

Percepciones de gestores municipales de Salud sobre la provisión y actuación de los médicos del Programa Más Médicos

Carlos André Moura Arruda^(a)

Vanira Matos Pessoa^(b)

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto^(c)

Fernando Ferreira Carneiro^(d)

Yamila Comes^(e)

Josélia de Souza Trindade^(f)

Diego Dewes da Silva^(g)

Leonor Maria Pacheco Santos^(h)

(a) Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Dr. Silas Munguba, 1700. Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60.740-000. andrecaninde@yahoo.com.br

(b,c,d) Fundação Oswaldo Cruz, Fortaleza, CE, Brasil. vanirapessoa@gmail.com; ivana.barreto@fiocruz.br; fernando.carneiro@fiocruz.br

(e,f) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. ycomes@gmail.com; joselia.trindade@gmail.com

(g) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil. dewes.psyc@gmail.com

(h) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. leopac.unb@gmail.com

En Brasil, el desafío de la redistribución de médicos fue objeto de diversas intervenciones gubernamentales. El objetivo fue analizar la provisión de médicos del Programa Más Médicos, según las percepciones de gestores municipales de Salud. Se trata de un estudio cualitativo realizado con 63 gestores en 32 municipios de Brasil. Las entrevistas se sometieron a análisis de contenido con la ayuda del software Atlas.ti. Se subrayan las contribuciones de los médicos del programa en la mejora de la atención a la salud, en las prácticas clínicas humanizadas y diferenciadas y en los cambios en la red de atención a la salud, después de la implementación del Programa. Los gestores reafirman la importancia de la implementación del programa en lo que se refiere a la provisión y a la fijación de médicos en la atención básica en municipios vulnerables y de difícil acceso.

Palabras clave: Médicos de Atención Primaria. Gestión en Salud. Políticas públicas. Atención Primaria a la Salud.

Introducción

En Brasil, el derecho a la salud está garantizado constitucionalmente y reglamentado, aunque existen algunos vacíos normativos. Algunos autores nacionales e internacionales reconocen el Sistema Brasileño de Salud (SUS) como la experiencia brasileña más exitosa de implantación de una política pública inspirada en la social democracia y enfocada en valorar e implicar al usuario del sistema de salud en la organización de la protección social y pública universal, integral e intersectorial¹.

Es preciso reconocer que el SUS universal, equitativo e integral nació, se desarrolla y se pone en operación en un contexto de desigualdades y exclusión social como una política del estado brasileño, incluyendo las esferas de los gobiernos de los municipios, estados y federación para asegurar vigilancia, promoción, protección y atención integral a la salud de la población. En este escenario, hay diversos desafíos priorizados por el Ministerio de la Salud, en conjunto con los Estados y los Municipios. Con relación a la organización de los servicios de salud primarios, Brasil instituyó la Política Nacional de Atención Básica (PNAB)², publicada en 2011, caracterizada como:

[...] conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que incluye la promoción y la protección de la salud, la prevención de agravamientos, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y el mantenimiento de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que cause impacto en la situación de salud y autonomía de las personas y en los factores determinantes y condicionantes de salud de las colectividades. (p.19, el destaque es nuestro)

En el referido documento, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) es presentada por el Ministerio de la Salud (MS), por el Consejo Nacional de los Secretarios Estatales de Salud (CONASS) y por el Consejo Nacional de los Secretarios Municipales de Salud

(CONASEMS) como la propuesta para la reorganización de la Atención Básica a la Salud (ABS)²:

“La Estrategia Salud de la Familia tiene el objetivo de reorganizar la atención básica en el país [...] como estrategia de expansión, calificación y consolidación de la atención básica por favorecer una reorientación del proceso de trabajo con mayor potencial para profundizar los principios, directrices y fundamentos de la atención básica, de ampliar la capacidad de resolución y el impacto en la situación de salud de las personas y colectividades, además de propiciar una importante relación costo-efectividad ”. (p. 54, el destaque es nuestro).

Por medio del proceso de descentralización propuesto en la Constitución y en las normativas que la sucedieron, en las décadas de 1990 y 2000, los municipios brasileños pasaron a ser, en conjunto con el gobierno federal y los gobiernos de los estados, gestores del SUS; es decir, Brasil pasó a contar con 5.561 gestores del sistema de salud. En este proceso, los municipios pasaron a ser los principales responsables por la puesta en operación de la PNAB. La experiencia brasileña es singular desde el punto de vista internacional.

