

La historia de la expansión reciente de las escuelas médicas en Brasil: una conversación sobre educación, innovación y compromiso con el Sistema Brasileño de Salud (SUS)

Mara Regina Lemes De Sordi^(a)
<maradesordi14@gmail.com> 

Eliana Goldfarb Cyrino^(b)
<ecyrino@fmb.unesp.br> 

Carolina Siqueira Mendonça^(c)
<siqueira.carol@uol.com.br> 

^(a) Departamento de Ensino e Práticas Culturais, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Avenida Bertrand Russell, 801, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-865.

^(b) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Botucatu, SP, Brasil.

^(c) Pós-graduanda do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, FMB, Unesp. Botucatu, SP, Brasil.

Henry Campos es médico, nefrólogo, con especialización en Educación Médica. Actualmente es Rector de la Universidad Federal de Ceará (UFC) y tiene una participación importante, en Brasil y en el exterior, como líder de proyectos de cambios en la educación médica, comprometidos con la responsabilidad social y con mayor involucramiento con los sistemas públicos de salud y las necesidades sociales. Es un entusiasta de innovaciones en la formación en salud y siempre está muy atento a posibilidades de traer el cambio. Tuvo una importante participación en la Secretaría de la Enseñanza Superior (SESu), en el Ministerio de la Educación (MEC) en



Imagen cedida por el autor

los últimos 15 años y también en el Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas Anísio Teixeira (INEP), liderando el Sistema de Revalidación de Diplomas Médicos (Revalidación), así como en acciones de alianza entre el MEC y el Ministerio de la Salud (MS). Además, integra la Asociación Nacional de los Dirigentes de las Instituciones Federales de Enseñanza Superior (ANDIFES), alineándose a los demás rectores en la valoración y en la defensa de la universidad pública brasileña.

Conocimos a Henry en un evento del MS, en 2005, y después lo encontramos durante el Curso de Activadores de Cambio^(d), el mismo año, cuando participaba en el grupo de evaluación de dicho curso. En 2006, al final del Congreso Brasileño de Educación Médica (COBEM), en Gramado, nos encontramos a la salida del evento yendo al aeropuerto y tuvimos la oportunidad de conocerlo un poco más. Él nos contó sobre el estado de Ceará, del orgullo de ser de la Región Nordeste de Brasil, nos habló un poco sobre la historia de su estado y comenzó a comentar sobre un gran proyecto que planeaba juntamente con profesores de diversas escuelas brasileñas: la formación de liderazgos para el cambio de la educación médica en nuestro país.

En estos últimos 12 años coordina, juntamente con un grupo de docentes de diversas instituciones de enseñanza superior, el Programa Instituto Regional de Educación Médica Faimer Brasil (Faimer), que ha sido considerado una gran red de colaboración y una potente comunidad de prácticas para la formación docente y para fortalecer cambios en los cursos de formación en salud con base en los principios del SUS y en innovaciones pedagógicas. En los días que precedieron a nuestra entrevista, la UFC había realizado, por el trigésimo año consecutivo, el Cine Ceará, uno de los mayores festivales de cine de Brasil. Estaba entusiasmado y nos contó que la muestra de películas había sido muy especial.

El enfoque de nuestra entrevista, realizada por videoconferencia, fue sobre el trabajo de Henry como coordinador de la Comisión de Acompañamiento y Monitoreo de Escuelas Médicas (CAMEM)^(e), del MEC. Le explicamos que la entrevista consta en la propuesta de publicación de un suplemento de la revista *Interface* sobre el eje Formación del Programa Más Médicos.

Háblenos un poco sobre su papel como líder de la educación médica en el país.

En realidad, yo comencé a tener una actuación más directa en la educación médica en Brasil mientras era director de la Facultad de Medicina de la UFC y comencé a frecuentar los foros de enseñanza, las reuniones, aunque yo ya tenía un vínculo con toda esa lucha de la salud... por los hospitales y por la calificación de los hospitales universitarios, principalmente los de la red federal de enseñanza. Participaba en la Asociación Brasileña de Hospitales Universitarios y de Enseñanza (ABRAHUE). También desarrollaba actividades en el Consejo Federal de Medicina, pero realmente la entrada en el mundo de la enseñanza fue a partir de 1999 cuando asumí la dirección de la Facultad de Medicina. En ese período fui a Estados Unidos para realizar una especialización en educación médica en el Programa Faimer, en Filadelfia. Cuando asumí la dirección, pensé: “no, esto aquí no es para aficionados, preciso profesionalizarme para asumir esa tarea”; principalmente, porque uno de los desafíos que teníamos por delante era el cambio curricular y eso hizo que me aproximara, dándome una mirada más amplia... había todo el movimiento de la Asociación

