo de capacidad de resolución para que las políticas tengan impacto sobre la organización de los servicios y la mejora del estado de salud de la población brasileña<sup>5</sup>. Se destacan la sub-financiación de las acciones<sup>6</sup>, la dificultad de contratación y fijación de profesionales de salud, sobre todo médicos<sup>7-10</sup>, la insuficiente calificación de los trabajadores para el ejercicio en la Salud Pública<sup>10,11</sup>, la competencia de presupuesto con la mediana y alta complejidad<sup>12,13</sup>, el bajo capital simbólico para la población<sup>13</sup>, entre otros.

En la tentativa de superar la escasez de médicos en Brasil, así como de reducir las iniquidades en la distribución de estos profesionales entre las regiones y localidades<sup>14</sup>, en 2013 el gobierno federal creó el Programa Más Médicos, estructurado en tres ejes de actuación: (i) inversión en la mejora de la infraestructura de las redes de atención de la salud; (ii) ampliación de la oferta de cursos y plazas en medicina, incluyendo reforma curricular en la graduación y residencia médica; y (iii) la implantación del Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB), caracterizado por la provisión en régimen de emergencia de médicos en la APS, en áreas prioritarias para el SUS.

De acuerdo con el marco legal instituido para el Programa, los ejes (ii) y (iii) tienen carácter formativo y, por esta razón, demandaron el involucramiento del MEC para hacerlos viables adecuadamente. De tal forma, en el mismo año 2013 se instituyó una nueva estructura organizacional, por medio del Decreto nº 8.066/2013, responsable por la gestión de los aspectos educacionales del Programa: la Dirección de Desarrollo de la Educación en Salud.

Esta Dirección, creada en el ámbito del SESu, se estructuró con otras ya existentes en el MEC, como la CGRS y la Secretaría de Regulación de la Enseñanza Superior (Seres). La CGRS, creada en el MEC juntamente con la Coordinación de Hospitales Universitarios y Residencias en Salud (CGHU) en 2007, dentro de la Dirección de Hospitales Universitarios y Residencias en Salud (DHR) instituida por medio del Decreto nº 6320, del 20 de diciembre de 2007, era responsable por la gestión de los programas de residencia médica, multiprofesional y antiprofesional, así como por la coordinación de los trabajos de las Comisiones Nacionales de Residencias - Médica (CNRM) y Multiprofesional en Salud (CNRMS). Por ocasión de la creación de la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (Ebserh), en 2011, esta absorbió la CGHU y la CGRS obtuvo nivel de Dirección, vinculada directamente al gabinete del SESu. Por lo tanto, en el momento de la creación de la DDES, la CGRS fue nuevamente reposicionada dentro del MEC, pasando a estar subordinada jerárquicamente a la nueva Dirección, conjuntamente con la CGEGES, y absorbiendo nuevas atribuciones, definidas a partir de la creación del PMM. Las metas relacionadas con la expansión de programas y plazas de Residencia médica quedaron bajo la responsabilidad de la CGRS, mientras que las acciones relacionadas a la expansión de plazas y cursos de graduación en Medicina, así como las acciones relacionadas al ciclo formativo del PMMB, como los módulos de Acogida y Evaluación y la supervisión académica a los médicos, quedaron bajo la gestión de la CGEGES.

Debemos subrayar que la concepción del PMM, así como su gestión y puesta en operación se realizaron bajo fuerte articulación y alianza entre el MS y el MEC. En el ámbito del MS, la articulación con la SESu era realizada por la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SGTES), especialmente por medio del Departamento de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud (Depreps) y del Departamento de Gestión de la Educación en Salud (Deges).

### **El equipo de gestión del PMM en el MEC: nuevos perfiles y nuevas estructuras**

En el contexto de la reestructuración del MEC y con el surgimiento de la DDES, la gestión fue asumida por un profesional con experiencia en el SUS y en la educación superior que permaneció en la función desde diciembre de 2013 a marzo de 2016. La descripción de ese perfil nos lleva a subrayar que en este relato de los hechos históricos partimos de la premisa de que las dificultades o falta de éxito en la implementación de los cambios en el MEC no tenían origen en el diseño de la política pública, sino en la consideración de que el momento de su implementación exige un campo específico de análisis<sup>15</sup>.

Al integrar el MEC, además de dirigir las acciones bajo la competencia de la CGRS, cuyo equipo ya estaba organizado, se estructuró el equipo de gestión central en la CGGES, subdividida en dos frentes: uno enfocado en la gestión del proceso de expansión de las escuelas públicas de Medicina en Brasil, en consonancia con la Política Nacional de Expansión de las Escuelas Médicas<sup>16</sup>, y otra con la responsabilidad de administrar las acciones de supervisión en el ámbito de la PMMB. La coordinación de la CGEGES quedó a cargo de un gestor de carrera del MEC, con formación en el área de la salud.

