

El Project “Más Médicos para Brasil” y la construcción de mitos: una lectura bartheana

Giovanni Gurgel Aciole ^(a)

(a) Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos. Grupo Quíron, Campus São Carlos. Rodovia Washington Luiz, SP 310, KM 235, S/N. Monjolinho. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. gescufscar@gmail.com

El objetivo del proyecto “Más Médicos para Brasil” (PMMB) es proporcionar recursos humanos para el Sistema Brasileño de Salud, por medio de la mejora de la infraestructura de la red de salud, de la ampliación de las reformas educativas de los cursos de Medicina y residencia médica y de la provisión de médicos para áreas vulnerables. La implantación del proyecto enfrentó reacciones contrarias a la propuesta, envolviendo principalmente a las instituciones médicas do país. Inspirados en el concepto de mito, realizamos una lectura de los discursos con que el Consejo Federal de Medicina sostuvo el debate, por medio del análisis del *Jornal Medicina* durante los primeros 24 meses de introducción del PMMB. El mito es un factor revelador de como las prácticas discursivas introducen en el imaginario colectivo alegorías que demarcan espacios ideológicos y permite analizar el proceso de disputa social y de las condiciones históricas de formulación e implantación de un programa gubernamental.

Palabras clave: Políticas. Planificación y administración en salud. Programas gubernamentales. Planes gubernamentales de Salud. Atención Primaria a la Salud. Sistema Brasileño de Salud.

Introducción

La asignación y la fijación de profesionales de salud es un elemento de iniquidad social, penalizando a poblaciones que pasan a estar 'destinadas' a no tener acceso a los servicios de salud y constituye un obstáculo para el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países afectados¹⁻³. Actualmente, más de 400 municipios

brasileños no tienen médicos, haciendo que ese hecho sea un problema prioritario para la gestión del Sistema Brasileño de Salud (SUS). Un estudio del Instituto de Investigaciones Económicas Aplicadas (IPEA), realizado en 2011, reveló la percepción de la población en relación a la escasez de profesionales médicos: el 58,1% de los 2.773 entrevistados dijeron que la falta de médicos es el principal problema del SUS⁴.

Las tentativas de ordenación de esa área consideran la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) capaz de ampliar la capacidad de resolución y de causar un impacto sobre la situación de salud de las personas y de las colectividades, mediante la reorientación del modelo asistencial⁴, pero todavía no han sido capaces de responder a los desafíos planteados y todavía existe el hiato para incorporarlos en la acción política efectiva^{4,5-7}. Uno de los puntos críticos para la ESF son los vacíos asistenciales, locales que no consiguen proporcionar proveer ni fijar profesionales de salud en la atención básica, en especial médicos, y que no aseguran el acceso a los servicios básicos de salud por parte de la población⁸⁻¹¹. La rotación de profesionales, principalmente médicos, se plantea como un obstáculo para el desarrollo de la atención integral de la salud¹², lo que aumenta la necesidad de acciones en el ámbito de la gestión del trabajo y de la educación en salud¹³.

Movilizado por esta cuestión, en 2013, el gobierno federal instituyó el programa "Más Médicos para Brasil" (PMMB), con la finalidad de designar médicos para los vacíos asistenciales y enfrentar los problemas de acceso de la población vulnerable a las acciones y servicios de salud con calidad. Tres años después, es necesario indagar su dimensión simbólica, es decir, en qué medida afectó/ ha afectado el imaginario social y cultural y lo que agregó para las acciones en la atención básica y consecuentemente para el SUS, especialmente en uno de sus enfoques más agudos: la producción del acceso/acogida a poblaciones desasistidas. La intención de este artículo es subrayar las razones y motivaciones lógico-discursivas en el debate inicial de implantación y la mitología que alimentaron alrededor de ese proyecto y por su causa.

Notas sobre el concepto de mito

Utilizamos el concepto de mito, formulado por Roland Barthes¹⁴. El mito es un discurso alegórico o una narrativa legendaria, el medio para un fin, la imposición de una ideología, una visión de clase, de una visión parcial de mundo que se pretende universalizar. El mito es un sistema de comunicación, un mensaje. Puede ser un objeto, un concepto o una idea: es una forma de significación, una forma que puede asumir diversos aspectos: texto, imagen, fotografía, espectáculo, publicidad. El mito es un mensaje y todas las formas que puede asumir son de apoyo a la forma mítica. El mito no puede definirse ni por su objeto ni por su materia, puesto que cualquier materia puede dotarse de significado de forma arbitraria. Una flecha presentada para significar una provocación también es un diálogo, una fotografía será considerada exactamente un diálogo como un artículo de periódico. La imagen y la escritura, no obstante, no solicitan el mismo tipo de conciencia y la propia imagen mantiene diversos modos de lectura. Una imagen puede transformarse en escritura y viceversa a partir del momento en que es significativa; no obstante, en la forma escrita, exige léxis, es decir, concatenar un discurso racional y lógico, de nexos y significados. Por lo tanto, se entenderá como lenguaje el discurso, el diálogo etc., cualquier unidad o cualquier síntesis significativa.

