



Investigando uma política fracassada: o Estado francês e a demografia médica (1960-2015)

Marc-Olivier Déplaude

► To cite this version:

Marc-Olivier Déplaude. Investigando uma política fracassada: o Estado francês e a demografia médica (1960-2015). *Saúde e Sociedade*, 2018, 27 (3), pp.682 - 692. 10.1590/s0104-12902018180492 . hal-03140670

HAL Id: hal-03140670

<https://hal.science/hal-03140670>

Submitted on 13 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Investigando uma política fracassada: o Estado francês e a demografia médica (1960-2015)

Investigating a failed policy: the French State and medical demography (1960-2015)

Marc-Olivier Déplaud

Instituto de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Sociais. Unidade Mista de Pesquisa Centro Nacional de Pesquisa Científica/ Instituto Nacional de Pesquisa Agronômica/Universidade Paris-Dauphine. Paris, França.
E-mail: marc-olivier.deplaud@inra.fr

Resumo

A França nunca teve mais médicos do que atualmente. Contudo, o sistema de saúde francês é caracterizado por uma distribuição muito desigual da oferta de cuidados, tanto que o acesso a cuidados médicos se torna mais difícil para segmentos cada vez maiores da população. Esta situação é ainda mais surpreendente desde os anos 1970, quando o Estado francês adquiriu instrumentos que deveriam regular o número de médicos em exercício no país, tanto em termos de sua força de trabalho geral quanto de sua distribuição entre especialidades. Por outro lado, desde o início dos anos 2000, os governos aumentaram as medidas para promover uma melhor distribuição geográfica dos médicos. Para entender o fracasso dessas medidas, este artigo estuda as lógicas sociais e políticas que foram predominantes em sua adoção e implementação. Baseando-se principalmente em arquivos administrativos, descreve-se como o Estado francês, em estreita relação com a comunidade médica, definiu o problema da demografia médica desde o início da década de 1960, e quais sucessivas respostas ele trouxe, sem conseguir resolver o problema.

Palavras-chave: Demografia Médica; Médicos; Desigualdades no Acesso aos Cuidados; Estado; Ação Pública.

Correspondência

Université Paris-Dauphine. Place du Maréchal de Lattre de Tassigny.
Paris, França. 75016

Abstract

France has never had as many doctors as today. However, the French healthcare system is characterized by a very unequal distribution of healthcare provision, so that access to medical care becomes more difficult for growing sections of the population. This situation is all the more surprising given that, since the 1970s, the French state has equipped itself with instruments supposed to regulate the number of doctors practicing in France, both in terms of their overall workforce and their distribution between disciplines. In addition, since the 2000s, the public authorities have stepped up measures to encourage a better geographical distribution of doctors. To understand the failure of these measures, this article examines the social and political logics that have been predominant in their adoption and implementation. Based mainly on administrative records, it describes how the French state, in close relationship with the medical profession, defined the problem of medical demography from the early 1960s onwards, and what successive responses it has given it without succeeding in solving it.

Keywords: Medical Demography; Doctors; Healthcare Inequalities; State; Public Policy.

Introdução

Em 2015, a França tinha quase 217 mil médicos. Não só o número de médicos em exercício na França nunca foi tão alto, como a densidade médica nunca foi maior. Em 2015, havia apenas 338 médicos por 100.000 habitantes, contra 329 em 2000 e 194 em 1980. No entanto, esses dados escondem significativas disparidades e desenvolvimentos contrastantes de acordo com modalidades e áreas de atuação dos médicos. Desde meados da década de 2000, o número de clínicos gerais tem estagnado, e até mesmo diminuiu em muitas partes do território, enquanto a população continua aumentando. Nos hospitais, milhares de cargos não estão preenchidos. Essas dificuldades não se referem apenas às zonas rurais. Nas grandes cidades, que concentram uma maior proporção de médicos, o tempo necessário para conseguir uma consulta com certas categorias de especialistas é cada vez mais longo. Este desenvolvimento, combinado com a explosão do montante das taxas cobradas pelos médicos especialistas liberais, leva os pacientes a desistir de alguns cuidados, ou deixá-los para depois.

No entanto, desde o início das décadas de 1970 e 1980, o Estado francês adotou instrumentos que supostamente regulariam o número de médicos que trabalham no país, tanto em termos de sua força de trabalho geral quanto de sua distribuição entre disciplinas (medicina geral e especialidades). Além disso, desde o início dos anos 2000, os governos aumentaram as medidas para promover uma melhor distribuição geográfica dos médicos. Não obstante, nenhuma destas medidas trouxe uma resposta satisfatória para o problema da distribuição desigual da oferta de cuidados médicos. Para entender o fracasso em relação aos objetivos declarados dessas medidas é necessário reconstituir as lógicas sociais e políticas predominantes em sua adoção e implementação. Para isso, realizei uma pesquisa histórica sobre como foi colocado o “problema” da demografia médica na França desde o início dos anos 1960, e como o Estado francês, em estreita relação com certos segmentos da comunidade médica, interveio nesta área. Esta pesquisa, que se baseia principalmente em registros administrativos e

outras fontes documentais,¹ mostrou que a questão da demografia médica tem sido objeto de lutas recorrentes não apenas na comunidade médica, mas também no Estado. Por várias razões, relacionadas principalmente com a posição que ocupam dentro do campo da medicina, os médicos estão muitas vezes divididos a respeito desse tema. Essas divisões se encontram no nível dos campos administrativo e político, e a demografia médica chama a atenção dos departamentos ministeriais com preocupações e interesses divergentes. A maneira como governos abordaram a questão da demografia médica é, portanto, resultado de inúmeros compromissos entre estes atores. Nas decisões tomadas sobre o assunto, as necessidades médicas da população sempre foram definidas e mobilizadas de forma estratégica, e suas tomadas sempre estiveram subordinadas aos interesses das partes envolvidas.