El equipo técnico estructurado en la CGEGES tenía, en su mayoría, formación superior en el área de la salud (Fisioterapia, Psicología, Odontología, Servicio Social, Enfermería etc.) y de la educación (Pedagogía), además de experiencia en la gestión y/o asistencia de salud y experiencia en gestión de la educación y de la educación en salud. Ese equipo fue responsable, en los primeros meses de estructuración de la CGEGES, por la construcción de una importante estructura normativa del MEC para la gestión del PMM, por la articulación con otras instituciones aliadas, tales como la Universidad Abierta del Sistema Único de Salud (UNA-SUS), Ebserh y Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), así como por la definición y organización de flujos de proceso y organización de la nueva coordinación.

Debemos registrar que el Programa, inicialmente pensado para cubrir la Atención Básica brasileña con la provisión de cuatro mil médicos, se expandió significativamente, llegando a proporcionar más de dieciocho mil médicos para casi cuatro mil municipios de Brasil (aproximadamente el 73% de la totalidad de los municipios brasileños) hasta diciembre de 2016. Ese aumento generó la necesidad de ampliación del equipo de gestión del MEC que se puso en operación por medio de una estrategia de apoyo institucional descentralizado. El apoyo institucional es una herramienta de gestión, utilizada usualmente por el MS, pero no por el MEC, para la elaboración, implementación y realización de proyectos y políticas públicas, mientras apoya la construcción de sujetos individuales y colectivos. Además, puede ser incorporado por los colectivos organizados sin la necesidad de un agente externo<sup>17</sup>.

En marzo de 2014 comenzó la estructuración de un equipo de apoyadores de los estados del MEC para el PMMB, los cuales tenían la responsabilidad central de ser mediadores en la relación entre las instituciones que realizan la supervisión y tutoría de los médicos participantes y la gestión federal del PMMB. Estos apoyadores, cuya cantidad aumentó de cuatro para cuarenta personas en un intervalo de seis meses, tenían formación y experiencia en el área de la salud y tuvieron su proceso de trabajo organizado fuertemente a la luz de las referencias de la Educación Popular y de la Educación Permanente en Salud. Esta experiencia es relatada por Almeida et al.<sup>18</sup>.

Además de la relación con el Ministerio de la Salud y con instituciones que actuaban en la tutoría y supervisión de los médicos del PMMB, la CGEGES también construyó articulaciones institucionales con la Ebserh, que daba apoyo a la coordinación en los procesos de pago de becas a tutores, supervisores y evaluadores de la Comisión de Acompañamiento y Monitoreo de Escuelas Médicas (Camem), con la UNA-SUS, que desarrolló un sistema electrónico de acompañamiento y monitoreo de las acciones de supervisión (Webportfólio), en el que se inserían los informes comprobatorios de la supervisión a los médicos del Programa y con la Fiocruz, especialmente la Fundación para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud (Fiotec), que dio apoyo al MEC en los procesos logísticos de desplazamiento de tutores y supervisores a las Unidades de Salud de la Familia en donde actuaban los médicos del Programa.

Con la ampliación del Programa y la necesidad de asegurar el proceso de supervisión a la totalidad de médicos, en atención a la reglamentación vigente, también se construyó una importante articulación institucional con el Ministerio de la Defensa, que apoyó al MEC en la logística de desplazamiento de supervisores y tutores del Grupo Especial de Supervisión<sup>19</sup>, responsable por la supervisión en área indígena y en regiones con dificultad de acceso en los estados de Pará, Amazonas, Roraima y Acre. Tal



articulación fue fundamental para la viabilidad de supervisión en esas regiones y fue importante para estrechar los lazos institucionales entre dos ministerios históricamente distantes.

Considerando que el PMM fue la principal acción del Gobierno Dilma Roussef en el campo de la salud pública, se estructuró una relevante articulación con la Casa Civil de la Presidencia de la República, principalmente con la Sub-jefatura de Evaluación y Monitoreo que era responsable por el monitoreo de las acciones del Programa y el acompañamiento de las metas estipuladas.