El mito es un valor, no tiene la verdad como sanción: nada le impide ser una coartada perpetua: el sentido existe siempre para presentar la forma, la forma existe siempre para distanciar el sentido. El mito tiene que ser, simultáneamente, invisible y natural, porque su identificación siempre señalaría un intento de manipulación. El mito no es ni mentira ni confesión: es una distorsión. No interesa la interdicción, sino la exposición. Y lo que es más importante: el mito necesita fraseología y en ella los slogans tienen un papel insubstituible. La frase hecha ayuda a captar y justificar el mundo de una forma mucho más simple, permitiendo una constatación inmediata y sin mayores reflexiones.

El mito naturaliza la historia y enyesa el mundo para impedir la transformación. Por lo tanto, permite un uso conservador del status quo. Es allí donde resulta esencial: bien alimentado, lucido, expansivo, hablador, se inventa continuamente. Se apodera

de todo: justicias, morales, estéticas, diplomacias, artes domésticos, literatura, espectáculos. En fin, el mito y la ideología son parientes próximos: se entrelazan, se confunden y son categorías que no se pueden contornar para desenmascarar el proceso de legitimización de la sociedad burguesa. El mito es producto de una clase social dominante que acaba siendo incorporado por los miembros de la clase dominada, incluso cuando va contra sus propios intereses. Producir esa aceptación, por la naturalización, es su función. Naturalizar la historia es hacer que los individuos acepten los hechos sociales como naturales para eclipsar el papel de la historia y de sus implicaciones sociales.

Una forma de analizar los discursos es ver en ellos la mitología que transportan. Un libro, un artículo, una película, una fotografía, una imagen son vehículos de mitos dependiendo del concepto en que son vistos o leídos y de los usos que pueden obtener de acuerdo con quien los utiliza.

Existe, sin embargo, un lenguaje que no es mítico, que es el lenguaje del hombre productor, es decir, el lenguaje del hombre que actúa para la transformación de lo real y no para conservarlo: siempre que él asocia su lenguaje a la producción de las cosas, el metalenguaje se reenvía para un lenguaje objeto y el mito pasa a ser imposible. Por medio de él puede trazarse la disputa por la realización plena de la política. En lo que se refiere a esta, la definición semiológica del mito se completa en la sociedad burguesa, porque en ella el mito es un diálogo despolitizado. Si el mito es un diálogo despolitizado, existe por lo menos un diálogo que se opone al mito: aquel que permanece siendo política, es decir, el que no naturaliza la historia ni la coagula en la inmovilidad temporal.

La retórica de los mitos constituye un conjunto de figuras fijas, establecidas, insistentes, en las cuales se encajan las formas de los significantes, es decir: la vacuna, con la cual se inmuniza el imaginario colectivo por la inoculación de un mal reconocido y defendido contra el riesgo de una subversión generalizada; la omisión de la historia, por medio de la cual ella se evapora, desaparece silenciosamente y podemos beneficiarnos de ella sin los cuestionamientos sobre su origen que solamente puede provenir de la eternidad, inaccesible al actuar responsable de los

hombres; la identificación, por la cual el otro se reduce al mismo. Los espectáculos, los tribunales, locales en donde puede ocurrir la exposición del otro se transforman en espejos; la tautología que consiste en definir lo mismo por lo mismo, es un refugio para quien no encuentra una explicación y fundamenta un mundo muerto, un mundo inmóvil, el ninismo, que consiste en colocar dos contrarios y equilibrar al uno con el otro, de tal forma que sea posible rechazar los dos (no quiero ni esto ni aquello), la cuantificación de la calidad, que al reducir toda calidad a una cantidad, hace que el mito sea económico en lo que se refiere a la inteligencia: incluye lo real por un precio reducido¹⁴.

Como lectores de mitos, realizamos su exploración en las ediciones del Jornal Medicina, portavoz de las posiciones del Consejo Federal de Medicina (CFM): autarquía federal de reglamentación de la práctica profesional a la cual todos los médicos deben vincularse obligatoriamente para registro, diferentemente de las demás organizaciones (sindicatos y asociaciones de especialidades) cuyo vínculo es opcional. El CFM envía su boletín mensualmente al ejército de profesionales registrados en el país. Con el objetivo de captar las manifestaciones oficiales, elegimos las secciones “Editorial”, “Mensaje del Presidente” y el artículo de portada de la edición mensual. Los resultados se presentan a continuación en un acompañamiento del desarrollo de la acción gubernamental a las manifestaciones oficiales del Consejo.