Por medio de los espacios de gestión creados en el SUS, es decir, las Comisiones Inter-gestoras Regionales, Bipartitas Estatales y Tripartita, el estado brasileño realizó el consenso de la PNAB y estableció la ESF como su principal formato³. La base organizacional de la ESF son equipos compuestos por médicos generalistas, enfermeros, agentes comunitarios de salud, cirujanos-dentistas y técnicos de enfermería y salud bucal. Desde su creación en 1994, hasta 2013, se implantaron millares de equipos de salud de la familia y el proceso de descentralización de la atención a la salud en Brasil hizo que los municipios fueran empleadores del 69% de los profesionales de salud en el país⁴. En 2012, había 32 mil equipos de la ESF, de los cuales 21.279 tenían equipos de salud bucal.

Entre las evidencias de efectividad de la ESF en el período de implantación, están la reducción de ingresos en hospital por condiciones sensibles a la atención primaria en niños⁵ y adultos⁶, la reducción de consultas no urgentes en las urgencias⁷

y la reducción de la mortalidad infantil⁸. No obstante, otros problemas de salud sensibles a la atención primaria permanecieron en niveles elevados, como la mortalidad materna, la sífilis congénita y el cáncer de cérvix, evidenciando la necesidad de perfeccionamiento de esta estrategia.

Otro desafío enfrentado para la organización de la APS en los municipios brasileños era la alta rotación y, en muchos equipos de áreas vulnerables y remotas, la ausencia de profesionales de salud, especialmente médicos, en esos equipos. El hecho comprometía la realización de un cuidado longitudinal y continuado con la salud del usuario, una práctica de importancia fundamental para la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas⁹.

Además de los desafíos demográficos, epidemiológicos y de la alta rotación de los médicos en la APS, se ha verificado la concentración de profesionales de salud, principalmente médicos, en los grandes centros urbanos. Experiencias internacionales en provisión y retención de profesionales en áreas de vulnerabilidad incluyen una gama de estrategias, del incentivo a la obligatoriedad, tales como selección, educación, servicio civil obligatorio, regulación, incentivos y apoyo^{10,11}, siendo que parte de estas estrategias corresponden a las recomendaciones elaboradas por la Organización Mundial de la Salud¹².

En Brasil, el desafío de la redistribución de médicos fue objeto de diversos programas gubernamentales. A pesar de atraer a algunos profesionales para áreas remotas, estos programas no alcanzaron la magnitud necesaria para suplir las necesidades de los municipios¹³⁻¹⁵.

El Ministerio de la Salud y el Consejo Federal de Medicina (CFM) habían identificado que el promedio nacional de médicos en el país era de 1,8 por mil habitantes; pero que esa proporción es inferior al promedio nacional en las regiones Norte y Nordeste del país. Mientras tanto, otros países tales como Argentina, Uruguay y Portugal, cuentan con más de tres médicos y España supera cuatro médicos por mil habitantes^{16,17}.

Debido a la escasez de médicos, el Frente Nacional de Alcaldes de Brasil (FNP, por sus siglas en portugués), el 4 de febrero de 2013 lanzó la campaña *¿Dónde está el*

médico? y organizó una petición reivindicando del Gobierno Federal medidas necesarias para la contratación de médicos extranjeros que actuarían en la atención básica, en municipios en los que hubiera escasez de médicos. Esa petición fue firmada por más de 2500 alcaldes, además de 4600 firmas y adhesiones de decenas de entidades municipalistas de todo el país¹⁸.

Como respuesta, el Gobierno Federal creó para Brasil el Programa Más Médicos (PMM), por medio de la Medida Provisional que fue transformada en la Ley n.º. 12.871, del 22/10/2013, eligiendo tres frentes estratégicos: i) calificación profesional con más plazas en cursos de medicina y residencia médica, orientados por nuevas directrices curriculares; ii) inversiones en la reconstrucción de Unidades Básicas de Salud; iii) provisión de más de 15 mil médicos brasileños y extranjeros. La provisión de médicos recibió mayor visibilidad pública que las demás, suscitando muchas controversias y constituirá el enfoque de este artículo que discute la percepción de los gestores municipales sobre el proceso.

De tal forma, este estudio tiene el objetivo de analizar el componente provisión de médicos del PMM según la óptica y la percepción de gestores municipales de salud.