^(d) Curso de Especialización en Activación de Procesos de Cambio en la Formación Superior de Profesionales de Salud promovido por la SGTES en alianza con la Escuela Nacional de Salud Pública Sérgio Arouca (ENSP) y la Red Unida. Fue un curso de postgrado *lato sensu*, modalidad semipresencial, ofrecido por el Programa de Educación a Distancia de la ENSP y realizado de mayo de 2005 a julio de 2006. Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz). Cuaderno del alumno de especialización. Brasília, Río de Janeiro: Ministerio de la Salud (MS), Fiocruz; 2005.

^(e) Instituida por el Decreto Administrativo nº 306 del 26 de marzo de 2015, con la finalidad de monitorear y acompañar la implantación y la oferta satisfactoria de los cursos de graduación en Medicina en las Instituciones Federales de Educación Superior (IFES), juntamente con la Secretaría de Regulación y Supervisión de la Educación Superior. La CAMEM tiene como objetivos la participación en los procesos de evaluación relacionados a cursos de graduación en Medicina, para auxiliar los procedimientos regulatorios; realizar visitas de evaluación in situ en la fase de realización de los proyectos de implantación de los cursos en las IFES, siendo al menos dos visitas por semestre hasta la emisión del acto de autorización de los nuevos cursos; realizar visitas periódicas de acompañamiento y monitoreo in situ en los nuevos cursos de Medicina creados en las IFES hasta la emisión del acto regulatorio de reconocimiento de los cursos; realizar eventuales visitas de acompañamiento, evaluación y monitoreo in situ con IFES, conforme demanda de la política de la Educación Superior y de sus instancias regulatorias (<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=59441>).

Brasileña de las Escuelas Médicas (ABEM) y de otras escuelas para el cambio y formalmente (o finalmente) aquello fue haciéndose realidad, firmamos el convenio con el Faimer Filadelfia e instalamos el Faimer en Fortaleza, que comienza a funcionar en Brasil en 2007. Pero, antes de eso, comencé a inserirme en la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SGTES); después de su creación me llamaron para que colaborara, también participaba en discusiones en el MS y eso acabó llevándome a tener una presencia muy constante en todo lo que se refería a la educación médica.

Surge entonces un nuevo desafío: la cuestión de la revalidación del diploma que enfrentábamos aquí, nuestra universidad recibía muchas demandas y considerábamos que era un proceso muy notarial que necesitaba cambiar. Entonces, en un encuentro con Fernando Haddad, Ministro de la Educación en aquella época, al que comparecí con mi rector, le dije: “Ministro, ¿por qué no instituimos un proceso nacional, en el que se evalúe no solo el conocimiento teórico, sino también la práctica? Hay toda esa cuestión de adecuación del médico para el SUS, por eso creo que podemos dar un gran salto, calificando ese proceso, lo que puede ser una forma de contribución para nuestras escuelas que puede brindar cambios”.

La reacción del ministro fue el inicio de todo: “¿Ud. aceptaría hacerlo? ¿Realizar ese trabajo? ¿Lo aceptan?”.

Naturalmente que el *locus* para desarrollar ese proyecto fue la SGTES, en donde encontramos apoyo y entusiasmo. El trabajo comenzó con la Prof. Ana Estela Haddad y conmigo. Yo ya tenía un buen conocimiento del proceso para definición del perfil para el ejercicio profesional en Estados Unidos y en otros países. Ampliamos el “grupo pensante”, incluyendo a la rectora Ana Dayse Dorea, que en la época era presidente de Andifes, y a Neile Torres. Nuestro propósito era construir un proceso isonómico, transparente, en el cual los candidatos a la revalidación fueran tratados con respeto y que nos indicara con claridad su aptitud para el ejercicio profesional.