Ao fazê-lo, esta pesquisa teve como objetivo não só iluminar as tensões que atualmente atravessam o sistema de saúde francês, mas também mostrar os limites de certos estudos realizados na sociologia das profissões sobre os processos chamados de “fechamento profissional”, isto é, sobre estratégias e mecanismos que limitam o acesso a uma determinada profissão e reduzem a competição entre seus membros. Estas pesquisas, inspiradas pela sociologia weberiana sobre “agrupamentos econômicos fechados” (Weber, 1995), muitas vezes concedem unidade excessiva aos grupos profissionais e subestimam a importância das lógicas específicas do campo político-administrativo (Le Bianic, 2008). Voltarei a essa questão nas considerações finais.

Este artigo segue uma ordem cronológica geral. Como primeiro passo, irei concentrar na gênese do *numerus clausus* na medicina, que é o instrumento mais antigo e importante já criado para regulamentar a força de trabalho médica. Então eu mostrarei como esse *numerus clausus* foi complementado por outras cotas referidas ao acesso à formação especializada e aos médicos formados fora da União Europeia. Em

seguida, analisarei como todas essas cotas foram implementadas nas décadas de 1980 e 1990, numa lógica voltada principalmente para o controle de custos do Seguro Saúde, preservando os interesses econômicos dos médicos liberais. Como última etapa, descreverei as dificuldades que essa política acarretou e as reorientações que ela sofreu nos anos 2000, sem resolver as dificuldades relacionadas à distribuição da oferta de cuidados de saúde.

A instituição do *numerus clausus* na medicina

Até 1971, os futuros médicos eram selecionados por exames, como nos outros cursos universitários. De um lado, o custo e a longa duração do curso de medicina e os riscos econômicos associados com a prática privada de medicina de outro, em uma época na qual os cargos assalariados dos profissionais ainda eram raros, tiveram o efeito de limitar o número de candidatos. Nos anos de 1950, o número de estudantes de medicina estagnou, enquanto o número total de alunos matriculados em universidades francesas aumentou em mais de 40%. Pouco mais de 2.000 diplomas de médico de Estado são emitidos a cada ano.

No entanto, a partir de 1960, o número de estudantes de medicina aumentou fortemente: de 31.500 em 1960 para 54.700 em 1966, um crescimento de 74% em seis anos. Embora este fenômeno seja encontrado em outras disciplinas acadêmicas e tenha sido favorecido por fatores muito gerais, tais como o aumento do número de universitários e a mitigação da discriminação social de classe e sexo no ingresso dos estudos universitários, ele também se deve a fatores específicos da medicina. Por um lado, a generalização da medicina convencional, após a promulgação do “decreto Bacon”, de 12 de maio de 1960, torna o exercício liberal da medicina mais garantido no plano econômico (Hatzfeld, 1963).² Por outro, a década de 1960 é marcada por

1 Refiro-me aqui à meu livro para uma lista detalhada de fontes (Déplaudé, 2015). Este artigo é uma apresentação muito sintética do conteúdo desse livro.

2 Médicos convencionados pela Seguridade Social se comprometem a respeitar as taxas fixadas por ela, em troca de ter cerca de 80% das despesas efetuadas pelos pacientes (taxas e receitas) reembolsadas. A generalização do convênio teve como resultado tornar o atendimento na cidade acessível à maioria da população e assim favorecer um aumento rápido da procura por cuidados de saúde.

uma expansão sem precedentes de hospitais e por importantes avanços terapêuticos e técnicos que elevam o prestígio da profissão médica. Este desenvolvimento é favorecido pelo Estado, inclusive pela adoção da dita reforma “Debré” de 1958, que criou os “centros hospitalares e universitários” (CHU), e por um modo de financiamento dos hospitais que incentiva seu desenvolvimento (Chevandier, 2009; Jamous, 1969). De forma correlata, muitos cargos médicos assalariados são criados em hospitais, inclusive os mais cobiçados, os médicos de “hospital universitário”, que acumulam salário de universidade e de médico hospitalar.

Como primeiro passo, o aumento do número de estudantes de medicina não é visto como um problema: tanto no nível do Estado quanto do corpo médico, a ideia de que é necessário formar muitos médicos é amplamente compartilhada - a França era considerada atrasada na questão sanitária em comparação com outros países industrializados. Isso valia também tanto para os médicos de hospitais e universidades, para os quais a formação de um maior número de médicos era crucial para o desenvolvimento dos CHU, quanto para uma organização como a Confederação dos Sindicatos Médicos Franceses (CSMF), então majoritária entre os médicos liberais: para ela, é questão de responder ao problema da “exaustão” de médicos liberais (especialmente dos clínicos gerais) fazendo frente a um crescimento muito rápido da demanda por cuidados. Com efeito, uma carga de trabalho excessiva que certamente resulta em rendimentos mais elevados, mas também em uma deterioração das condições da prática, corre o risco de tornar a profissão médica menos atraente aos olhos dos estudantes de graduação.