Metodología

Como en este estudio el énfasis metodológico se concentró en la percepción de gestores de Atención Básica de distintos municipios de Brasil, se optó por el abordaje cualitativo. Por lo tanto, de acuerdo con Denzin y Lincoln¹⁹, definir la encuesta cualitativa es, antes de más nada, actuar dentro de un campo histórico complejo. Los autores también afirman que ella, por sí misma, es un campo de investigación, no obstante, para esos autores la investigación cualitativa “[...] es una actividad situada que localiza al observador en el mundo. Consiste en un conjunto de prácticas materiales e interpretativas que dan visibilidad al mundo”. (p. 17)

La encuesta se realizó en 32 municipios cuya elección obedeció los siguientes criterios de inclusión: el 20% o más de la población en situación de pobreza extrema, con inscripción en el primero o segundo ciclo del PMM, con menos de cinco médicos y

menos de 0,5 médicos por mil habitantes antes del programa (junio de 2013). La selección final de los municipios en la muestra fue aleatoria, con división proporcional al número de municipios con las características anteriormente descritas en cada región de Brasil, resultando en 14 municipios en el Norte, 12 en el Nordeste, 3 en el Sudeste, 2 en el Centro-Oeste y 1 en el Sur. Debido a las características anteriormente descritas, el 98% de los médicos asignados por el Programa MM en los municipios estudiados provenía de la cooperación con Cuba.

En cada uno de los 32 municipios seleccionados, se entrevistaron 02 gestores, siendo ellos preferencialmente, el Secretario Municipal de Salud y el Coordinador de la Atención Básica. Tan solo en un municipio no fue posible entrevistar a los dos gestores, debido a la ausencia de uno de ellos el día de la entrevista. De esta forma, se incluyeron 63 gestores de todos los municipios seleccionados, una vez que todos concordaron en participar en el estudio.

Para fines específicos de obtención del material empírico, se utilizó un guión semi-estructurado que contenía algunos elementos relativos a la caracterización del informante (aspectos socio-económicos), además de cuestiones que nortearon la entrevista, tales como *estructura de la atención a la salud en el municipio, expectativas relativas al componente de provisión del PMM, contribuciones de la gestión para el PMM*, entre otras cuestiones posibles de desdoblarse en nuevas preguntas, con base en el contenido emergente en las declaraciones de los entrevistados.

Sobre la entrevista, debemos recordar que se constituye, como señala Poupart²⁰, “[...] una puerta de acceso a las realidades sociales [...]” (p. 215), es decir, fue posible conocer y comprender algunas cuestiones relativas al PMM, a partir de las percepciones de los gestores.

Después de la realización de las entrevistas con los gestores se realizó la transcripción y la presentación del material empírico al *software* Atlas Ti. Las 63 entrevistas transcritas (de los 32 municipios) se categorizaron según un conjunto de 23 grupos semánticos, provenientes de las principales cuestiones consideradas durante el proceso de entrevista, a partir de las cuales se realizaron categorizaciones por parte de investigadores con experiencia de términos semánticamente equivalentes

y relevantes para los objetivos del estudio. Se insertaron once categorías de análisis después de la predefinición por parte del grupo de trabajo, considerando asuntos emergentes en diversas entrevistas.

Juntamente con eso, las entrevistas se analizaron siguiendo la teoría de Análisis de Contenido²¹, con el auxilio del *software* Atlas Ti, Versión 1.0.36²². Bardin señala que ese análisis

[...] se define como el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, tendientes a obtener indicadores (cuantitativos y cualitativos) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción (contexto social) de esos mensajes. (p. 76)

La encuesta obedeció los parámetros e ítems que rigen la Resolución 466, del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, que reglamenta encuestas. Debemos subrayar que el documento de consentimiento libre e informado se elaboró en conformidad con la referida Resolución, asegurando así los principios de la bioética. Este protocolo fue considerado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP, por sus siglas en portugués) de la Facultad de Salud de la Universidad de Brasilia, bajo el número 399.461 / 2013.

Resultados y discusión

Se analizaron entrevistas de 63 gestores vinculados a las Secretarías Municipales de Salud, en 32 municipios seleccionados para la encuesta, distribuidos en las cinco macro-regiones de Brasil. Entre los entrevistados, 43 (el 60% del total) informaron que eran del sexo femenino y 21 (el 40% del total) del sexo masculino, siendo 30 Secretarios de Salud (el 46,9%), 24 Coordinadores de Atención Básica (el 37,5%) y diez asignados a otros cargos de gestión (el 15,6%), por lo general coordinaciones de vigilancia y asesorías. Los individuos de la muestra tenían una edad

promedio de 36,8 años (d.p.= 8,3), incluidas entre los 24 y 58 años, estando, en el 74% de los casos, por debajo de los 40 años. Debido a las características del muestreo de municipios, la mayoría de los gestores entrevistados provenía de las regiones Norte (el 43,8%; n=28) y Nordeste (el 40,6%; n=26). Por lo general, los gestores respondedores estaban, en promedio, hacía 1,87 años (d.p.= 1,63) en el cargo, con tiempo de permanencia comprendido entre 14 días hasta ocho años. Los secretarios municipales de salud presentaron, en promedio, 1,85 año (d.p.= 1,54) de permanencia en el cargo, con tiempo mínimo de 14 días y máximo de seis años.