El paso siguiente fue reunir a un grupo de médicos especialistas. Con la participación decisiva de Antonio Sansevero y Rui Lima perfeccionamos las bases conceptuales del proceso y realizamos un trabajo que después culminó con la elaboración de una matriz de las competencias que debería tener el alumno de graduación brasileño¹, en trabajo posterior, ya más ampliado, envolviendo un panel en el que participaron profesores de 17 escuelas médicas.

En el primer momento de ese trabajo los profesores definían las competencias de su área y en un segundo momento cada uno opinaba sobre las demás, evitando aquel proceso en el que cada uno quiere hacer que la presencia de su área sea más fuerte. Promoviendo diversas rondas de atribución de puntaje para cada habilidad, utilizando estrategias de balanceado, progresivamente llevamos a la definición de la Matriz de Competencias que regiría todo el proceso del Revalidación. El punto más fuerte de esa matriz era que, a ejemplo de documentos similares, que comenzaban a elaborarse, tales como el “Tomorrow’s Doctors”, ella explicaba con total claridad el nivel de desempeño esperado para cada competencia: lo que el alumno de graduación tenía que tener solamente de información, lo que tendría que realizar bajo supervisión, lo que tendría que hacer de forma autónoma y también lo que era indispensable que fuera capaz de realizar con destreza, incluyéndose las situaciones de riesgo inminente de muerte. Todo ello, en fin, con mucha propiedad y abordaje holístico, subrayando la cuestión de la responsabilidad social, realzando la importancia de las habilidades de comunicación,

ya en un lenguaje bien actual de educación médica, incentivando la formación por competencia.

De esa forma, se definió una trayectoria académica que el alumno necesitaría haber recorrido para poder practicar la Medicina en Brasil, incluyendo obviamente la apropiación sobre nuestro sistema de salud, el SUS, el ejercicio profesional con ética y compasión y el compromiso con la defensa de la vida. Una vez adoptada esa matriz y nombrada la subcomisión, comenzamos a realizar los exámenes. Ellos estaban bastante deficientes con relación a lo que se esperaba, que era la cuestión de isonomía, de tener criterios, en fin... y desde esa perspectiva de innovación surge el Revalidación que fue progresivamente recibiendo el apoyo de la sociedad.

En 2013 tiene lugar la marcha de alcaldes en Brasilia y aquel acontecimiento me traería otra misión. Padilha era Ministro de la Salud, Mercadante era Ministro de la Educación. La gran reivindicación de los alcaldes en aquella marcha era de médicos, había 750 localidades sin médicos en el país... sin médicos en las proximidades; eran grandes vacíos asistenciales. En esa ocasión se realizó una reunión en el MEC, con la Comisión de Especialistas en Enseñanza Médica, para la cual fui invitado. Fue cuando surgió la idea de implantación del Programa Más Médicos y primero se discutió traer médicos de Cuba, siendo que a continuación habría un plan para ampliar la formación de médicos en el país. Teníamos un estudio que mostraba una diferencia, principalmente en la distribución de los profesionales, aquella concentración que ya conocíamos en los grandes centros urbanos, una concentración muy grande, por ejemplo, en Brasilia, y había que hacer algo, no era tan solo abrir nuevas escuelas médicas tradicionales. La primera decisión por tomar era si traer o no a los cubanos y de cierta forma me quedé un poco avergonzado porque el ministro Mercadante me fue transmitiendo las atribuciones, aunque existía la Comisión de Especialistas. El ministro decía: “no, quien va a coordinar la toma de decisión y determinar las pautas es Henry”.

Finalmente, Mercadante acabó nombrándome Asesor Especial para Asuntos de Educación en las Profesiones de la Salud. El primer embate que tuvimos, de una cierta forma, entre el MEC y el MS, se debió a que yo defendía la opinión de que no debíamos llamar inmediatamente a los cubanos, puesto que había habido una convocatoria para el Programa de Valoración del Profesional de la Atención Básica (PROVAB) y casi tres mil brasileños no habían conseguido entrar, no les fueron designadas plazas. En la ocasión yo afirmé: “creo que debemos hacer una primera llamada a los brasileños no atendidos por el PROVAB, diciendo cuáles son los municipios que hay que atender, cuál es la provisión que se desea. Si los brasileños no respondieran, no adhirieran, entonces estaría totalmente legitimada la entrada de profesionales de otros países”. No hubo la provisión esperada y se realizó un trabajo enorme buscando países en donde podrían reclutarse esos profesionales, pero la oferta de médicos cubanos estaba presente, surgiendo como la solución más rápida para llenar los vacíos asistenciales.