A crise social e política de maio-junho de 1968, marcada por grandes mobilizações estudantis e greves em praticamente todos os setores da economia e da administração francesa, veio para mudar o jogo. Essa crise não poupou hospitais nem faculdades de medicina, que são palco de greves, ocupações e muitas cenas que invertem simbolicamente as hierarquias - muito marcadas - do ambiente hospitalar e universitário. Alguns médicos de hospitais universitários, principalmente os parisienses, se uniram para reivindicar uma “seleção” na admissão

em faculdades de medicina. Na verdade, eles temem que o rápido aumento do número de estudantes se traduza em uma depreciação duradoura da prática da medicina. Eles receberam o apoio da Ordem dos Médicos e das organizações mais conservadoras da medicina liberal, como a Federação dos Médicos da França, que reivindicam total liberdade na fixação de seus honorários (Déplaudé, 2009a, 2009c). Eles também obtêm apoio significativo no nível do Estado, por parte do Ministério do Orçamento, preocupado com o rápido aumento dos gastos da saúde, que passaram de 3,5% a 5% do Produto Interno Bruto entre 1960 e 1970 (Caussat; Fenina; Geoffroy, 2003). Para esse Ministério, era essencial controlar a demografia médica, se quiséssemos controlar em longo prazo o desenvolvimento dos gastos da saúde. Com efeito, na França, todos os indivíduos que possuem diploma do Estado em medicina e inscritos na Ordem dos Médicos (que é, para os detentores de diploma do Estado, mera formalidade), podem solicitar serem convenccionados pela Seguridade Social, sem que ela possa rejeitá-los, independentemente do local onde eles escolhem se instalar e a especialidade que eles escolhem exercer. Devido ao convênio quase automático dos médicos liberais, a formação de um maior número de praticantes é então suscetível de resultar em custos adicionais para o seguro saúde francês.

Para justificar a instituição de um concurso no início dos estudos médicos, os partidários da “seleção” usam um argumento poderoso: de que é preciso garantir uma formação prática de qualidade aos futuros médicos. De fato, até 1968, os estudantes não recebiam a mesma formação clínica: os “externos”, selecionados através de concursos organizados pelos hospitais a partir de seu segundo ano de estudos, recebiam uma formação prática muito mais intensiva que os outros estudantes, menos bem vistos pelos médicos dos hospitais. No entanto, em resposta a uma demanda expressada pelos estudantes de medicina mobilizados em maio de 1968, o governo remove os concursos para externos, de forma que todos os alunos recebam a mesma formação prática durante seu segundo ciclo. Assim, o problema é atribuir funções do hospital para todos os estudantes, em um contexto em que muitos hospitais estão em construção ou reforma. O principal argumento dos defensores da seleção é,

portanto, que o número de estudantes de medicina deve ser proporcional às capacidades de formação dos hospitais.

Apesar da relutância de funcionários do governo, que temem um novo “maio de 68” mais do que tudo, uma lei estabelece, em 1971, uma “limitação” no número de alunos do segundo ano de medicina recebidos, de acordo com a capacidade de formação dos hospitais. Cuidadosos e preocupados em não serem acusados de malthusianismo, os governos fazem a escolha de estabilizar o número de alunos recebidos a partir do primeiro ano de estudos médicos, sem redução. Em 1979, o princípio de concurso não é mais contestado, e o governo introduziu um novo critério na determinação do *numerus clausus*: o de “necessidades de saúde da população”. Na verdade, ninguém sabe então como determinar tais necessidades e deduzir o número de médicos em formação. Por outro lado, essa noção é uma ficção conveniente que permite aos governos determinar mais livremente o *numerus clausus* - e especialmente reduzi-lo -, sem estarem constrangidos à avaliação da capacidade de formação dos hospitais, realizada por médicos de hospitais e de universidades (Déplaude, 2009b).

Um sistema de cotas

Os debates cujo objeto é a demografia médica, após os eventos de maio-junho de 1968, não versam apenas sobre o número de estudantes a serem admitidos no segundo ano de estudos médicos, mas também sobre o acesso à formação especializada. Na verdade, uma proporção crescente de estudantes de medicina escolhe se formar em uma especialidade (oftalmologia, cardiologia, pediatria, dermatologia etc.) e se afastam da medicina geral. De fato, com exceção da cirurgia, é possível se formar em uma especialidade sem ter passado no concurso de “internato”, organizado pelos hospitais a partir do quarto ano de estudos, fornecendo acesso à remuneração e às responsabilidades hospitalares.³ A partir de 1947, os governos autorizaram a criação dos “certificados de estudos especiais” emitidos

pelas faculdades de medicina. Menos prestigiados e seletivos do que a estrada real do internato do CHU, eles não dão acesso às carreiras hospitalares e acadêmicas, mas permitem o estabelecimento como especialista no setor liberal. Estes cursos ficam muito populares entre os estudantes, metade dos quais se matricularam depois de obter seu doutorado em medicina em meados da década de 1970.

