

El Programa Más Médicos en Brasil bajo la óptica del ciclo de las políticas públicas: argumentos para debate a partir del análisis de Heider Pinto y colegas

Tiago Correia^(a)

<tiago.correia@iscte-iul.pt> 

^(a) Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Avenida das Forças Armadas, 1649-026. Lisboa, Portugal.

El artículo de Heider Pinto y colegas¹ brinda elementos para debate que merecen discutirse bajo la óptica del ciclo de las políticas públicas. Por lo tanto, aunque los autores expresen su estatuto comprometido con la política que proponen analizar, su reflexión tiene relevancia para el debate académico *per se* y para informar la acción gubernativa futura.

El artículo muestra hasta qué punto la decisión política es un proceso regido por circunstancias. Hablar sobre proceso remite al entendimiento de los diferentes ciclos de las políticas públicas: emergencia y colocación en la agenda del problema y formulación, implementación y evaluación de las políticas². Hablar de circunstancias remite al hecho de que la concreción de los ciclos políticos es variable. En el fondo, se trata de abrir la “caja negra” de la acción gubernativa, entendiendo que las decisiones adoptadas en el transcurso de los ciclos de las políticas resultan de la estructura y de la organización momentánea de grupos de interés³. Esos grupos incluyen comunidades políticas ensanchadas (partidos y múltiples movimientos de organización social con fines políticos), así como también profesiones, mercado, instancias de regulación internacional y, obviamente, la universidad.

El argumento es que el aspecto estructural del Programa Más Médicos (PMM) adoptado en Brasil buscó reconfigurar el papel del Estado en la regulación de los recursos humanos en salud (RR.HH.S), desde el punto de vista tanto de la oferta como de la enseñanza y, consecuentemente, de las prácticas asistenciales.

En lo que se refiere a la emergencia de la política, el artículo señala dos problemas a los que el PMM buscaba responder. Uno era el desequilibrio de la distribución de médicos en el territorio, tanto en términos generales como de ciertas especialidades, y el otro era la necesidad de que el Estado regule la educación médica bajo la óptica de la oferta y de la enseñanza. El argumento de los autores es que el primer problema proviene del segundo y la cuestión es de fácil comprensión: los gobiernos no tienen cómo asegurar el compromiso con la universalidad y la integralidad de los cuidados a no ser por medio de mecanismos de control y previsibilidad de los múltiples medios necesarios para esa prestación. Esos medios incluyen la tecnología, las infraestructuras, el conocimiento y a los profesionales. El hecho de no actuar políticamente en alguno de esos medios remite los sistemas de salud a grados variables de exposición al mercado, a intereses parciales o a ambos. Se sabe de la dificultad de regulación para escala nacional del mercado global de tecnología e innovación en salud (p.ej.: medicamentos), por lo que se añade la razón al hecho de que se apliquen esfuerzos sobre lo que puede regularse eficazmente dentro de las fronteras de un país. El conocimiento y los profesionales son un ejemplo de ello.

Aún así, se encuentran desequilibrios en la oferta de RR.HH.S en la mayoría de los países, incluso en los que fortalecieron la regulación estatal de las plazas de formación. Eso no significa que la regulación estatal sea irrelevante para la disponibilidad de profesionales en ejercicio. Una vez más, los datos de Pinto y colegas muestran lo contrario: la autorregulación del mercado no solo no se adecua a la garantía de prestar cuidados para todos y en todas las fases de la vida⁴, sino que también es permeable a intereses corporativos y parciales.

Lo que está en causa es un aspecto que está fuera del alcance del análisis de Pinto y colegas, pero que debe orientar el debate futuro sobre el PMM: la retención de los RR.HH.S. Es necesario obtener respuestas a las siguientes preguntas: ¿hasta qué punto los médicos – RR.HH.S en general – tienen dinámicas de movilidad territorial en el Sistema Único de Salud (SUS) para el ejercicio profesional? ¿Cuáles son los motivos de esas dinámicas? ¿Hasta qué punto esas dinámicas son deseables o indeseables en la organización y planificación de los cuidados y son políticamente regulables?

La distribución de los profesionales en ejercicio, que puede continuar presentando desequilibrios, proviene de problemas relacionados con la retención de los RR.HH.S, que se explica incluso entre los países en los que se fortaleció la regulación de la formación.

En lo que se refiere a la colocación en la agenda política, los elementos referidos en el artículo permiten encuadrar el surgimiento del PMM en 2013 y también su relativa suspensión a partir de 2016 bajo diversas perspectivas teóricas que los análisis futuros deben desarrollar más detalladamente. Una de ellas es la metáfora de los flujos⁵, según la cual las ventanas de oportunidad para el surgimiento de una política son resultado de la coexistencia de tres flujos: el flujo de los problemas (percepción de que existe un problema que hay que resolver), el flujo de las políticas (posesión de soluciones y estrategias políticas concretas) y el flujo de la política (condiciones de gobernanza