Yo ayudé un poco en ese trabajo, cosas como planificar la recepción, la capacitación de ellos aquí, pero invertí realmente en lo que ya se había hecho antes, para la construcción de un nuevo modelo de escuela médica en esos locales remotos o desasistidos, puesto que los cursos no podrían reproducir el modelo tradicional. Comenzamos a definir ese nuevo modelo, los profesores Maria Neile Torres de Araújo,

de la Universidad Federal de Ceará, Ruy Guilherme Silveira de Souza y Antonio Sansevero, de la Universidad Federal de Roraima, y yo. En un momento anterior, en el MEC, cuando ocurría la gran expansión de las IFES, las universidades pleiteaban, cada político quería una escuela médica, se abrían muchas nuevas universidades y yo ya estaba trabajando, inicialmente con Jeanne Michels y después con Adriana Weska, que asumía la jefatura de la Dirección de Redes de las IFES. Estudiamos proyecciones de costo y dimensionamiento de los cursos, entrada anual, números de alumnos y funcionarios, todo ello llevando en cuenta factores de referencia geográficos, económicos, datos poblacionales e indicadores de salud. Fue un aprendizaje riquísimo. En un folleto publicado en el MEC establecimos las directrices para esas nuevas escuelas y en ellas lo que existía de más actual: el compromiso con el SUS, la presencia del alumno en la comunidad desde el inicio del curso, las metodologías activas, la cuestión de la evaluación formativa, en fin, todo aquello que señala hacia un proceso que lleve al alumno a construir su propio conocimiento, a tener autonomía y, principalmente, a una formación con base en la realidad local, siendo la escuela como un todo enfocada y muy orientada por esa realidad. En ese proceso la escuela ya nace discutida, combinada y articulada con el sistema de salud, con la participación muy... diría yo... muy igualitaria del profesional de la red con el docente, rompiendo un cierto paradigma de la Academia que plantea una diferencia. El documento deja claros esos principios, indicando para cada uno de ellos una imagen objeto y sus indicadores, pudiendo identificar las escuelas que alcanzan las metas, las intermediarias y las que no están bien.

De la necesidad de acompañar de cerca esas 38 escuelas, implantadas progresivamente, surgió la CAMEM, nombrada por Decreto Administrativo Ministerial. Dos especialistas en educación médica visitaban dos escuelas de dos en dos meses y monitoreaban la evolución de los indicadores, registrando no solo cifras y hechos, sino que utilizando la metáfora usada por el profesor Francisco Campos, la del semáforo: verde, amarillo y rojo. Ese era una especie de termómetro que muchas veces abreviaba el intervalo entre las visitas.

La CAMEM también realizaba el proceso de formación pedagógica de los docentes. Llegamos a formatear un proyecto de 13 centros de formación docente para los profesionales de los nuevos cursos. La Comisión trabajó de una manera muy estructurada, siguiendo directrices, obedeciendo un guion de visitas, realizando el acompañamiento y lo que vimos realmente fue el nacimiento de escuelas diferentes, escuelas realmente orientadas para servir dentro de una perspectiva integral, de atención comunitaria, atentas a los factores determinantes sociales de salud, sirviéndose de hospitales en un radio de hasta 50km., tendiendo como base los hospitales distritales, regionales y los que tenían convenio con el SUS. Este modelo se aparta bastante del modelo hospital-céntrico tradicional y crea fuertes vínculos con el sistema público de salud, el SUS.

Participamos, también, del proceso de evaluación de proyectos para selección de escuelas privadas e intentamos aplicar los mismos principios, tanto en la evaluación para el mantenimiento de las instituciones mantenedoras, como en las visitas para autorización de funcionamiento. Puedo decir que encontramos proyectos de calidad y que, por lo menos en las visitas en las que participé, encontramos buenas condiciones de infraestructura y docentes competentes.

Juzgo que es de la mayor importancia que las escuelas médicas sean acompañadas y que se ofrezcan oportunidades de desarrollo docente. Instrumentos que unen el MEC y el MS, como el Contrato Organizativo de Acción Pública de Enseñanza-Salud (COAPES), deben fortalecerse.