Essa tendência é denunciada pelos sindicatos de médicos liberais, que temem que o surgimento da medicina especializada reduza o escopo da prática dos clínicos gerais e desvalorize seu ofício. A escassez do número de vagas abertas em hospitais também significa que uma parcela crescente de antigos residentes do CHU exerce a prática no setor liberal, onde eles enfrentam a concorrência de especialistas de áreas menos seletivas e considerados menos instruídos. Os governos, por sua vez, procuram frear o desenvolvimento da medicina especializada, considerada mais cara para o seguro saúde estatal do que a medicina generalista. Além disso, eles devem cumprir as diretivas europeias (adotadas em 1975) sobre a formação dos médicos, que preveem que todos os alunos que desejam se formar em uma especialidade deverão passar pelas responsabilidades remuneradas do hospital. Ao final das discussões e negociações que se estenderam ao longo de mais de quinze anos, o acesso à formação especializada é limitado por uma reforma da formação médica em 1982: a partir desse momento, somente os aprovados no concurso de internato poderiam se formar em uma especialidade. Os médicos do CHU conseguem assim que os futuros especialistas sejam formados principalmente em seus serviços, em detrimento daqueles dos hospitais não universitários, que acolhiam então muitos estudantes se preparando para um certificado de estudos especiais (para especialista). Para além de melhorar a formação de especialistas, um dos principais objetivos da reforma é reduzir o número de especialistas formados, baixando a um terço a proporção de alunos que se formam em uma especialidade. No entanto, ao contrário de sua intenção original, os governos não conseguiram impor cotas por especialidade, exceto para a psiquiatria, a

3 Concursos de internato mais seletivos e mais procurados são aqueles organizados pelos CHU - e particularmente aqueles de Paris. Na década de 1960, apenas 15% dos estudantes de medicina conseguiu a residência do CHU (Laugier; Gout, 1962).

biologia e a saúde pública, que representam apenas uma pequena parte de especialistas formados. Os estudantes de medicina e os médicos dos hospitais universitários conseguiram de fato que o internato de medicina estabelecida pela reforma de 1982 permanecesse o mais próxima possível do antigo internato de hospitais universitários, liberais e elitistas, os primeiros porque queriam manter a escolha de especialização o mais restrita possível, os últimos porque queriam continuar a ser capazes de recrutar internos e residentes com base nas necessidades dos seus serviços em qualquer determinada especialidade.

Finalmente, a instituição de cotas restringindo o acesso ao segundo ano da faculdade de medicina (o *numerus clausus* em si), e depois aquelas que regulam o acesso a formações especializadas (o novo concurso de internato) são acompanhadas por medidas que visam regular a instalação na França de médicos formados no exterior. Desde 1892, é necessário ser titular do diploma do Estado de doutor em medicina para exercer a prática na França. Em 1933, como resultado de mobilizações xenófobas, uma lei também introduziu a condição de cidadania francesa (Evleth, 1995). Diante destas condições draconianas, pouquíssimos profissionais formados no exterior tinham o direito de exercer na França. No entanto, em 1972, uma lei autoriza a emissão de licenças de exercício para médicos que não preenchiam essas condições, sujeitos a uma avaliação de seus diplomas e suas carreira por uma comissão especializada. As primeiras “licenças de exercício” assim emitidas beneficiam principalmente médicos que emigraram para a França por motivos políticos. Porém, muito rapidamente, os membros da Comissão, composta por representantes da comunidade médica e do Estado, chegam ao acordo de que o número de licenças de exercício emitido por ano não deveria exceder 1% do número de vagas abertos no concurso do fim do primeiro ano de medicina, especialmente por medo de suscitar reações xenófobas entre os estudantes de medicina (Déplaud, 2011).

Assim, no início da década de 1980, um sistema completo de cotas ligadas umas às outras é que regulam o acesso à prática da medicina na França. Graças a esses contingentes, as autoridades públicas têm, teoricamente, o poder para determinar o número de médicos que podem exercer na França e para fixar sua distribuição entre a clínica geral e as especialidades.

Racionar o número de médicos

Até o início dos anos 2000, a determinação de cotas que restringiam o acesso à profissão médica foi objeto de lutas recorrentes, tanto na comunidade médica quanto no Estado. Ela opõe principalmente os sindicatos de médicos liberais aos representantes dos médicos de hospitais e universidades. Em meados de 1970 até meados da década de 1990, os sindicatos não cessam de pedir uma redução de cotas – e, em primeiro lugar, do *numerus clausus* da medicina. De fato, esse período foi marcado no mercado de trabalho pelo fluxo de grandes promoções de médicos formados a partir do final da década de 1960: o número de médicos em exercício passa então de 81.000 em 1975 para 173.000 em 1990. Sendo insuficiente a criação de vagas para médicos assalariados, a grande maioria dos jovens licenciados se estabelece como profissional liberal. As dificuldades se concentram nos clínicos gerais, mais numerosos, concorrendo com médicos especialistas e geralmente aplicando, ao contrário dos últimos, as tarifas da Seguridade Social:⁴ não só os médicos generalistas que se estabelecem nos anos 1980 demoram mais do que seus antecessores para construir sua clientela, mas também não conseguem, mesmo após vários anos, um nível de honorários semelhante (Beudaert, 1999). No sindicatos de médicos liberais, representantes dos clínicos gerais também defendem uma redução drástica no número de médicos formados nas universidades. Ainda por cima, a fragmentação das organizações sindicais, envolvidas em uma feroz concorrência na representação dos interesses dos

4 Em 1980, o governo permite aos médicos cobrar tarifas superiores às da Seguridade Social. Ao contrário dos especialistas, muito poucos clínicos gerais optam por essa possibilidade, alguns por convicção, outros por medo de perder pacientes.

médicos liberais (Hassenteufel, 1997), levou-os a radicalizar suas posições sobre o assunto.