La acción del gobierno

El PMMB inaugura una acción gubernamental que conjuga esfuerzos inauditos de cambio y transformación de lo existente. Los objetivos de este proyecto son: disminuir la carencia de médicos en las regiones prioritarias para el SUS, fortalecer la prestación de servicios en la atención básica en salud en el país, perfeccionar la formación médica en el país y proporcionar mayor experiencia en el campo de práctica médica durante el proceso de formación, ampliar la inserción del médico en formación en las unidades de atención del SUS, desarrollando su conocimiento sobre la realidad de la salud de la población brasileña, fortalecer la política de educación permanente

con la integración enseñanza–servicio, por medio de la actuación de las instituciones de educación superior en la supervisión académica de las actividades desempeñadas por los médicos, promover el intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales de la salud brasileños y médicos formados en instituciones extranjeras, perfeccionar médicos para la actuación en las políticas públicas de salud en el país y en la organización y funcionamiento del SUS e incentivar la realización de investigaciones aplicadas al SUS¹⁵.

La propuesta de provisión y fijación de profesionales de salud combinada con medidas de apoyo tutorial y formación para el SUS resulta en una configuración en donde se entrelazan cuestiones referentes a la formación, gestión y a la regulación del trabajo y de los trabajadores de la salud, especialmente a partir del avance de la ESF que trajo consigo innumerables desafíos para ese campo, tales como el descompás entre la enseñanza y las necesidades de la Atención Básica. Aquí ya se puede señalar una de las líneas maestras con las que los mitologistas reaccionarán a la propuesta gubernamental. De lo que se trata es de crear al mismo tiempo una convulsión en los territorios pacificados por los que transitaban, hasta entonces, arreglos confortables de intereses de las agendas que envuelven la educación médica en el país.

En buena medida, la disparidad regional en la distribución de puestos de trabajo en la atención básica en todo el país se sostiene en el contexto del desarrollo macroeconómico en que ya surgía un escenario de crisis todavía con pocos reflejos sobre la capacidad de empleo y protección del mismo para la categoría médica. Se trataba de unir a un proceso de aumento económico y reducción de las desigualdades regionales los avances en políticas sociales, tales como acceso a la salud y servicios. Estos dos ejes argumentativos muestran la estrategia de enfrentamiento de la pauta abrazada por las entidades médicas en dirección opuesta, es decir, la de que no faltaban médicos en el país, como podremos constatar más adelante.

Ante este mito, repetido hace década por las entidades médicas, el gobierno demuestra el cuidado de buscar informaciones y datos comparativos para contornar o contradecir las posiciones difundidas por las entidades médicas. Sin embargo, la estrategia era más compleja: mostraba que en un contexto de índices mínimos de

desempleo y con la economía fortalecida, si no se podía hablar sobre desempleo médico, la existencia de claros contingentes de puestos de trabajo en todas las regiones del país y aún más en regiones carentes tales como el semi-árido nordestino y la Amazonía legal desarmaba cabalmente la tesis de la suficiencia de médico. No solo estaban mal distribuidos en todo el país, sino que eran insuficientes o se ausentaban y no llenaban los puestos de trabajo. El gobierno trato de capilarizar el discurso en diversos públicos, no solo los político/institucionales como gestores y sus asociaciones, alcaldes y sus asociaciones, sino también el público académico, llevando también el debate al interior de las universidades.

Otra estrategia fue la inserción de la propuesta de emergencia como parte de un conjunto de acciones gubernamentales que estructuraban la política de provisión y fijación de médicos en un abanico que incluía la distribución y la asignación, pasaba por la cuestión de la infraestructura por medio de diversas líneas de fomento y mejora de la calidad de la atención básica y seguía en dirección de la transformación en la formación para el SUS. Se estructuraba un conjunto de políticas que proporcionaba al PMMB una robustez en la que se destaca el ampliar la formación de médicos en el país y la apertura de nuevas escuelas médicas, dirigidas conforme prioridades regionales. En 2012, un programa enfocado en la expansión de plazas de la enseñanza médica en las instituciones federales de enseñanza superior (IFES), estableció la meta de creación de 1615 plazas en cursos de Medicina existentes o nuevos cursos en las universidades federales, durante los años 2013 y 2014¹⁶. Para la creación de los nuevos cursos se propuso un proyecto de creación de residencia médica en los mismos locales de los nuevos cursos, como forma de apoyo. En el momento de la redacción de este artículo, está en curso el proceso de autorización de las nuevas plazas y la relación de ciudades y regiones incluidas parece que atiende lo dispuesto en la intención gubernamental.

La mitología en el discurso de la principal entidad médica

La organización de la corporación médica en Brasil la convierte en una corporación especial en las profesiones de origen liberal, de gran reconocimiento en el

tejido social, perteneciente a las elites y con una imagen cultural asociada a la producción científica, técnica y académica. Teniendo como perspectiva de trabajo la producción de un cierto modo de cuidar de la vida y de la salud del ser humano, ha ocupado un lugar central en la organización del proceso de trabajo en salud, dentro de los procesos de producción de la asistencia a la enfermedad y de la protección a la salud. Para nuestros fines y propósitos consideramos como voz de las posiciones de los médicos el Consejo Federal de Medicina, especialmente por ser la autarquía federal de reglamentación de la práctica profesional a la que todos los médicos deben vincularse obligatoriamente para su registro.