Participé en la concepción del COAPES y lo veíamos como un instrumento integrador y poderoso en el sentido de hacer que el municipio tuviera obligaciones con la escuela, principalmente en lo que se refiere a poner a disposición los accesos a la red, a construir unidades en el medio rural para que los alumnos también tuvieran capacitación, pero principalmente para desarrollar una alianza, dando al profesional de la red una categoría de docente, con una beca que complementaría su sueldo, motivándolo a comprometerse en el proceso de formación en la graduación y en la residencia médica.

En ese proceso de construcción de nuestras escuelas comenzamos también a trabajar, a partir del ejemplo del curso de Caicó, de la UFRN, luchando para que los alumnos de la región tuvieran una bonificación en el proceso ENEM-SISu, porque sabemos que el profesional que permanece en el local es el oriundo de la región, que tiene vínculos con ella. La escuela de Caicó es un ejemplo fantástico, fue todo muy bien articulado y también vimos cómo la idea prosperaba en algunas escuelas del estado de Minas Gerais.

Otra cosa que defendimos fue una ruptura de paradigma, de que el reclutamiento de profesores para esas escuelas fuera mayoritariamente (principalmente cuando se tratara de médicos) entre los profesionales locales. Son esos profesionales quienes conocen la patología local, conocen la comunidad y le tienen cariño. El compromiso de la escuela sería asegurar la formación, no solo la docente, sino también el acceso de esos profesionales al postgrado con incentivos para la maestría y el doctorado, siguiendo el ejemplo de lo que hicimos en el estado de Ceará en 2011, comenzando el primer proceso de instalación de escuelas fuera de la sede en el sistema federal de enseñanza superior. Creamos dos escuelas en el Estado de Ceará: Sobral y Barbalha, y el proceso solamente comenzó a funcionar de verdad cuando abandonamos la idea de orientar los concursos por titulación, de solamente realizar concursos para doctor; yo le decía al rector: “eso no funciona, ellos vienen, hacen el concurso y se van. Necesitamos valorar al profesional local y es así que formamos”. Así lo hicimos y actualmente, en esos dos cursos, casi el 80% del cuerpo docente está titulado. A partir de este ejemplo tratamos de seguir ese modelo también en el ámbito de las nuevas escuelas.

Ocasionalmente, recibo noticias de esas escuelas y afirmo que en la mayoría de ellas las cosas están andando, a pesar de las dificultades que enfrentan. Eso representa una semilla que tiene todas las condiciones de florecer, siempre y cuando se vuelva a tener una política que sea realmente de apoyo al SUS. Porque estamos asistiendo a un desmantelamiento. Si el propio MS no promueve el apoyo, el fortalecimiento y la consolidación del SUS, ¿cómo conseguir que el MEC tenga eso como premisa de sus movimientos, en sus directrices? Creo que hay todo un campo que se necesita recuperar y tengo mucha esperanza de que retomaremos ese camino que habíamos comenzado de una forma que, en mi opinión, fue muy adecuada y exitosa. Fue un proceso orientado por la responsabilidad social, todas las personas que lo acompañaban estaban comprometidas, tanto el cuerpo docente como los estudiantes.



También vivimos momentos memorables en las comunidades que abrazaron esos cursos, en especial de las escuelas públicas que tuvimos la oportunidad de acompañar. Incluso en los cursos privados abiertos pudimos inducir los principios que necesitan estar presentes en los proyectos pedagógicos y ser fortalecidos por ocasión de la visita de autorización de funcionamiento. Yo mismo hice diversas visitas y me sorprendí con lo que había sido preparado y con la articulación que se había construido con la municipalidad y con el sistema de salud.

Henry, en realidad Ud. fue respondiendo varias preguntas que habíamos programado. Sobral y Barbalha son ejemplos de escuelas médicas en un proceso de interiorización, anterior a ese momento. Por lo tanto, ¿cuál fue la motivación que tuvieron Uds. en la UFC cuando crearon Sobral y Barbalha? Porque tal vez ese sea un momento precursor de lo que vendría después. ¿Qué pensaron en aquel momento? ... ¿En qué años se crearon los cursos de Sobral y Barbalha? ¿Cree Ud. que ese proceso influyó en su papel de coordinador de la CAMEM?