Todo ese proceso fue fundamental para posicionar al MEC en un lugar de destaque en la gestión del PMM e incluso para redirigir su estructura organizacional y funcional, de tal forma que fuera capaz de contribuir efectivamente para el alcance de los objetivos del Programa. No obstante, la reestructuración del MEC y la consolidación del PMM no ocurrió sin la participación popular. El control social siempre fue un gran desafío en el Programa. Primero, porque el control social tiene un carácter más fuerte en el sector de la salud y, segundo, porque el debate de la educación médica nunca tuvo una articulación con los consejos de salud. Sin embargo, el equipo del PMM siempre trató de articularse con el Consejo Nacional de Salud (CNS) y con los consejos de los estados y municipios para dialogar y escuchar análisis y sugerencias para la mejora del Programa, además de las entidades representantes del movimiento estudiantil en el área médica (especialmente la DENEM). Esto también sucedía con el Consejo Nacional de Educación, debido a su carácter consultivo, para implementar las políticas públicas de educación.

También debemos subrayar que todo ese proceso fue considerablemente importante para reaproximar a los Ministerios de la Salud y de la Educación. Aunque fueron creados como “hermanos” en 1930, la escisión del antiguo Ministerio de la Educación y Salud Pública, en 1953, trajo consigo un expresivo grado de disputa entre las carteras que perdura hasta la actualidad. Sea por disputa de presupuesto, sea por disputas ideológicas, ambos Ministerios cuentan en su trayectoria con momentos de fraternidad y de ruptura. En el ámbito del PMM, las principales disputas giraron alrededor de la gestión académica de los Módulos de Acogida y Evaluación, de la gestión de los procesos de apertura de las nuevas escuelas médicas y de la expansión de las plazas y de Programas de Residencia Médica y de la gestión de los Contratos Organizativos de Acción Pública Enseñanza-Salud (Coapes).

A pesar de las oscilaciones en esta relación interministerial, el hecho de que los equipos dirigentes del PMM en ambos Ministerios tenían relaciones personales previas y trayectorias similares en el campo del trabajo y de la militancia en el SUS fueron fundamentales para la superación de los desafíos institucionales (instituidos o instituyentes) y la construcción de una relación fraternal, solidaria y colaborativa, lo que contribuyó significativamente para el buen desempeño del Programa.

## **Desafío y perspectivas para el PMM a partir de 2016**

Con la ruptura del proceso democrático brasileño, consolidada en agosto de 2016, por medio del impeachment (o golpe político parlamentario y jurídico) de la presidente Dilma Roussef, se implementó una amplia reforma del Gobierno Federal. Prácticamente todo el cuerpo dirigente y técnico de todos los Ministerios fue modificado,

además de reformularse todo el proyecto de gobierno con la subida de Michel Temer a la Presidencia de la República.

En el ámbito del PMM, tanto los equipos del MEC como del MS sufren cambios significativos que incluso causaron modificaciones importantes en el propio Programa. En el MEC, los ajustes en la gestión de la DDES después del golpe parlamentario no sucedieron de inmediato, sino que fueron sucediendo paulatinamente con el desarme de los procesos y procedimientos de carácter de gestión pública y, cuatro meses después de la llegada de la nueva Dirección, se instauró un modelo “subcontratado” de la gestión y también de clientelismo. El ‘nuevo modelo de gestión’ reverberó positivamente entre los colaboradores con perfil técnico-burocrático y sin vínculo ideológico con el propio Programa, unido al hecho de que muchos ansiaban por proyecciones de cargos en el equipo. Ese formato de gestión y de conducción con la gestión pública, sumado a la voluntad de subcontratar las responsabilidades de la Dirección, fue un encuentro memorable para los intereses personales de los envueltos pero que causó perjuicios al PMMB.

El desafío con que el equipo se deparó en primer lugar fue en la comprensión del Programa y del Proyecto y eso solamente ocurrió mediante presión de la Presidencia de la República, de los órganos de control y fiscalización del gobierno federal y del Ministerio de la Salud, cuando se apresuraron en estructurar el equipo a partir de criterios que no consideraban las competencias y habilidades necesarias para el desarrollo del PMM. En segundo lugar, el equipo gestor se deparó con la finalización del documento de convenio entre el MEC/Ebserh y Fiocruz, que mantenía no solo al equipo, sino todas las acciones del PMM bajo la responsabilidad del MEC.

