

## Cooperación internacional y la escasez de médicos: análisis de la interacción entre Brasil, Angola y Cuba

Sandra Mara Campos Alves <sup>1</sup>  
Felipe Proença de Oliveira <sup>1</sup>  
Mateus Falcão Martins Matos <sup>2</sup>  
Leonor Maria Pacheco Santos <sup>1</sup>  
Maria Celia Delduque <sup>1</sup>

**Resumen** *La escasez de médicos, principalmente en áreas remotas, es considerada una cuestión crítica para el desarrollo de los sistemas nacionales de salud y ha motivado una serie de proyectos de cooperación internacional. Este estudio, de carácter exploratorio y abordaje cualitativo, analizó casos de cooperación entre Brasil, Angola y Cuba. Se realizó una revisión no sistemática de la literatura y fueron seleccionados artículos de libre acceso y documentos oficiales que abordaban experiencias de cooperación en salud. Se compararon características previamente seleccionadas y que apuntaban a acciones de enfrentamiento del tema de la escasez de médicos. Se concluyó que las interacciones entre los tres países fueron provechosas y potencialmente ventajosas para la salud de la población de los países analizados. Las acciones de Cooperación Sur-Sur establecidas presentaron resultados positivos en las dimensiones de las políticas de educación y regulatorias, además de actuar en la perspectiva de la no dependencia internacional y fortalecimiento de la capacidad endógena, puntos importantes para la evaluación de los componentes estructurantes de los sistemas de salud.*

**Palabras clave** *Cooperación internacional, Recursos humanos en salud, Brasil, Angola, Cuba*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70510-900. Brasília DF Brasil. smcalves@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Global e Sustentabilidade, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

## Introducción

Uno de los componentes críticos para garantizar un sistema de salud en estándares de excelencia es el de recursos humanos en salud (RHS). En este contexto, los países enfrentan la escasez de profesionales médicos, en que la disponibilidad de estos profesionales en número suficiente, y asignados en las regiones necesarias, es un importante desafío.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran la disparidad existente en la proporción de médico por cada 1.000 habitantes, cuando se comparan los países que poseen sistemas de salud públicos y universales, como Brasil, con 1,8; Canadá, con 2,0; Reino Unido, con 2,7; Portugal, con 3,9; y España, con 4,0<sup>1</sup>. El descompaso se observa también en la concentración del médico en grandes centros urbanos y tecnológicos, mientras que la mitad de la población mundial habita áreas rurales, siendo atendida por menos de ¼ del número total de médicos<sup>2</sup>.

La escasez de médicos en el ámbito de las acciones de atención primaria en salud es desestructurante, ya que ese modelo de atención tiene por objetivo ser la principal puerta de entrada a los sistemas de salud y es la estrategia más eficaz de la promoción de la equidad en el acceso a las acciones y servicios de salud<sup>3</sup>.

La carencia de médicos y su mala distribución geográfica generan el fenómeno del reclutamiento internacional por países con sistemas de salud y aplicación de recursos distintos, con implicaciones en la política pública de salud de los países de los egresados, resultando en la carencia de profesionales calificados y la desregulación del reclutamiento por medio de agencias privadas de reclutamiento<sup>4-6</sup>.

La literatura apunta que las estrategias para enfrentar la problemática de atraer y fijar médicos en áreas remotas incluyen, por lo menos, cuatro dimensiones: 1. políticas educativas, como cambios en los currículos de la graduación y residencia médica e incentivo de ingreso en la formación especializada; 2. políticas de regulación, tales como servicio civil obligatorio en áreas vulnerables y apertura de escuelas médicas en el interior, incentivando la admisión de estudiantes oriundos de estas áreas; 3. incentivos monetarios, tales como becas y salarios atractivos; 4. incentivos no monetarios, como extensión de visado de permanencia para extranjeros y supervisión con apoyo entre pares<sup>7-9</sup>.

En este sentido, la cooperación internacional se presenta como una importante herramienta al

enfrentamiento de este tema, no solo por medio de la transferencia de tecnología y provisión de recursos humanos, sino primordialmente por el desarrollo de capacidades que puedan fomentar el protagonismo y la autonomía, fortaleciendo así las diversas estructuras que componen los sistemas de salud de los países. Esto incluye la perspectiva de transformación de la educación médica para fortalecer los sistemas de salud nacionales, siendo que la cooperación entre países es una de las recomendaciones de una comisión de expertos sobre el tema, cuyo informe se publicó en la revista *The Lancet*<sup>10,11</sup>.

Una vez que el modelo dominante de cooperación internacional en salud (modelo Norte-Sur) ya no responde satisfactoriamente a las actuales conformaciones geopolíticas, el proceso de construcción de un nuevo paradigma evolucionó hasta el modelo de Cooperación Sur-Sur, con base en los criterios de alineación, horizontalidad y autonomía. Los países situados en el Hemisferio Sur y que presentan dificultades similares pueden compartir las estrategias para su enfrentamiento, sin que ese apoyo signifique subordinación<sup>12</sup>.