A continuación, presentaremos las categorías analíticas que surgieron de todo el material cualitativo procesado.

“Uno ve una diferencia”: contribuciones de la provisión de profesionales del PMM para el municipio (subtítulo)

Se observa que los gestores señalan muchas contribuciones del Programa MM para el municipio. En sus declaraciones es unánime que, entre esas contribuciones, se destaca la provisión de médicos en el municipio que permitió a la población la ampliación del acceso relativo a la atención médica. Como los municipios se localizan en el interior de los estados, los gestores evalúan que el Programa MM, al garantizar esa provisión, contribuyó para un fortalecimiento de la Atención Básica. Juntamente con eso, subrayan el cumplimiento de la carga horaria de los médicos del programa, situación que antes era diferente en muchos municipios. Resulta clara la satisfacción de los gestores con relación a tener un médico en la atención básica en el municipio de lunes a viernes.

“[...] está fortaleciendo la atención básica, conforme dije, la cuestión del acceso, ¿verdad? Tenemos un médico de lunes a viernes, porque antiguamente el médico que trabajaba aquí con nosotros solamente trabajaba tres días como máximo. El médico del Más Médicos trabaja realmente de lunes a viernes, tiene un compromiso mayor con el horario y el acceso de la población es mayor. Él hace muchas visitas a domicilio.

Entonces es así: fortaleció mucho la atención básica, principalmente en la unidad en que él (médico del PMM) trabaja, uno ve una diferencia”. (Gestor de salud)

“Suplió esa necesidad de la carencia de médicos aquí en el interior [...]”.
(Gestor de salud).

Esa percepción por parte de los gestores es justificada, considerando que, antes del Programa MM, las evidencias señalaban desigualdades importantes entre los habitantes de las regiones brasileñas, en lo que se refiere al acceso y a los cuidados médicos en Brasil²³. La Estación de Investigación de Señales de Mercado (EPSM/ UFMG, por sus siglas en portugués) desarrolló un Índice de Escasez de Profesionales de Salud en la Atención Primaria²⁴ y demostró que las regiones Norte y Nordeste eran las más afectadas por la grave escasez de médicos²⁵. Hasta 2016, el Programa MM garantizó la provisión de 18.240 médicos, distribuidos en el 73% de los municipios brasileños, alcanzando a 64 millones de brasileños que no tenían atención médica²⁶.

Otra contribución del PMM percibida por la mayoría de los gestores fue la mejora de los indicadores de salud de la atención básica (como del prenatal y de la visita a domicilio) y de la vigilancia de la salud (como el aumento de las notificaciones de diarreas y otras enfermedades de notificación obligatoria).

“Uno tiene una cierta visión de la realidad de nuestra población, ¿verdad? Con base en la vigilancia en salud, en la epidemiología, comenzamos a trabajar realmente lo que es la salud pública y la cuestión de los casos de notificación, casos de investigación en la fecha propicia [...] la contribución fue esa: de que los indicadores habían aumentado por la característica de que la médica era de la salud pública de verdad”. (Gestor de salud).

“[...] creo que mejoraron bastante algunos indicadores, así como el prenatal y la visita a domicilio [...]. (Gestor de salud).

Aunque la población brasileña haya ampliado gradualmente el acceso a la atención básica para la salud en las décadas de 1990 y 2000, un estudio de evaluación transversal, realizado en las regiones Sur y Nordeste de Brasil, en 2005, mostró que, como máximo, el 50% de las madres realizaron el prenatal en la UBS del área de cobertura de su domicilio, con proporciones significativamente mayores en la ESF que en el modelo tradicional en las dos regiones. El número promedio de seis o más consultas de prenatal fue alcanzado por aproximadamente dos tercios de las madres que realizaron prenatal en la UBS de su área; por lo tanto, todavía había un porcentaje significativo de embarazadas que no tenían acceso al prenatal de calidad²⁷.

Otra investigación más reciente se realizó en 2010 con 13.205 mujeres que hicieron el prenatal y/o el parto en el SUS, en 252 municipios prioritarios para la reducción de la mortalidad infantil, localizados en 17 estados de la Amazonía Legal y el Nordeste. La adecuación del prenatal y el parto analizó la conformidad con indicadores de proceso propuestos por el Programa Nacional de Humanización del Prenatal y el Nacimiento. Entre las mujeres investigadas, el 75,4% realizaron seis o más consultas de prenatal, pero solamente el 3,4% tuvieron acceso a un prenatal clasificado como adecuado y la atención al parto fue considerada adecuada solamente para el 1% de las entrevistadas. El estudio concluyó que los fallos en la atención al prenatal y el parto contribuyen para los precarios indicadores de salud materno-infantil en la Amazonía Legal y en el Nordeste de Brasil²⁸.