Ao contrário, médicos de hospitais universitários estão preocupados com as consequências da redução do número de médicos em formação nas faculdades de medicina e, especialmente, no funcionamento dos serviços hospitalares. Com efeito, as criações e renovações das vagas para médicos nos hospitais universitários dependem em parte do número de alunos matriculados nas escolas médicas: a redução em seu número – de 148.500 em 1978 para 113.700 em 1988 – dificulta sua obtenção. Isso é tão preocupante quanto as desigualdades no quadro de pessoal entre as instituições são gritantes. Mas, acima de tudo, uma redução do *numerus clausus* pode se traduzir em longo prazo em uma diminuição do número de internos, que é o número de especialistas em formação nos hospitais. Ora, os médicos internos são indispensáveis para o funcionamento de muitos serviços hospitalares, à medida que cuidam de uma grande parte dos turnos e plantões e assumem numerosas outras tarefas. Em princípio, a diminuição do número de residentes deve ser compensada pela criação de vagas para médicos hospitalares, mas o custo significativamente maior de tais postos e a dificuldade para recrutar profissionais dispostos a assumir turnos e plantões fizeram a manutenção de um número suficiente de internos ser um tema importante para funcionários do hospital e da universidade. Em consequência, embora alguns deles tenham apoiado a instituição do *numerus clausus*, a partir da década de 1980 eles opuseram-se fortemente a um declínio acentuado desse número.

Essas lutas internas na comunidade médica são redobradas no Estado por uma oposição entre dois conjuntos de administrações. De um lado, os gestores do Seguro Saúde – que representam as administrações encarregadas do orçamento do Estado e da Seguridade Social – esforçam-se acima de tudo para conter o aumento das despesas de saúde, que se tornou uma grande preocupação do governo na década de 1970 (Pierru, 2007). Para esses altos funcionários, a demografia médica representa

uma questão importante para o controle de gastos em saúde, pois eles chegam até mesmo a defender a ideia de que a existência de um número grande de médicos – e particularmente especialistas – gera uma demanda artificial por cuidados e, assim, pesam desnecessariamente nas despesas do Seguro Saúde (Déplaud, 2010). Em 1996, a Direção do Orçamento ainda vai defender a ideia que o *numerus clausus* não deve ser apenas uma ferramenta de gestão (para controlar despesas de saúde), mas também de reforma. Para esta Direção, trata-se de colocar o sistema de saúde sob pressão (para lidar com a escassez de profissionais em algumas áreas) para incentivar os médicos a aceitar, ou mesmo querer, algumas medidas impopulares: fechamento de serviços hospitalares, restrições à liberdade de instalação dos médicos liberais etc. Tornando-se assim mais eficiente, o sistema de saúde permitiria que os franceses fossem tão ou mais bem cuidados do que antes, com menos médicos.

De outro lado, o Ministério Nacional da Educação e, em seguida, o Departamento Ministerial responsável pelos hospitais, retransmitem as preocupações dos médicos de hospitais e universidades: eles estão preocupados principalmente com as consequências da redução do número de médicos em formação em serviços hospitalares. Eles conseguiram, junto com os médicos dos hospitais universitários, fazer a diminuição do *numerus clausus* ser distribuída ao longo do tempo; mas não conseguem evitar um declínio acentuado nessa cota, de acordo com o que exigem sindicatos de médicos liberais e gestores do Seguro Saúde: de 7.900 em 1979, o *numerus clausus* passa a 3.500 em 1993, e manteve esse nível até o final da década de 1990. O número de vagas anunciado em exames de internato diminuiu, no entanto de modo menos acentuado para não criar muitas dificuldades aos serviços hospitalares. Ele foi reduzido em cerca de um terço, e como resultado, o objetivo da reforma dos estudos médicos de 1982, de formar menos especialistas e mais clínicos gerais, não foi alcançado. É o oposto do que ocorre: a partir de 1998, formamos mais especialistas do que clínicos gerais na França.⁵

5 Além disso, entre os clínicos gerais, muitos estão se direcionando a um exercício especializado (Alergologia, Sofrologia, Acupuntura, emergências hospitalares, Medicina Ocupacional, Escolar, etc.) sem ainda ter o título de especialista após seus estudos. Hoje, entre os médicos licenciados em clínica geral, um terço não a exerce especificamente (ONDPS, 2008).