Una manifestación reiterativa de la entidad, en ediciones de marzo, abril, junio a agosto, noviembre y diciembre de 2013, enero, marzo a junio de 2014 y febrero, abril, mayo, agosto y noviembre de 2015, es la denuncia de la incompetencia del gobierno, de la crisis en la salud, expresada en el caos de los hospitales públicos, en la falta de caso a la estructura, en el cierre de lechos y en la insuficiencia de recursos. Un discurso monotemático que mitifica la cuestión del proceso social de construcción del SUS y naturaliza su situación real en términos de los mitos de caos, crisis, incompetencia, sub-financiación y falta de recursos e infraestructura para el trabajo médico. El mito se construye afirmando que

[...] continúan faltando lechos, materiales, equipos y medicamentos a tal punto que la mayoría de los médicos brasileños contratados para el programa desistió ya en su primer día de trabajo [...]. Frecuentemente, un estetoscopio y una lapicera eran los únicos equipos de los que disponían para salvar vidas¹⁷.

Además, existe la denuncia de un gobierno inoperante e inicuo, injusto con los médicos, que está desde hace diez años en el poder (estamos en 2013) y

[...] cerró más de 40 mil lechos hospitalarios, 280 hospitales y 47 mil plazas en unidades básicas, convirtiendo a la salud pública brasileña en un ejemplo de poco caso y mala gestión". [Como si eso no bastara] [...] ahora apunta el

dedo acusador para los médicos e instituciones que los representan, diciendo que están contra la salud del pueblo [...] en un momento en que en todo el país se clama por servicios públicos decentes, impuestos que no sean extorsivos y por el fin de la impunidad para los corruptos¹⁷.

El tema vuelve a surgir en la edición del lanzamiento de la MP que instituía la provisión de plazas para médicos. Alegando base científica para enfrentar la posición del gobierno, el periódico da publicidad al estudio “Demografía médica en Brasil 2: escenario e indicadores de distribución”¹⁸ que permitía reconocer la existencia de las mismas disparidades regionales identificadas por el gobierno, pero que la recortaba de acuerdo con los intereses ideológicos subyacentes. El título del artículo no deja lugar a dudas: “Distribución desigual alcanza al SUS y regiones con peores indicadores”¹⁸. Discurso generalizador y opaco que mezcla cuestiones sectoriales con macroeconómicas y fiscales sin argumentar directamente con el diagnóstico y las justificativas gubernamentales.

Ante la insistencia del gobierno en la importación de médicos, el boletín continúa haciendo eco a lo que denominó de intereses 'inmediatistas' para el SUS¹⁹. Aunque declara que no está contra la medida de importación de los médicos, insistía en que se sometiesen a la revalidación de sus diplomas y cuestionaba si los médicos provenientes de otras realidades reunirían condiciones en términos de conocimiento y habilidades técnicas para trabajar en locales precarios, sin infraestructura de insumos y equipos adecuada y pregunta cómo asegurarían a sus pacientes el acceso a exámenes y conductas necesarios, por estar distantes de los centros de grande y medio porte. Hace surgir el mito de la calificación y de la precariedad material del SUS, siempre situando ideológicamente al SUS en los rincones de la precariedad, de la falta y de la insuficiencia. También es taxativo: no faltan médicos y no precisamos importar ninguno, ni tampoco abrir escuelas. Los datos técnicos rechazan las falacias del gobierno, incapaz de implantar medidas de mediano y largo plazo para evitar la migración interna y el tropismo médico de avecindarse en las regiones centrales y más ricas del país.

No solo no había falta de médicos como los teníamos en exceso, fue lo que

descubrimos en la edición que expresó la preocupación con la 'falta' de criterios para la entrada de médicos extranjeros en el país, siempre en nombre de que el principal perjudicado sería el SUS. Además, se señalaban contradicciones en la acción gubernamental que autorizaba la apertura de nuevas plazas de medicina en regiones sin ningún criterio, o reconocidamente sin necesidad urgente. A la acción planificadora se confronta el mito de la inexistencia de criterios¹⁹.

En la edición siguiente²⁰ hace eco la movilización de la categoría en defensa del SUS, ampliamente alimentada por los slogans de que no necesitamos más médicos, ya tenemos demasiadas escuelas y lo que falta es calidad. La apelación nuevamente es directa: la responsabilidad por los males de la salud no puede transferirse a los médicos, sino a la falta de financiación del sector y a la ausencia de una política de Estado en la asistencia de la salud, capaz de distribuir y valorizar a los profesionales del área. Nuevamente se mitifican los males de gestión e insuficiencias de financiación. Ninguna cuestión relativa a la distribución de los profesionales o a su asignación regional entra en la ecuación de los problemas del SUS, con la excepción realizada por el boletín de que la movilización pretendió discutir los criterios para la entrada de los médicos extranjeros para trabajar en Brasil y sensibilizar a los parlamentarios para la creación de la carrera médica de estado como leitmotiv que llevó a casi 500 médicos y académicos a Brasilia o, más exactamente, a los salones y auditorios del poder legislativo.