Con dificultades para negociar la continuidad del PMMB, la coordinación de la CGEGES propuso un arreglo temporal a Fiocruz, que duró hasta el mes de septiembre de 2017. Las dificultades de continuidad del convenio sucedieron tanto por cuestiones de naturaleza financiera, el nuevo valor que el MEC propuso a Fiocruz no era compatible con la planificación presupuestaria anterior, como por la competencia de proyectos, puesto que las prioridades de la nueva gestión no dialogaban con las necesidades del PMM. De esa forma, según las instituciones supervisoras del PMMN, tal callejón sin salida ocasionó la paralización de la supervisión académica durante tres meses y durante el tiempo en que las negociaciones no eran exitosas, dejaron parte del Programa Más Médicos en la ilegalidad debido al incumplimiento de lo previsto en ley y que sería mantener la supervisión regular y periódica de todos los médicos participantes. También hubo cambios en el perfil de los apoyadores institucionales, puesto que se ocuparon plazas de naturaleza poco técnica. Antes, ellos actuaban dentro de una perspectiva del apoyo institucional y actualmente tienen un carácter más burocrático.

En lo que se refiere a la Política de Expansión de las Escuelas Médicas, a las acciones relacionadas con la reforma curricular de la Medicina y a las acciones referentes a las residencias médicas, hubo paralización de las pautas en curso, incluso con interrupción del proceso de apertura de nuevas escuelas, de ampliación de plazas de graduación y de residencia médica, además del intenso movimiento alrededor de la reversión de los cambios en las Directrices Curriculares impresas por el PMM.

Se reanudó la pauta defendida por la mayoría de las entidades médicas, históricamente contrarias al Programa, abriéndose el espacio para el desarme de los avances



alcanzados hasta entonces, resucitándose incluso el modelo de la formación biomédica tradicional, médico-centrada.

En el ámbito de la supervisión, la relación con el MS volvió a distanciarse, relatándose graves perjuicios en los Módulos de Acogida y Evaluación, además del abandono de proyectos de calificación de supervisores y tutores. También se relata la interrupción del Grupo Especial de Supervisión, que realizó en 2017 una única supervisión presencial de los médicos actuantes en áreas remotas e indígenas, además de dificultades de cumplimiento de las presuposiciones del Programa en lo que se refiere a la regularidad y longitudinalidad de la supervisión y tutoría académica.

Considerando lo expuesto, no parecen animadoras las perspectivas de futuro para el PMMB en la coyuntura actual. La falta de compromiso con la causa colectiva y con la universalidad del acceso de la población brasileña a la asistencia de la salud con calidad, conforme previsto para los usuarios del SUS, parece no formar parte de la pauta de preocupaciones del MEC en la gestión de la educación en salud.

Finalmente, hay el retroceso en los niveles e instancias de gestión del MEC provenientes del cambio en la macro-gestión. La gestión actual en la DDES presenta fuertes indicios de los vicios de la administración pública, tan combatidos actualmente y que llevan a la desconstrucción de políticas públicas en salud y educación – formación médica – que afectará enormemente a las futuras generaciones. Resulta urgente la necesidad de mayor involucramiento y actuación de las instancias de control y participación social, tanto del campo de la Salud como del de la Educación, así como un mayor protagonismo de las Instituciones de Enseñanza envueltas en los procesos de supervisión con la finalidad de asegurar la continuidad y sostenibilidad del Programa y, principalmente, el conseguir el derecho a la salud de calidad para toda la población.

### **Contribuciones de los autores**

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

### **Derechos de autor**

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

## Referencias

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Madeira LM. Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Observatório de Análise Política em Saúde. Atenção Primária à Saúde em 2016: avanços, desafios e resultados [Internet]. Salvador; 2016 [citado 27 Dez 2017]. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=58f51333a319ff1adc256e5205e4e372&pg=1>
6. Silva IB. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. Rev Bras Promoc Saude. 2017; 30(1):110-7. doi: 10.5020/18061230.2017.p110.
7. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis. 2012; 22(4):1293-311.
8. Lopes EZ, Bousquat AEM. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19):118-24.
9. 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 de maior vulnerabilidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu). 2013; 17(47):913-26.
11. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saude Soc. 2011; 20(4):884-99.
12. Coronel ALC, Bonamigo AW, Azambuja MS, Silva HTH. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar? Int J Health Educ. 2016; 1(2):83-90.
13. Santos FAS, Gurgel Junior GD, Pacheco HF, Martelli PJJ. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. Cad Saude Colet. 2015; 23(4):402-8.
14. Girardi SN, Van Stralen ACS, Cella JN, Mass LWD, 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.
15. Lima L, D'Ascenzi L. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: Madeira LM, organizador. Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
16. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 15, de 22 de Julho de 2013. Diário Oficial da União. 23 Jul 2013.
17. Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:895-908.



18. Almeida ER, Germany H, Firmiano JGA, Martins AF, Dias AS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus*. 2015; 9(4):49-66.
19. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 28, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 15 Jul 2015.

**Traductor:** Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 15/02/18.  
Aprobado el 23/09/18.