Em última análise, durante os anos 1980-1990, as cotas que regulamentam o acesso à profissão médica não foram definidas com base numa estimativa, mesmo que grosseira, de “necessidades de saúde” da população. A preocupação dos governos em conter o aumento das despesas de saúde por um lado e minimizar as consequências da redução do número de médicos em formação sobre o funcionamento dos serviços hospitalares representou questões em jogo bem mais decisivas.

Um sistema de saúde ainda desigual

A política conduzida pelos governos na questão da demografia médica entre o final das décadas de 1970 e de 1990 teve efeitos positivos para muitos médicos, particularmente liberais. O início da carreira dos jovens clínicos gerais é hoje muito menos difícil do que era no início de 1980. A queda acentuada no número de médicos formados nas universidades também ajudou os sindicatos de médicos liberais a defender, com êxito, a manutenção do convênio quase automático dos profissionais, o qual os gestores do Seguro Saúde tentaram colocar um fim. Em revanche, a reforma dos estudos médicos de 1982 e a contração das cotas estão na origem de dificuldades significativas para os hospitais. Inicialmente, essas dificuldades estão concentradas no nível dos hospitais não universitários, que perderam muitos especialistas em formação em benefício dos CHU, com a falta de médicos para garantir o funcionamento dos serviços. Perante estas dificuldades, que afetam também os CHU a partir da década de 1990, os hospitais passam a apelar para os médicos treinados fora da União Europeia: com efeito, embora não autorizados a exercer como liberais, esses médicos podem ser empregados em hospitais sob alguns estatutos, precários e mal pagos. Depois de inicialmente ter facilitado estes recrutamentos, os governos tentam limitá-los, mas em vão. Hoje, médicos com diplomas extracomunitários contribuem para uma parte muito importante do funcionamento dos hospitais franceses, pouco engajados no setor privado.

No entanto, para além do setor hospitalar, a diminuição previsível do número de médicos,

devido à contração do *numerus clausus*, começa a preocupar a Ordem dos Médicos e alguns sindicatos de especialistas a partir da década de 1990. Longe de ser homogênea, a diminuição do número de médicos deve afetar mais particularmente certas especialidades e áreas geográficas já com poucos médicos. Temendo essa perspectiva, suscetível de conduzir a uma deterioração nas condições de trabalho de muitos médicos e ao aumento das dificuldades de acesso aos cuidados em certas partes do território, eles pedem que mais médicos sejam formados, particularmente em certas especialidades. Os aprovados no concurso, frequentemente alocados em zonas rurais, também estão interessados na questão da demografia médica e reivindicam a tomada de medidas para que mais médicos possam se estabelecer em seus territórios.

Essas reivindicações, apoiadas pelas projeções demográficas do Ministério da Saúde, são amplamente divulgadas a partir de 2001. O governo, que tinha começado a afrouxar um pouco o *numerus clausus*, o aumentou drasticamente a partir dessa data: ele passa de 3.600 em 1997 para 7.000 em 2006, e estabilizou-se nesse nível. Da mesma forma, o número de vagas oferecidas no internato, substituído por “provas classificatórias nacionais” em 2005, é aumentado. Até hoje, o aumento das cotas foi a principal resposta das autoridades para o problema da demografia médica, tal como foi redefinido a partir do final da década de 1990. Podemos analisar esse aumento como uma política de “saturação de oferta” para formar muitos médicos na esperança de que um número suficiente deles irá exercer a profissão nos lugares menos atraentes (Bourgueil, 2007).

Não obstante, o Estado também tomou muitas medidas para incentivar a instalação de jovens licenciados em áreas com fraco atendimento médico. Ao contrário do que queriam alguns atores (especialmente concursados em áreas rurais, gestores do Seguro Saúde e representantes da comunidade hospitalar), estas medidas não limitaram a liberdade de estabelecimento dos médicos liberais, condicionando o convênio à Seguridade Social à escolha do local de estabelecimento, como foi

feito em várias profissões paramédicas a partir de 2007.⁶ Com efeito, até esta data, nenhum governo ousou confrontar os sindicatos dos médicos liberais e, ainda mais, os sindicatos de estudantes e médicos residentes, questionando o convênio quase automático dos médicos liberais. As medidas adotadas pelas autoridades públicas consistem exclusivamente em incentivos positivos, principalmente financeiros, para a autoinstalação em áreas onde faltam médicos (auxílio material para estabelecimento, aumento de salário pelo exercício em zona carentes, “contratos de engajamento no serviço público (CESP)”,⁷ dispositivos de “médicos territoriais de clínica geral (PTMG)”⁸ etc.). Apesar de seu custo para as finanças públicas, essas medidas tiveram efeitos muito fracos até agora. Além disso, elas estão focadas em clínicos gerais, enquanto os especialistas liberais estão distribuídos ainda mais desigualmente no território.⁹

A manutenção do convênio quase automático dos médicos liberais e, portanto, a fraca regulação do estabelecimento dos profissionais no setor liberal, têm duas consequências importantes. Em primeiro lugar, elas incentivam a perpetuação de uma distribuição geográfica muito desigual dos médicos no território, tanto entre os clínicos gerais como entre os especialistas. Elas contribuem também para as dificuldades de recrutamento dos hospitais, já que muitos jovens especialistas, considerando as carreiras hospitalares insuficientemente atraentes, preferem se estabelecer como liberais, com taxas predominantemente superiores às da Seguridade Social.¹⁰