La apertura de los cursos de medicina en Sobral y Barbalha, en 2001, obedeció a una lógica. Eran cursos que se situarían en polos de desarrollo que tenían una comunidad médica relativamente bien establecida, en donde había también una receptividad local para la cuestión del fortalecimiento del SUS, de la Medicina de Familia, de la Salud de la Familia, que en el estado de Ceará siempre fue muy presente. Creo que fuimos precursores del trabajo con los agentes de salud, de implantación de los equipos de Salud de la Familia.

El ambiente era naturalmente receptivo y cuando mirábamos el entorno de las ciudades y municipios había carencia de médicos. Por lo tanto, se configuraba un *ethos* ideal para la formar, un lugar que ofrecía las condiciones para la formación y que favorecería la permanencia de médicos en los alrededores de la región, siempre y cuando el proceso fuera bien orientado. Como estábamos implantando un currículo nuevo en Fortaleza, el mismo currículo se propuso para Sobral y Barbalha y en él ya constaban las metodologías activas, la responsabilidad con la cuestión de la salud, de la comunidad, la actuación en los diferentes niveles, el alejamiento de aquel modelo hospital-céntrico. Eso realmente fue un factor de diferencia, porque en Fortaleza teníamos que luchar contra toda una historia, contra toda una estructura ya establecida. Fue mucho más fácil insertar al alumno en la comunidad, fue algo totalmente normal y pienso que esos ejemplos fueron inspiradores que dieron una orientación para el modelo. Claro que nos profundizamos mucho más y ensanchamos los horizontes. El proceso pasó a incorporar a otras personas, surgieron otras ideas, así como otras experiencias; por ejemplo, la de Roraima que es un curso innovador tanto en cuestión de metodología, como en la responsabilidad social, un curso que a pesar de tener más de veinte años, funciona sin hospital propio. Poco a poco se agregaron otras ideas, llegaron otras personas y pasó a ser un proceso abrazado por mucha gente, pasó a ser el proyecto del ministerio, del gobierno, un proyecto de Estado y creo que fue eso lo que perdimos... Teníamos todo el apoyo y toda la autonomía para exigir, incluso de los rectores, cualquier cosa que se alejara de lo que se había pactado. Si, por ejemplo, un rector no cumplía el calendario de la obra o usaba una plaza de curso de Medicina para contratar profesores para otros cursos, tenía que rendir cuentas. También teníamos

una conversación muy franca con los secretarios de salud, había un mandato, entonces nosotros llegábamos con una representatividad del Estado, como representantes de una política de Estado. Eso era un factor de diferencia muy grande y ese empoderamiento se transmitía también a los docentes, a los estudiantes y a la comunidad. Con la defensa del colectivo aquel proyecto pasó a ser de todos. No fue un proyecto de escuela conseguido en un gabinete, no solo entre profesores, sino que fue muy compartido con bastante participación de los estudiantes, con la presencia de la comunidad, muy rico, realmente muy rico.

¿Cómo construyó ese equipo que trabajó con Ud.? ¿Durante cuánto tiempo la CAMEM estuvo bajo su coordinación? ¿Cómo se creó esa comisión y cuáles son sus principales marcas? ¿Cuál era la relación de la comisión con el MEC? ¿Cuáles fueron los principales desafíos que ella enfrentó?

El trabajo de la CAMEM comienza en 2015, en la segunda fase del Más Médicos². Los integrantes de la Comisión recibían una beca y había, como ya dije, esa sistematización de trabajo y la contribución significativa de que todos habían tenido la comprensión del alcance de la misión que fue seguida a rajatabla. El modelo que idealizamos está sintetizado en un folleto que circuló tan solo internamente en el MEC, todavía no fue publicado. En él se detallan todos los ejes, la imagen objeto para cada punto como, por ejemplo, articulación con la comunidad, inserción del alumno en la comunidad, evaluación, calidad de la evaluación, utilización de metodologías activas, en fin, todo lo que el modelo establece que consideramos como el mejor proceso de formación en el sentido de tener una escuela libertadora y formadora de ciudadanos y defensores del SUS, bien preparados científicamente. El control y el acompañamiento por parte de la CAMEM no era solo un proceso, por decirlo así, de acompañar la obra, de ver cómo iban las cosas. Verificábamos si estaban contratando personal, si las clases se realizaban, acompañábamos la implantación del propio currículo que se revisaba con los profesores y los alumnos, en una estrategia de formación pedagógica.