Otra percepción de los gestores fue la mejora de la calidad de la atención médica prestada a las personas de todos los rangos de edad, desde niños a ancianos, y particularmente a personas con enfermedades crónicas tales como hipertensión, diabetes y asma.

“Una asistencia muy grande para nosotros, en el caso de nuestros pacientes, principalmente los pacientes crónicos de diabetes, hipertensión, asmáticos que son acompañados por las [médicas] cubanas como nunca lo fueron con otros médicos. No solo los crónicos, sino también los niños, puerperio, atienden a todo el mundo desde los niños a los ancianos. Ellas son muy

actuales, son bastante preocupadas, comprometidas y hacen las cosas con calidad". (Gestor de salud).

De hecho, la literatura sobre la medicina de familia y comunidad en Brasil indica como características fundamentales para los médicos de familia: un fuerte sentido de responsabilidad para la atención total y permanente de las personas y de la familia durante la salud, la enfermedad y la rehabilitación, interés en el amplio espectro de la clínica médica, lo que implica atender a personas de diversos rangos de edad que presentan problemas variados y habilidades para administrar enfermedades crónicas²⁹.

“Haciendo de lo mínimo lo máximo”: la práctica clínica de los médicos del PMM en la Atención Primaria a la Salud (APS) (subtítulo)

A partir del final de la década de 1970, surgieron movimientos para el cambio en la práctica clínica que se expresaron en publicaciones internacionales y nacionales, criticando lo que se denominó de “modelo médico convencional” o “biomédico”, por simplificar en exceso los problemas de la condición de estar enfermo y por asociarlo mayoritariamente a procesos puramente biológicos que pueden medirse. Este modelo no deja espacio dentro de su estructura para las dimensiones sociales, psicológicas y comportamentales de la enfermedad³⁰.

En las declaraciones de los gestores se pusieron en evidencia comentarios sobre la práctica de los médicos antes de la existencia del PMM. La práctica clínica se basaba en el modelo biomédico, concentrada en el individuo y sin una preocupación por los determinantes sociales y ambientales de la salud. La práctica clínica sufría por el sesgo paternalista y biomédico de la relación médico-paciente. Los gestores también relataron que los pocos profesionales médicos que ellos conseguían contratar en estos municipios asumían múltiples empleos y consecuentemente sufrían con una sobrecarga de trabajo y falta de tiempo para realizar una atención de calidad.

En la presente encuesta, la gran mayoría de los gestores evaluó positivamente la atención médica realizada. Entre los aspectos positivos más citados estaban la atención minuciosa, con esfuerzo para garantizar la comprensión del usuario, dispendio de tiempo adecuado para cada atención, realización de examen físico completo, utilización racional de medicamentos, respeto al paciente, responsabilidad en el acompañamiento de los casos atendidos, preocupación por la garantía del tratamiento para el usuario y la resolución de su problema, compromiso con el cumplimiento del horario de trabajo, énfasis en la medicina preventiva, disponibilidad para la realización de visitas a domicilio y atenciones en locales más lejanos que exigían desplazamientos demorados, integración de conocimientos clínicos a los de la situación de salud de la población local.

“[...] la mejor posible, ¿entendió? Una atención adecuada, minuciosa que lo evalúa todo, [...] ella [la médica] lo examina todo, una consulta con atención [...] es una atención muy humanizada. Ella [la médica] hace de lo mínimo lo máximo, ¿entiende? (Gestor de salud).

“[...] entonces, yo veo que mejoró mucho, la calidad de atención que ella proporciona [la médica] es buena, así, todo bien registrado, ella se esfuerza en lo que se refiere a la comunicación y nosotros no tenemos problema con eso [...] ella orienta más de lo que receta. Da mucha orientación. Además, esas médicas cubanas nos dan soporte para personas en otras áreas, ellas, por ejemplo: hay una aldea aquí a la que tenemos que ir en barco, son playas a las que viajamos durante 3, 4 horas en barco [...] ellas siempre están disponibles para ir allí con nosotros [...]” (Gestor de salud).

Considerando estudios que analizaron la asimetría de la relación médico-paciente existente en la ESF en la década de 2000³¹, no se extraña que la mayoría de los gestores demostrara tanta satisfacción con la práctica de los médicos del PMM, puesto que percibieron en los profesionales de este programa la dedicación de tiempo, el vínculo y la preocupación por la continuidad del cuidado al paciente, la puntualidad

y el compromiso con la calidad que, frecuentemente, no existían en las experiencias del pasado con otros profesionales médicos.