Embora a tendência dos médicos a se estabelecerem preferencialmente em grandes cidades, onde há mais oportunidades econômicas e as comunidades profissionais são as mais

desenvolvidas, não seja novidade (Tonnelier, 1992), ela é reforçada hoje por duas mudanças simultâneas. Por um lado, a maioria dos cônjuges dos médicos hoje têm uma atividade profissional e ocupam com mais frequência cargos altamente qualificados. Isso requer encontrar um local de exercício que permita ao cônjuge encontrar um emprego satisfatório, o que favorece o estabelecimento nas grandes cidades, onde as oportunidades de emprego com alto nível de qualificação são maiores. Por outro lado, o fato de que os médicos têm mais frequentemente um cônjuge ativo levou um número crescente deles a encontrar um modo de atividade compatível com algum investimento na esfera familiar: o modelo da “disponibilidade permanente”, caracterizado por uma grande amplitude de horários de trabalho, está em declínio, mesmo entre os homens (Lapeyre; Le Feuvre, 2005). Ora, a prática da medicina em áreas com poucos médicos continua a apresentar demandas e obrigações mais fortes do que em zonas muito medicalizadas, particularmente do ponto de vista do tempo de trabalho, do volume de plantões a garantir e das dificuldades maiores para conseguir ser substituído em suas jornadas. Como consequência, os candidatos a se instalar nessas regiões são raros, e muitos médicos que se aposentam não são substituídos.

Considerações finais

Ao contrário de análises ainda comuns na sociologia das profissões e trabalhos dedicados à história do corpo médico, nosso estudo mostra que os médicos franceses nem sempre defendem posições malthusianas sobre a questão da demografia médica e raramente são unidos sobre ela. Enquanto muitas pesquisas em sociologia das profissões

6 Uma dessas medidas seria, por exemplo, recusar que os médicos que desejam se estabelecer em áreas já bem providas de médicos sejam contratados pela Seguridade Social.

7 Estes contratos disponibilizam uma renda mensal ao estudante, em troca de engajamento por um período mínimo de dois anos em regiões com risco de quebra de oferta de serviços médicos ou uma especialidade em falta.

8 Este dispositivo garante uma renda mensal em torno de um teto de um médico profissional liberal aos jovens médicos generalistas que se engajem por no mínimo um ano em uma zona nomeada “deserto médico”.

9 Mesmo sem levar em conta a região de Paris (que representa um caso atípico por causa do tamanho dos hospitais parisienses), as diferenças regionais de densidade médica variam de 1 a 1,4 para clínica geral, e de 1 a 1,6 para especialidades (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2016). As diferenças são ainda mais marcantes no nível sub-regional.

10 Em 2016, mais de 60% dos cirurgiões, dermatologistas, obstetras, pediatras, psiquiatras e gastroenterologistas cobram taxas superiores às da Seguridade Social (CNAM, 2017).

de inspiração weberiana enfatizam processos de fechamento profissional, isto é, estratégias visando, para uma determinada profissão, regulamentar o seu recrutamento para preservar seus interesses econômicos e simbólicos (Larson, 1977; Paradeise, 1988), demonstramos aqui que nem sempre é assim. Por várias razões, relacionadas à posição que ocupam no campo da medicina, os médicos estão divididos sobre esse assunto. Além disso, a preservação de interesses econômicos e simbólicos dos médicos não implica sempre em uma estrita limitação do número de profissionais, incluindo mesmo aos olhos dos representantes dos médicos liberais. Em determinadas circunstâncias – que não são incomuns considerando os últimos cinquenta anos – eles acreditam no contrário, que é pelo aumento do número de médicos que esses interesses serão melhor defendidos. Sendo mais numerosos, os médicos podem atender às demandas de seus pacientes mantendo as condições de trabalho aceitáveis. Sendo mais numerosos, eles também serão mais poderosos. O declínio demográfico de um grupo profissional nem sempre é vantajoso para seus membros: ele pode levar a um estreitamento do território reconhecido, e assim, a um enfraquecimento de sua posição social, quer se trate de um simples segmento dentro do corpo médico ou da profissão médica como um todo.

Além disso, não só as lógicas econômicas e simbólicas, às quais as teorias de fechamento dão grande importância, podem levar à abertura ou fechamento de um grupo, elas não são as únicas a ter um papel na demografia profissional. Em primeiro lugar, a lógica de representação tem efeitos específicos nas posições dos porta-vozes da comunidade médica. Por exemplo, a fragmentação da representação sindical dos médicos liberais nos anos 1980-1990 e a competição entre essas organizações as levaram a apostar alto e a dramatizar o problema da demografia médica. Em segundo lugar, a lógica institucional pesou muito na maneira como os médicos dos hospitais universitários ficaram apreensivos com a questão da demografia médica. A dependência das instituições hospitalares e universitárias em relação ao fluxo de médicos em formação explica em grande parte as posições tomadas por seus representantes, tanto em termos

pedagógicos quanto de demografia médica, nos últimos cinquenta anos.