Una inflexión de la entidad médica con relación al PMMB fue presentar una propuesta alternativa que denominó de programa de interiorización. Combinando salvedades interesantes al proceso de asignación, nuevamente sin acatar su carácter de excepcionalidad, ataca puntos esenciales de lo que sería una acción houdiniana del gobierno: nuestro bajo estándar de financiación del SUS, nuestra precaria infraestructura de los servicios públicos y la inexistencia de una validación previa de los diplomas de los 'importados'²¹.

Aunque todavía presente cuestiones que reclamen un tratamiento más profundo, el posicionamiento y la narrativa política de la entidad solamente hicieron efectivo el simplismo de reclamar más fondos para la salud, criticar la precariedad de

la infraestructura existente en los rincones más distantes del país y, especialmente, estar contra la entrada de médicos extranjeros sin la revalidación de sus diplomas. Entonces se lanza otro mito: no estamos contra la llegada de médicos, estamos contra la forma como lo está haciendo el gobierno²², puesto que las entidades médicas nada tienen de corporativistas o xenóforas. Serán bienvenidos todos los médicos extranjeros graduados en otros países, desde que prueben en exámenes del nivel del actual Reválida (creado por el propio gobierno en 2010) que están a la altura de lo necesario.

Las razones en defensa del examen son mitológicamente ilustrativas. En Brasil, no hay medio médico. Quien estudia medicina tiene que resolver los desafíos en todos los niveles de complejidad: desde una diarrea hasta un procedimiento de emergencia. Pero, ¿qué sucede cuando la mayoría prefiere tratar las emergencias en las Unidades de Terapia Intensiva y no las diarreas en los rincones? Traer médicos que solamente realizarán consultas en ambulatorios de salud es, como mínimo, un paliativo.

¿Qué sucede en esos rincones si el Sr. Juan tiene una crisis aguda de apendicitis? ¿El alcalde y el médico del ambulatorio lo pondrán en una ambulancia rumbo al municipio vecino? Ese embuste tiene un nombre: pseudo-asistencia. Y quien concuerda en formar parte de ese engodo es un pseudo-médico²².

La próxima acción del gobierno fue editar una MB que creó un régimen especial de registro y autorización de la práctica médica para el Ministerio de la Salud, limitado al alcance de las prácticas asistenciales incluidas en el PMMB. La respuesta del CFM no se hizo esperar y ocupó las calles bajo la forma de protestas en marchas, actos y manifestaciones. Los motivos declarados son expresivos: la entidad no acepta la decisión del gobierno y se coloca contra el régimen especial. Las apelaciones son evidentes y las protestas en todo el país no dejaron lugar a dudas. En la primera semana de julio el país se vistió de blanco y millares de médicos, profesores, residentes y estudiantes de medicina salieron a la calle para protestar contra la decisión del gobierno federal de promover la importación de médicos graduados en el

exterior sin la debida aprobación dada por el Reválida en sus moldes actuales²³.

Un país vestido de blanco salió a la calle para decirle al gobierno que él no escucha los anhelos de la salud de su pueblo. Es difícil encontrar una imagen mítica mejor y aún agregó los apoyos institucionales y simbólicos de abogados y odontólogos y se asistió a la aprobación por parte del Congreso, después de once largos años de tramitación, de la Ley que instituye el Acto Médico, medida corporativa de defensa del mercado para la categoría²⁴ y que pasa a depender de la sanción presidencial, exactamente de la presidente cuestionada por los propios médicos de no respetarlos y de masacrarlos ante la población brasileña.

Esta tensión se expresa en un editorial firmado en conjunto por varias entidades representativas de los médicos, afectadas por las propuestas de apertura de nuevas plazas de graduación en medicina y alteraciones en la oferta y distribución de plazas para las residencias médicas en todo el territorio nacional. Por esa razón, un Comité Nacional de Movilización de las Entidades Médicas reunió al CFM, la Asociación Médica Brasileña (AMB), a la Asociación Nacional de los Médicos Residentes (ANMR), a la Federación Nacional de los Médicos (FENAM) de los sindicatos de la categoría y la Federación Brasileña de Academias de Medicina (FBAM) representativa de las Academias Médicas de los Estados. En todo el boletín se repiten las mismas posiciones: es preciso enfrentar al gobierno y resistir contra sus medidas discriminatorias²⁵.

De esta vez, se mitifican los médicos como víctimas y se los invita a solidarizarse con una ideologización obvia, la de que el gobierno los marginaliza, puesto que

[...] pasó a ser práctica en el mundo político la marginalización de médicos, prestadores de servicios y pacientes”. [En este contexto, la propuesta significaba] “un ladrillo retirado de los cimientos de la democracia y de la universalización de la salud, un ataque frontal a la Constitución y parte de la estrategia de crear dos tipos de medicina en el país.