Otro aspecto analizado fue la práctica clínica de los médicos del PMM. La mayoría de los gestores afirmó que había una diferencia positiva en la práctica clínica de los médicos del PMM, entre ellas: mayor dispendio de tiempo en cada consulta, mayor meticulosidad en la realización de la anamnesis y del examen físico, solicitud menos frecuente de exámenes complementarios, prescripción racional de medicamentos, más proximidad y humanización en el trato dado al paciente y a su familia, inserción en la comunidad, realización más frecuente de visitas a domicilio, puntualidad en los horarios de atención, preocupación por la continuidad del cuidado al paciente, utilización de datos epidemiológicos del municipio y prescripción de plantas medicinales. Esas diferencias en la práctica clínica pueden atribuirse al tipo de formación de los médicos en Cuba en la cual se enfatiza la “Educación en valores” que forma parte del currículum médico en aquel país³².

“Pero esta cuestión de la consulta humanizada, de la consulta de la cabeza a los pies, por entero, hace que las personas se sientan más importantes. Entonces para mí es un punto muy positivo, porque si los tratan de forma diferente la población protesta, ¿no? (Gestor de salud).

“Por lo tanto, él [el médico] te explica, quiere conocer, quiere saber qué pasa, se preocupa, tiene también ese factor diferencial, él se preocupa; es decir, atendió al paciente y quiere saber de la continuidad y tiene también esa característica [...]”. (Gestor de salud)

Se puede pensar en un modelo de médico diferente en la concepción de la salud y del sujeto, semejante a la de los médicos cubanos, a partir de la experiencia con la formación basada en la *educación en el trabajo*, en la que los escenarios de APS son los que modelan las prácticas y la *educación en valores*, en la que el humanismo es el principio fundamental.

En Cuba, los médicos se forman en centros de salud y su primer contacto con la teoría y la práctica se realiza con relación a la salud de las personas y no exclusivamente a las enfermedades. De tal forma, por medio de la reforma curricular en los cursos de medicina cubanos, que tuvo lugar en la década de 1980, una de las características principales es lo que se denomina *Educación en valores*, que son contenidos transversales en la formación, con base en los principios de la ética médica cubana que, en su esencia, expresa lo siguiente³²:

“Observar principios ético–morales de profundo contenido humano, ideológico y patriótico, dedicar nuestros esfuerzos y conocimiento a la mejoría de la salud de las personas, trabajar en donde la sociedad lo requiera, estar siempre dispuesto a prestar la atención médica necesaria, dedicar los esfuerzos a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud humana, evitar la producción de daños a las personas sanas o enfermas en los trabajos de investigación”. (p. 142)

Al lado de eso, en una investigación realizada en la ESF de Ceará en la cual se observaron cuatrocientas consultas médicas, Caprara y Rodrigues³¹ observaron que el promedio de una consulta era de nueve minutos, variando entre dos a 24 minutos. En el mismo estudio se verificó que un tiempo mayor de consulta estaba asociado a una mejor calidad de la atención. Finalmente, ese estudio realizado en Ceará, estado reconocido como teniendo en promedio una buena organización de la ESF, demuestra hasta qué punto la calidad de la atención médica era insuficiente en esos municipios.

La mayoría de los gestores de salud entrevistados en este estudio manifestó satisfacción con la práctica clínica de los médicos del PMM, considerando que percibieron, en los profesionales del programa, la dedicación de tiempo, el vínculo y la preocupación por la continuidad del cuidado al paciente, lo que no se observaba frecuentemente en el pasado reciente.

“Es muy temprano para afirmarlo” versus “El cambio fue total”: alteraciones en la Red de Atención a la Salud con la implantación del PMM (Subtítulo)

La provisión de médicos por medio del PMM en esos dos años de existencia proporcionó innumerables contribuciones al país, especialmente para los 4.058 municipios que recibieron médicos del programa. Ese aumento contribuyó para cambios en la Red de Atención a la Salud, aunque se haya observado en este estudio que una parte significativa de los gestores relató que el tiempo de implantación en el municipio era insuficiente para evaluar si había habido cambios en esa red. Otros, simplemente, afirmaron que no habían observado cambios.

“[...] es muy temprano para afirmarlo [si hubo cambio en la red de atención]”.
(Gestor de salud)

“No, lo mismo”. (Gestor de salud)

Conforme nos señala Mendes³³, “las redes de atención a la salud son organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud [...], que permiten ofrecer una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la atención primaria a la salud prestada en el momento correcto [...], con la calidad correcta y de forma humanizada [...]” (p.54) y que también son capaces de tener un impacto positivo sobre los niveles de salud de la población.