De 1960 até hoje, a demografia médica, portanto, tem sido um motivo de lutas dentro da profissão médica. Essas lutas são realizadas em grande parte no interior do Estado, para o qual a saúde constitui uma grande área de ação pública. Com prerrogativas diferentes, muitos departamentos ministeriais se interessam, com os fundos de Seguro Saúde, em demografia médica desde o início dos anos 1960. No entanto, esses atores muitas vezes têm defendido pontos de vista opostos sobre a política dessa área. As lutas internas da comunidade médica sobre a questão da demografia médica foram muitas vezes redobradas por lutas internas do Estado. Estas tocaram em grandes questões sociais e políticas, como o acesso ao ensino superior, a qualidade da formação oferecida aos futuros médicos, a seleção de elites médicas, o funcionamento de hospitais ou a medicalização do território. Isso explica que, apesar de demografia médica ter raramente sido um tema de confronto partidário, decisões sobre esse assunto muitas vezes têm obedecido a uma lógica estritamente política que envolve os mais altos dirigentes. Em muitos casos, essas decisões foram feitas menos com base em uma avaliação fundamentada nas necessidades de saúde da população – aliás, difíceis de executar – e mais em uma avaliação pragmática de seus custos ou benefícios políticos em curto prazo. As decisões tomadas sobre demografia médica obedecem também, mais frequentemente, os interesses dos segmentos mais poderosos da comunidade médica. Estes últimos são oriundos principalmente das áreas mais ricas e medicalizadas do território, e as desigualdades territoriais na oferta de cuidados de saúde têm toda a probabilidade de continuar.

Referências

- BEUDAERT, M. Les honoraires des médecins généralistes entre 1985 et 1995. *Études et Résultats*, Paris, n. 15, p. 1-4, 1999.
- BOURGUEIL, Y. et al.. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. *Questions d'économie de la santé*, Paris, n. 122, p. 1-6, 2007.

- CAUSSAT, L.; FENINA, A.; GEOFFROY, Y. Les comptes de la santé de 1960 à 2001. *Série Statistiques*, Paris, n. 54, p. 1-39, 2003.
- CHEVANDIER, C. *L'hôpital dans la France du XX^e siècle*. Paris: Perrin, 2009.
- CNAM - CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. *Dépassements d'honoraires des médecins : une tendance à la baisse qui se confirme*. Paris, 2017.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. *Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1^{er} janvier 2016*. Paris, 2016.
- DÉPLAUDE, M.-O. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine : genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68. *Revue d'Histoire de la Protection Sociale*, Paris, n. 2, p. 79-100, 2009a.
- DÉPLAUDE, M.-O. Une fiction d'institution : les « besoins de santé de la population ». In: GILBERT, C.; HENRY, E. (Dir.). *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris: La Découverte, 2009b. p. 253-270.
- DÉPLAUDE, M.-O. Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la « sélection ». *Sociétés Contemporaines*, Paris, v. 73, n. 1, p. 2145, 2009c.
- DÉPLAUDE, M.-O. Rationaliser le système de soins : les appropriations administratives d'une théorie économique. In: BÉRARD, Y.; CRESPIEN, R. (Dir.). *Aux frontières de l'expertise : dialogues entre savoirs et pouvoirs*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2010. p. 145-157.
- DÉPLAUDE, M.-O. State xenophobia? Foreign doctors in France. *Politix*, Mont-Saint-Guibert, n. 95, p. 207-231, 2011.
- DÉPLAUDE, M.-O. *La hantise du nombre : une histoire des numerus clausus de médecine*. Paris: Les Belles Lettres, 2015.
- EVLETH, D. Vichy France and the continuity of medical nationalism. *Social History of Medicine*, Oxford, v. 8, n. 1, p. 95-116, 1995.
- HASSENTEUFEL, P. *Les médecins face à l'État: une comparaison européenne*. Paris: Presses de Sciences, 1997.
- HATZFELD, H. *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris: Éditions Ouvrières, 1963.
- JAMOIS, H. *Sociologie de la décision: la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris: Éditions du CNRS, 1969.
- LAPEYRE, N.; LE FEUVRE, N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue Française des Affaires Sociales*, Paris, n. 1, p. 59-81, 2005.
- LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological perspective*. Berkeley: The University of California Press, 1977.
- LAUGIER, A.; GOUT, M. L'externat et l'internat en France. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, Paris, v. 2, n. 4, p. 21-31, 1962.
- LE BIANIC, T. L'état et les professions dans la sociologie continentale et anglo-américaine: un état des lieux. In: LE BIANIC, T.; VION, A. (Dir.). *Action publique et légitimités professionnelles*. Paris: LGDJ, 2008. p. 249-277.
- ONDPS - OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ. *Le rapport 2006-2007, t. 1: la médecine générale*. Paris, 2008.
- PARADEISE, C. Les professions comme marchés du travail fermés. *Sociologie et Sociétés*, Montreal, v. 20, n. 2, p. 921, 1988.
- PIERRU, F. *Hippocrate malade de ses réformes*. Bellecombe-en-Bauges: Éditions du Croquant, 2007.
- TONNELIER, F. *Inégalités géographiques et santé: évolution depuis le XIX^e siècle en France*. Paris: CREDDES, 1992.
- WEBER, M. *Économie et société, t. 2: l'organisation et les puissances de la société dans le rapport avec l'économie*. Paris: Pocket, 1995.

Recebido: 21/05/2018
Aprovado: 08/08/2018