Según este nuevo mito, las clases más favorecidas continuarían recibiendo

atención en una red de excelencia, con médicos bien entrenados, equipos de vanguardia y estructura de primer mundo. La población más carente, por lo tanto más vulnerable, se vería condenada a una farsa de asistencia prestada por profesionales formados en el exterior sin comprobación de capacidad, por residentes sin preceptoría adecuada, en localidades sin estructura para la atención. La simbología del discurso también está en la imagen amenazadora de un país dividido de acuerdo con dos tipos de medicina; una urbana y metropolitana, con médicos capaces y bien entrenados, tecnología de vanguardia y estructura adecuada; otra, de los rincones carentes, del pueblo vulnerable, sufrido y receptor de una asistencia precaria, una farsa de atención, sin calidad, sin tecnología, sin infraestructura, con médicos poco capaces o inhabilitados.

El enfrentamiento, para los efectos de la MP 621, continúa con diagnósticos de lo que considera la falta de caso del gobierno en relación a la salud y alertas a la población para los riesgos de la atención por parte de médicos sin calificación, atendiendo en lugares sin condiciones mínimas de trabajo y de asistencia. Bajo la sencillez de un título editorial que pregona de 'solamente la verdad', continuarán los artículos contra las medidas gubernamentales, pero subrayando que ninguna entidad médica está contra las medidas de calificación e inversión en la salud, exceptuándose la pretendida intención del gobierno de hacer lo que la MP enumera y autoriza, muy por el contrario, todas ellas defienden la oferta de condiciones de trabajo y de empleo dignas, que beneficien a pacientes, profesionales y gestores. En realidad, el PMMB falla al ofrecer una solución rasa, de efecto dudoso y que va contra la legislación: fragilidades que hay que corregir para que regrese a las vías del sentido común y de la legalidad²⁶.

En septiembre, el boletín presenta noticias del movimiento y de los 'acuerdos' negociados con los parlamentarios, para reducir los perjuicios para la medicina. Enfatizando que negociar no es ofrecer apoyo, discurre por la defensa de la recuperación de la tradición humanista que siempre había norteado la profesión. Teje peroraciones sobre la naturaleza política de la entidad y sus límites, en una elucidación de la misión institucional de los órganos, creados por la Ley 3.268/57, para defender

el buen ejercicio ético de la profesión y actuar firmemente en defensa de la atención de calidad para la sociedad, puesto que

[...] estas misiones constituyen el cerne de sus actuaciones que vienen ejerciéndose por medio de las resoluciones emitidas, de las acciones de fiscalización, de los procesos en la esfera de la judicatura y también por el debate político. [En realidad] [...] los consejos hacen política, sí, pero en lo que tal término tiene de más noble, es decir, en la definición de estrategias, participación en debates y en la toma de decisiones en búsqueda de ganancias efectivas para el colectivo.²⁷

Sintiéndose amenazado por el PMMB, el Consejo alinea otros mitos en su salvedad: el alto espíritu público y la defensa del interés colectivo que lleva en el alma. ¿Qué colectivo?, cabría preguntar. Sobre eso el texto no es aclarador. Solamente subraya que no se trata de “defensa corporativa, o sindical, o asociativa o para los intereses específicos de la categoría, excepto cuando los temas en discusión tienen una repercusión indiscutible en la actuación profesional y en las condiciones de asistencia como un todo”²⁷.

Como deben circular a la búsqueda del diálogo, del consenso, de la armonización de los diferentes intereses existentes en la sociedad en pro de la salud y de la medicina, no se puede “olvidar que esas entidades son autarquías públicas, es decir, son brazos del Estado en el campo de la actuación profesional, pero no gobierno”²⁷. Explicadas las razones por las cuales fueron a negociar con el gobierno, se señala al final cuáles fueron las consecuencias beneficiosas de esta actuación negociadora habida entre los diferentes brazos del estado: abrir espacios para escuchar e intervenir en la legislación en discusión en el congreso²⁷.

La tregua en el diálogo con el brazo ‘izquierdo’ del estado y la crítica constructiva surgirían rápidamente, cuando el boletín denuncia la sub-financiación del SUS que en 10 años había dejado de recibir la expresiva cifra de 94 mil millones. Nuevamente, colocando la cuenta sobre las espaldas de los gobiernos responsables por el PMMB, el boletín vuelve a relacionar los gastos en salud con la calidad de la

atención médica en el país y en ese sentido el texto es indiscutible sobre las posiciones de la entidad:

“La falta de financiación en la salud ha comprometido el pleno ejercicio de la medicina y, por consiguiente, la atención efectiva a los pacientes. Por eso, les cabe a los consejos de medicina cuidar y luchar por la corrección de esta falla, por medio del acompañamiento del presupuesto de la Salud, para medir el impacto de tal falta de caso en la calidad de la asistencia. [...] sin inversiones no hay como ofrecer la infraestructura y los insumos fundamentales para que los médicos que actúan en el Sistema Único de Salud (SUS) puedan ayudar a la población. [...] Se impide que los pacientes tengan acceso a los servicios necesarios para realizar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de sus enfermedades, así como a lechos, exámenes y consultas²⁸.