Juntamente con eso, en la visión de la mayoría de los gestores, los médicos del PMM realizan su trabajo en conformidad con la orientación de la PNAB, dando prioridad a acciones preventivas y considerando los principios de la ESF. En ese sentido, realizan acciones extramuros, tales como visitas a domicilio y actividades con el equipo en la comunidad. Participan también del cuidado a los pacientes vinculados a los programas y se disponen a realizar notificaciones de agravamientos.

“[...] ellos [médicos PMM] orientan, trabajan mucho con la prevención, se enfocan en la salud de la familia [...] actualmente, la red de atención del municipio mejoró mucho, los programas funcionan”. (Gestor de salud).

“Con seguridad. El cambio [fue] total. Incluso nosotros organizamos una programación [...] para realizar salud itinerante [...] pondrá a disposición una [...] para atender a nuestros hermanos que viven en las orillas de los ríos, tal vez mucho más que quien está en la sede”. (Gestor de salud).

Es importante subrayar que ser médico de familia también significar propiciar la producción del cuidado, ser capaz de valoriza al sujeto y su ambiente, escuchando de forma cualificada para poder percibir las necesidades de esos sujetos.

También debemos subrayar que los gestores relataron que, concomitante al ingreso del médico en la ESF, hubo inversiones para la mejora de la infraestructura y para la adquisición de nuevos equipos, incluso de tecnología de la información. Otro cambio registrado fue la contratación de otras categorías profesionales, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo y médicos especialistas, habiendo sido citados pediatras y neurólogos.

“Los cambios realizados fueron estructurales, cambios físicos para proporcionar mayor confort al usuario, para aproximarnos de las comunidades que viven en las orillas de los ríos”. (Gestor de salud)

“Nuestra unidades ya nacen informatizadas y con toda la población asignada a esa unidad registrada. [...] estamos informatizando al 100%.” (Gestor de salud).

“Había muchos pacientes que ellos [médicos del PMM] identificaron en sus visitas, entonces fue un flujo que tuvimos que ver a un fisioterapeuta. [...] convenio con la clínica de otro municipio para exámenes, de médicos especialistas que no tenemos aquí (fonoaudiólogos, neurólogo, pediatra)”. (Gestor de salud)

Las percepciones sobre cambios en la Red de Atención a la Salud con la implantación del PMM fueron divergentes; sin embargo, la mayoría de los entrevistados señaló hechos positivos. Entre los aspectos negativos citados por los

gestores en la organización de las redes de salud, están circunstancias locales (pasantía de efectiva implantación del SUS en el municipio), las distancias de las localidades rurales y remotas, las dificultades para remoción de pacientes y los obstáculos en los mecanismos de referencia y contra-referencia.

Otra dimensión importante en la percepción de los gestores fue el fortalecimiento de elementos fundamentales de la ESF, tales como planificaciones de acciones de salud, la búsqueda activa de personas con enfermedades crónicas, para asegurar la continuidad del cuidado, la activación de cuidados especiales con grupos vulnerables, tales como embarazadas y niños recién nacidos por medio de la “Red Cigüeña”.

[...] tuvimos que organizar mejor el sistema para que pudiera funcionar mejor, de hecho [...]. Hace algún tiempo el sistema era muy desorganizado [...] nos organizamos mejor en la red de Atención Básica, los calendarios con metas a alcanzar. (Gestor de salud)

[...] nuestro mayor cambio fue hacer que el PSF funcione como debe funcionar realmente. [...] de verdad colocamos en funcionamiento la ESF, con la búsqueda activa de los pacientes que estaban “abandonando” los programas, ellos consiguieron buscarlos, hacerlos regresar a la unidad para que pudieran realizar nuevamente o dar continuidad a las atenciones realizadas mensualmente. (Gestor de salud)

Sobre el cuidado, es importante que se vea como una dimensión de la vida humana que se realiza en el plano de la inter-subjetividad. Es importante que se perciba que hay diversas formas de cuidar y que también hay diversos conocimientos sobre ese cuidar³⁴. De esa forma, la práctica del médico del PMM, como se vio en las narraciones de los gestores en este manuscrito, corrobora un cuidado prudente, atento y que valoriza lo “humano” de los usuarios, por medio del respeto, de la acogida y de la atención a los sufrimientos de esos usuarios.

Consideraciones finales

La gran rotación de los médicos en la atención básica en los municipios brasileños, asociada a la total escasez en algunas localidades, comprometía el acceso y la continuidad del cuidado que, principalmente, tiende a repercutir en la calidad de los servicios ofrecidos a la población.