Los miembros de la Comisión se reclutaron por adhesión; lo imprescindible era que tuvieran una formación en educación médica. La casi totalidad de ese grupo salió de los trescientos y tantos profesionales formados por el programa FAIMER, tenían el dominio de la educación médica, esa conciencia de que para ser buen profesor uno necesita una formación específica, también necesita ser un buen gestor y tener una convicción muy fuerte de la necesidad de cambiar el sistema, de consolidar el SUS, de cambiar el modelo de formación que, en realidad, contribuye para la perpetuación de esa desigualdad en la asistencia.

¿Cuáles fueron los mayores desafíos de la comisión mientras Ud. fue coordinador? ¿Cuáles eran las cuestiones más desafiantes?

Aunque las escuelas habían hecho un pacto con el MEC de que seguirían los principios del modelo construido, cuando llegábamos a la escuela, con mucha frecuencia habían sido contratados los célebres consultores de currículo, lo que significaba el regreso al currículo tradicional, cuyo formato no estaba de acuerdo con la misión. Por lo tanto, resultaba necesario argumentar con fundamento

y sensibilizando a las personas sobre la inadecuación del modelo para lo que se pretendía, para alcanzar lo determinado en el pacto realizado. Con frecuencia, hacíamos el ejercicio de enumerar los principios y pedir al propio grupo de profesores que analizaran el proyecto con nosotros, preguntando: “¿esto aquí en el proyecto, les parece que atiende a aquella imagen objetivo? ¿Dónde estaban las luces verdes, amarillas, rojas?” Entonces ellos mismos tomaban conciencia de que era necesario cambiar e íbamos construyendo colectivamente el nuevo currículo, alejándonos de la fragmentación, de la separación entre ciclo básico y ciclo clínico. Progresivamente, las cosas empezaban a integrarse: la experiencia en la comunidad y los encuentros educativos, fueran clases expositivas, trabajos en grupo, PBL. Lo desafiador fue romper con el modelo tradicional, especialmente en las escuelas que ya tenían cursos tradicionales de Medicina, en donde con frecuencia había la presión para mantener el antiguo currículo. Fue gratificante ver surgir progresivamente grandes educadores, con prácticas innovadoras que permitían que el estudiante tuviera la visión holística, la atención a los factores determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Ese fue el mayor desafío de la Comisión que en la gran mayoría de las situaciones consiguió revertir el proceso y consiguió aliados entre los profesores, viéndolos crecer como docentes.

¿Y cómo ve Ud. el futuro de esas escuelas? ¿Cuáles son las marcas de la CAMEM en la lucha por una formación, a partir de esa propia base que Ud. trajo referenciada por el SUS?

La marca de la CAMEM en las escuelas fue trabajar el proceso educativo de forma estructurada; los profesores se compenetraron de ese espíritu y trabajaban de una forma muy integrada. Creo que el trabajo dejó seguidores, tanto que actualmente todavía tenemos lista de discusión, WhatsApp de la CAMEM, de las nuevas escuelas y vemos que el proceso continúa, a pesar de la dificultad que enfrentan, siguiendo y buscando los mismos principios.

¿Cómo veo el futuro? Tengo mucha esperanza de que tengamos un cambio en el país, un cambio para mejor, con la recuperación de un gobierno más orientado socialmente, con mayor valorización de la educación y de la salud.

Este trabajo, esta construcción colectiva tiene grandes probabilidades de reanudación, para que podamos volver a ver florecer todos aquellos movimientos de formación con los cuales Brasil se convirtió en un ejemplo para el mundo. Tengo mucha esperanza de que eso vuelva a ocurrir, todos estamos con muchas ganas de volver y participar.



Contribuciones de las autoras

Todas las autoras participaron activamente en todas las etapas de elaboración de la entrevista y en la revisión y aprobación de la revisión final del texto.

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. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior. Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Ministério da Educação. Portaria MEC 306, de 26 de março de 2015. Diário Oficial da União. 27 Mar 2015; sec. 1, p. 39.

Palabras clave: Educación médica. Formación en salud. Responsabilidad social. Programa Más Médicos. Política pública.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 19/02/2019.
Aprobado el 28/02/2019.