En noviembre, el movimiento de las entidades las llevó a los gabinetes de los jueces superiores para justificar las 'ilegalidades' de la MP 621. Como autarquías públicas especiales, cabe a los consejos de medicina actuar en defensa del buen ejercicio profesional, asegurando condiciones para la actuación de los médicos y de la oferta de asistencia de calidad para la población. Por eso y con base en el artículo 2º de la Ley 3.268/57, sobre esta misión, “(...) presentamos a los lectores la cobertura de la audiencia pública en el Supremo Tribunal Federal (STF) que analizó diferentes aspectos relacionados al programa Más Médicos”²⁹, en que acusan al gobierno de irresponsabilidad. Además de esta crítica técnica, se destaca la lectura jurídica realizada por el representante del Ministerio Público del Trabajo: se trata de una acción cribada de ilegalidades²⁹.

No obstante, la “ilegalidad” fue aprobada en el Congreso y se transformó en ley. Ante este hecho, el CFM abre otro frente de disputa: la cuestión laboral envuelta, acusando al gobierno de ilegalidades y de afrontar la estructura de protección laboral. La entidad acusa al gobierno de santificar a los médicos del programa y de satanizar la profesión brasileña, cuando los médicos importados (en su mayoría cubanos) nada

más serían que esclavos, o casi eso, sometidos a un régimen de trabajo que los encadena a la explotación y a la precarización de vínculos laborales. Inocentes útiles a servicio del traspaso de miles de millones de reais para marketing y propaganda gubernamental, agentes del populismo más bisoño, postergando la adopción de soluciones más efectivas como la carrera de estado, profesionalización de la gestión de la salud y, claro, el aporte de más recursos financieros. Pleno de función despolutizadora, tanto cuanto ideológica, el mito se completa en las imágenes que atravesaron el país de médicos cubanos siendo insultados, menospreciados y agredidos verbalmente en su desembarque en el país, durante las siguientes semanas, por parte de médicos brasileños.

Mientras tanto, el boletín continúa afirmando que los médicos brasileños son los verdaderos agraviados en la cuestión, sufriendo agresiones gratuitas a una categoría corresponsable por los avances alcanzados en el país en el campo de la salud pública, por medio del Sistema Único de Salud (SUS): modelo tributario de la dedicación de millares de colegas que practican la medicina en lugares en los que falta todo. El boletín de la entidad remata: Al adoptar esta injusticia, el gobierno hace marketing, aprovechándose de la fragilidad de la población. Omitiéndose en soluciones reales, crea un programa “de fantasía” y carga sobre los médicos la responsabilidad por su propio fracaso, para solucionar cuestiones que podrían subsanarse con otras medidas, como más recursos, profesionalización de la gestión y creación de la carrera de estado para médicos y profesionales del SUS.

[...] Se habla mucho y se hace poco y los abusos continúan: fondos puestos a disposición se devuelven a los cofres del gobierno federal porque no se gastaron y en lugar de modernizar la gestión del sistema se apuesta por medidas mediáticas, tales como el programa Más Médicos.²⁸.

A pesar de la anunciada propensión a la lucha sin fin (“entendemos que el embate alrededor de este programa todavía está lejos de terminar”²⁸), con la paulatina asignación de médicos en las áreas prioritarias y el planteamiento jurídico y político de las principales peticiones o polémicas y considerando que la sociedad se mostró

insensible a estos efectos (“la sociedad mostrará que, al contrario de lo que afirman las encuestas tendenciosas, el marketing no tiene el poder de influir sobre decisiones tomadas por el voto”²⁸), el tema sufre un desplazamiento y pierde presencia mensual, dejando de aparecer en las secciones analizadas. Todavía está presente en las ediciones de marzo, junio, agosto a noviembre de 2014 y en algún mes de 2015, con la misma mítica que asocia al programa imágenes como las presentadas, pero sin el mismo destaque.

El PMMB obtuvo amplia aceptación popular; la entidad pasó por elecciones nacionales y por la composición de un nuevo cuerpo directivo para el quinquenio 2015–2019; y el tema surge en momentos muy especiales, hechos para acompañar denuncias puntuales de uno u otro episodio del proyecto. La pauta informativa de la entidad permanece enfocada en los objetos míticos que la han sostenido como las amenazas provenientes de las prácticas de los seguros de salud, el aumento de las exigencias del mercado y las iniciativas de las especialidades en su actuación política cotidiana.

Consideraciones finales

Transcurridos tres años del PMMB, la efervescencia política dio lugar a la normalidad perceptible en la desaparición de esta pauta en la prensa en general y de la entidad médica cuyo boletín examinamos. Fruto de las circunstancias, del momento histórico y de los procesos que movilizó. Principalmente, fruto de las mitologías cuya producción disparó. De la acción gubernamental, su gran mérito es la actuación reformadora. Por primera vez en muchos años, el gobierno enfrentó el status quo de que puede tratar de cuestiones tales como promoción de la salud, prevención de agravios, pero dejar la oferta y la provisión de médicos al sabor de los intereses de ellos mismos. Al enfrentar esta dimensión de la lucha mítico-política, el gobierno demostró que el Estado puede hacer mucho más en relación a organizar/desorganizar el ‘sistema’ que todos los mercados reunidos. Esta actuación desnudó la cuestión de la representación corporativa de los médicos y su agenda política con la sociedad, o

con la parte de la sociedad en la que se enfoca prioritariamente.