El desafío del país debe concentrarse en el esfuerzo de priorizar políticas públicas que posibiliten la provisión y la fijación de profesionales de salud en las áreas, en especial médicos, para que actúen junto con los equipos de la Familia con la finalidad de asegurar la consolidación del SUS por medio de la integralidad del cuidado y del acceso a los servicios que constituyen la red de atención a la salud de los municipios brasileños.

La provisión y la fijación de médicos en la Atención Básica por medio del PMM, conforme emana de las narraciones de los gestores, ha garantizado avances importantes en lo que se refiere a mejoras en la atención a la salud, en el acceso a la red y a la humanización del cuidado. Sin embargo, la sostenibilidad de la garantía de ese derecho se vincula a las medidas estructuradoras del PMM, tales como ampliación de plazas y creación de nuevos cursos de medicina, políticas de cargos, carrera y sueldos para profesionales de la salud, mejoras en la infraestructura de las unidades de salud en cumplimiento de las directrices y estrategias contenidas en la PNAB.

Lo que aquí se señala reafirma la importancia del componente de provisión en el PMM en Brasil, al mismo tiempo que remite a las expectativas de continuidad en lo que se refiere a los anhelos de la población que demanda atención médica con calidad, humanización en el cuidado, acceso a otros niveles de atención y efectividad de las acciones desarrolladas por los equipos de Salud de la Familia.

Colaboradores

CAM Arruda elaboró la propuesta del artículo, participó de la colecta, categorización y análisis del material cualitativo, revisión, redacción final del artículo y aprobación de la versión final del trabajo. VM Pessoa e IVHC Barreto participaron en la concepción del artículo y en el procesamiento y análisis del material cualitativo. Y Comes y JS Trindade participaron en la elaboración de la introducción, metodología y traducciones de los resúmenes. DD da Silva participó en la categorización del material cualitativo, perfil de los gestores y estandarización y

formateado del artículo. LMP Santos y FF Carneiro coordinaron el campo y participaron en la redacción y revisión final del artículo.

Referencias

1. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, Barreto IC, Cetrángolo O, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*. 2014;14 (9974):1248–59.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica (DAB). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
3. Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M. In: *Epidemiologia e Saúde*. 7a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. cap. 31, p. 601–21.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. Brasília; 2016 [citado 2016 Jan 20]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>.
5. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 6736(11):32–46.
6. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*. 2011;6736(11):47–60.
7. Stein A, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues L. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Prac*. 2002; 19(2):7–10.
8. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Commun Health*. 2006; 60(1):13–9.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011; 377(9781):1949–61.
10. Dolea C, Stormont L, Braichet J–M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(5):379–85.
11. Wilson N, Couper I, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais B. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009; 9(2):1060.
12. Rourke J. WHO. Recommendations to improve retention of rural and remote health workers—important for all countries. *Rural Remote Health*. 2010;10(4):1654.
13. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: IMS – Instituto de Medicina Social; UERJ; 2007.
14. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg Saúde Debate*. 2014; (51):105–20.

15. Schimith MD, Weiller TH. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *J Nurs Health*. 2014;3(2):145–56.
16. Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional pela Saúde Mais Médicos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 29 Mar 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Estudo de Projeção “concentração de Médicos no Brasil em 2020”. [Internet]. São Paulo: CREMESP; 2016 [Citado 29 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2528>.
18. Frente Nacional de Prefeitos. Petição Cadê o Médico? [Internet]. Brasília: FNP; 2013 [citado 25 Jan 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>.
19. Denzin NK, Lincoln YS, Giardina MD. Disciplining qualitative research 1. *Int J Qual Stud Educ*. 2006;19(6):769–82.
20. Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. Organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 215–53.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70; 2011.
22. Muhr T. *ATLAS.ti*. Versão 1.0.36 (129). Berlin: Scientific Software; 2013.
23. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009;1(44):13–24.
24. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, NESCON; 2010 [citado 18 Dez 2015]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>.
25. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil: Relatório final de atividades [Internet]. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG; 2012 [citado 18 Dez 2015]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf.
26. Ministério da Saúde (BR). Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 128.
27. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(11):4395–404.
28. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Materno-infantil*. 2015;15(1):91–104.

29. Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1–11.
30. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–36.
31. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico–paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência Saúde Colet*. 2004; 9(1):139–46.
32. Bustamante Alfonso LM. La educación en valores en trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2010;26(1):138–46.
33. Mendes EV, Minas G. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Minas Gerais Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I–Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2009. p. 50–6.
34. Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC\UERJ, ABRASCO; 2006. p. 119–132.

Traducido por Maria Carbajal