favorables para esa formulación). Otra perspectiva es el equilibrio puntuado⁶, según el cual el surgimiento y el fin del ciclo de una política pública proviene de la disputa de monopolios políticos. Consecuentemente, el entendimiento político sobre si los desequilibrios en la distribución de plazas de formación de médicos son o no un problema explica, ya de inicio, la propensión para acción y omisión gubernativa. Esa perspectiva ayuda a mostrar hasta qué punto el juego político está poblado por diferentes grupos de interés, algunos de ellos contrarios desde el punto de vista de los valores y del entendimiento del papel y de la función de los demás actores del sistema político. El equilibrio es puntuado porque en diferentes momentos las relaciones de poder entre ellos se alteran. Una tercera perspectiva se refiere a los ciclos de atención pública y mediática de los problemas⁷. Conociéndose la influencia de los medios y de la opinión pública en la colocación en la agenda política, el relativo abandono de la implementación política del PMM después de 2016 revela o una débil adhesión pública o su desconocimiento mediático. Ambas posibilidades muestran hasta qué punto la divulgación masificada debe acompañar la colocación en la agenda política para que la formulación política sea apropiada lo máximo posible por diversos sectores de la sociedad.

En lo que se refiere a la formulación política, los elementos referidos en el artículo señalan elementos encuadrables bajo diferentes perspectivas que los análisis futuros deben tratar de entender más detalladamente. Una perspectiva es la dependencia de la trayectoria⁸, considerando los elementos políticos previos en los cuales se basó el PMM. No obstante, la innovación brindada por el refuerzo de la regulación estatal en la formación y distribución de las plazas señala hacia una combinación de abordajes que se centran en los actores⁹ y las centradas en la difusión de las políticas¹⁰. Las primeras subrayan el papel activo que actores-clave desempeñan en el diseño de las políticas públicas; por lo tanto, hasta qué punto, cómo y cuáles actores individuales formularon el PMM en 2013. De la misma forma, es necesario percibir hasta qué punto, cómo y cuáles actores individuales alteraron el PMM hasta 2016. Los segundos abordajes subrayan la influencia internacional en el diseño de políticas nacionales, es decir, hasta qué punto y cómo el PMM resultó de orientaciones provenientes de organizaciones internacionales (como la Organización Mundial de la Salud, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico etc.) y cómo esa influencia se adaptó al contexto nacional.

Con relación a la implementación política, y porque la aparente quiebra de ciclo del PMM en 2016 solamente permite evaluar parcialmente sus efectos, el artículo proporciona elementos bastante pormenorizados, además de mostrar hasta qué punto el PMM tuvo en su origen el entendimiento sistémico que requiere la acción gubernativa en el sector de la Salud. La información también permite plantear nuevas preguntas para análisis futuros, incluso para entender mejor el cambio a partir de 2016. Se reitera que la evidencia internacional legitima el eje estructural que el PMM buscó implementar en 2013. La pregunta es cuáles son las lecciones que se pueden aprender sobre la forma en que se realizó la implementación en el sentido de que en el futuro sea posible dar continuidad al PMM incluso ante ciclos gubernativos desfavorables. Se sabe que la implementación de políticas públicas es tanto más eficaz cuanto mayor sea la apropiación por parte de sectores extendidos de la sociedad. Eso es lo que asegura la estabilidad de las políticas en distintos ciclos gubernativos. Por lo tanto, interesa

saber cómo estaba siendo percibido el PMM por parte de la diversidad de los actores y qué motivó la alteración verificada en 2016. ¿En qué medida el propósito en 2016 no fue exactamente “cortar por la raíz” la política antes de que ella fuera apropiada por los actores? O, por otro lado, si ya había tiempo suficiente para que su apropiación se hubiera realizado, ¿qué explica la débil apropiación de la política? ¿Hubo, o no, resistencia al cambio de ciclo gubernativo en 2016? ¿Cuáles son las condiciones necesarias para que el PMM vuelva a intentar cumplir su objetivo? Respuestas claras a estas preguntas constituirán un recurso valioso para mejor informar y, si fuera posible, alterar la acción gubernativa.

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. Pinto HA, Andreazza R, Ribeiro RJ, Loula MR, Reis AAC. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23(Supl. 1): e170960.
2. Rodrigues M. Exercícios de análise de políticas públicas. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda e ISCTE-IUL; 2014.
3. Bourgeault IL. Conceptualizing the social and political context of the health workforce: health professions, the state, and its gender dimensions. *Front Sociol*. 2017; 2:16. doi: 10.3389/fsoc.2017.00016.
4. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015.
5. Kingdom J. Agendas, alternatives, and public policies. New York: Longman; 2003.
6. Baumgartner F, Breunig C, Green-Pedersen C, Jones BD, Mortensen PB, Nuytemans M, et al. Punctuated equilibrium in comparative perspective. *Am J Polit Sci*. 2009; 53(3):602-19.
7. Hogwood B, Peters BG. Policy dynamics. New York: St. Martin's Press; 1983.
8. Pierson P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *Am Polit Sci Rev*. 2000; 94(2):251-67.
9. Dye T. Understanding public policy. Boston: Longman; 2012.
10. Dolowitz D, Marsh D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*. 2000; 13(1):5-24.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 30/10/18.
Aprobado el 05/11/18.