El PMMB moviliza cuestiones tales como saber si la solución del SUS pasa por la adopción de la carrera de estado, si la consolidación de la atención primaria como vector del cambio de modelo asistencial está a punto de hacer surgir sus potenciales efectivos de acción, si la apuesta por la centralidad de la intervención por la provisión y fijación de médicos no es una equivocación conceptual y una acción reforzadora de la centralidad médica como instrumento de cambio en las prácticas de salud y qué hacer en términos concretos para no excluir u 'olvidarse' de incluir a las demás categorías profesionales tan importantes y fundamentales para la obtención de otro objeto mítico que es la integralidad²⁹. ¡Hay más cuestiones en abierto!

En lo que se refiere al boletín del CFM, la mención del proyecto fue perdiendo el destaque de portada y de artículos de portada, cediendo lugar a un 'silencio' editorial. El análisis no permitió la identificación de factores o hipótesis explicativos, exceptuándose la hipótesis de que la pérdida de centralidad editorial y de portada hubiera ocurrido como razón directa de la consolidación del proyecto y su amplia aceptación política y social. También merece mención el cambio de dirección habido a finales de 2014, que debe haber brindado otra pauta política a la acción de comunicación de la entidad.

La acción reformadora del PMMB parece irreversible y ha obligado a nuevas semiologías y praxis, tanto de los gobiernos sucesivos como de las instituciones y organizaciones directamente afectadas por la acción gubernamental, entre ellas la de los médicos brasileños, pero no se trata tan solo de eso. Es necesario oír a aquellos que todavía no tuvieron la oportunidad de que su voz fuera escuchada: los otros profesionales, los gestores municipales y, principalmente, los usuarios beneficiados directa o indirectamente por el acceso promovido por el proyecto.

¡Todavía quedan muchos mitos por surgir, revelar y disputar!

Referencias

1. Garcia ACP. Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política. [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010 [citado 8 Ago 2013]. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/2_5_2013__0_Gestao_trabalho.pdf

2. Roas AC. Experimentos de escolha discreta sobre provimento e fixação de recursos humanos em saúde. [Internet]. In: Anais da 6ª Jornada Nacional de Economia da Saúde; 2012; Brasília. Brasília: Associação Brasileira de Economia da Saúde; 2012 [citado 8 Ago 2013]. Disponível em: http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/poster_21_0.pdf
3. Viana ALD, Dal Poz M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 1998; 8(2):11–48.
4. 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: SGETS/MS; 2012.
5. Dal Poz M. Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal. [tese] Rio de Janeiro: UERJ; 1996.
6. Pierantoni CR, França T, Garcia AC, Santos MR, Varella TC, Matsumoto KS. Gestão do trabalho e da educação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ObservaRH; 2012.
7. Abreu WLJ, Assis M. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saude Colet*. 2012; 17(11):2865–75.
8. Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012–2015. Brasília: MS; 2011.
10. Cruz MM, Santos EM. Políticas de saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz; 2007.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007.
12. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
13. Pierantoni CR. Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas [tese] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. [citado 8 Ago 2013]. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_6_2013__0_Reformas_da_saude.pdf
14. Barthes R. Mitologias. Tradução de Rita Buongiorno. 4a ed. Rio de Janeiro: Difel; 2009.
15. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Ministério do Planejamento. Exposição de motivo 00024/2013 sobre a Medida Provisória 621 [Internet]. Brasília; 2014 [citado 8 Ago 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm
16. Ministério da Educação (BR). Propostas de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. Diário Oficial de União. 27 Mar 2012.

17. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 216. Jan 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-3d779cae2d46cf6a8a99a35ba4167977.pdf
18. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 217. Fev 2013. Acesso em mar 2015. Disponível em <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=217&edicao=1335>.
19. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 219. Abr 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-11c484ea9305ea4c7bb6b2e6d570d466.pdf
20. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 220. Mai 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-231141b34c82aa95e48810a9d1b33a79.pdf
21. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 222. Jul 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-b60c5ab647a27045b462934977ccad9a.pdf
22. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 223. Ago 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-d8d31bd778da8bdd536187c36e48892b.pdf
23. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 224. Set 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-ecd62de20ea67e1c2d933d311b08178a.pdf
24. Aciole GG. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(1):47-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000100008>
25. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 225. Out 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-f542eae1949358e25d8bfeefe5b199f1.pdf.
26. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 226. Nov 2013. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-49ad23d1ec9fa4bd8d77d02681df5cfa.pdf.
27. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 229. Fev 2014. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-4d8556695c262ab91ff51a943fdd6058.pdf.
28. *Jornal Medicina*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. n. 234. Jul 2014. [internet] Acesso em mar 2015. Disponível em http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-a554f89dd61cabd2ff833d3468e2008a.pdf .
29. Aciole GG. Depois da reforma: contribuição à crítica da Saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.

Translated by Maria Carbajal