Este nuevo paradigma se contrapone a la imposición vertical de prioridades y objetivos de cooperación definidos por los países donantes de recursos desconsiderando las especificidades y los proyectos ya realizados por los países beneficiarios, que tiene como consecuencias la superposición de acciones y la pérdida de recursos debido a la descoordinación en su aplicación<sup>13</sup>. Así, el modelo de cooperación Sur-Sur pasa a desempeñar un papel de relevante análisis en el campo de la salud<sup>11,12</sup>.

El objetivo de este artículo es identificar la disponibilidad de médicos en los sistemas nacionales de salud de Angola, Brasil y Cuba y analizar casos de cooperación internacional entre esos países para la atracción y retención de los profesionales en áreas rurales y remotas. La motivación para estudiar estos países es que, a pesar de presentar una situación económica, social y epidemiológica distinta, se encuentran en el ámbito de la cooperación Sur-Sur y tienen iniciativas de cooperación entre sí.

## Metodología

Se trata de un estudio de caso exploratorio, de abordaje cualitativo, cuya pregunta de partida se fundamenta en las estrategias de cooperación internacional adoptadas entre los países, prin-

principalmente sobre el contexto de la Cooperación Sur-Sur para el fortalecimiento de la provisión y retención de médicos y la disminución de las desigualdades.

La revisión no sistemática de la literatura se realizó en las bases de datos Scielo y PubMed, con recorte temporal de enero de 2010 a agosto de 2016, con los argumentos de investigación: “country” y “medical education”, “public health”, “health cooperation”, “human resource for health” y sus respectivas traducciones a la lengua portuguesa y española. La búsqueda volvió 73 artículos, pero algunos no tenían relación con el contenido de la investigación.

Se seleccionaron 30 artículos de libre acceso, con relación directa con el estudio y que abordaban experiencias de cooperación en salud en esos países en el ámbito de la provisión, fijación y formación médica. También se examinaron documentos oficiales de los tres países – informes técnicos; términos de cooperación; indicadores de salud, demográficos y sociales, etc. – sobre las cooperaciones realizadas y sus indicadores de salud. De forma complementaria, fueron investigados además libros, disertaciones y tesis que abordaban el asunto.

Los resultados de la lectura y el análisis fueron estructurados para permitir una comparación de características previamente seleccionadas y que apuntaban a acciones de enfrentamiento del tema de la escasez de médicos.

El estudio está de acuerdo con las Resoluciones del CNS n° 466/2012 y n° 510/2016, que aprueban las directrices para investigaciones en seres humanos. El carácter exploratorio y de revisión de literatura, con la utilización de datos secundarios, no permitió su sumisión al sistema CEP/CONEP.

## Resultados

### Sistema de salud, formación médica y cooperación en Angola, Brasil y Cuba

Las diferencias y peculiaridades de los países analizados en lo que concierne a la capacidad y dificultad de enfrentamiento de la situación de salud de sus nacionales se revelan en datos referentes a la expectativa de vida, tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil, relación médico/habitante e inversión en salud (Tabla 1).

#### Brasil

Brasil estableció un sistema nacional de salud basado en la universalidad, integralidad y equidad para la ejecución de su política de salud pública. El Sistema Único de Salud (SUS) tiene como instrumento jurídico para su institución la Constitución Federal de 1988, la ley n° 8080/1990 y la ley n° 8142/1990. Es una meta desafiante para un país con cerca de 200 millones de habitantes y con constantes enfrentamientos políticos, sociales y económicos en su proceso de ejecución<sup>15</sup>.

El SUS ofrece servicios asistenciales de salud de forma descentralizada a través de su red de unidades de salud, hospitales y otras instalaciones y por contratos con instituciones privadas y sin fines de lucro. El sector privado está compuesto por el sistema de Salud Suplementaria (SS), financiado con el apoyo de empresas, familias, cooperativas médicas, planes y seguros de salud individuales y también por el pago directo al proveedor de servicios por el usuario<sup>21</sup>.

La rápida transición demográfica y epidemiológica alteró el perfil de mortalidad. El país convive con una triple carga de enfermedades, donde coexisten las enfermedades infecciosas y parasita-

**Tabla 1.** Aspectos clave de la base normativa y constitucional de los sistemas de salud, de las condiciones de salud y de las escuelas médicas de Brasil, Angola y Cuba.

| Sistema Nacional de Salud<br>(base constitucional y normativa) | Brasil                               | Angola                  | Cuba                                 |
|--|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
|  | CF/88                                | Ley                     | CF/1976                              |
|  | Ley n° 8080/1990<br>Ley n° 8142/1990 | n° 21-B/1992<br>CF/1992 | (revisión en 1992)<br>Ley n° 41/1983 |
| Expectativa de vida*   | 75,0                                 | 52,4                    | 79,1                                 |
| Tasa de mortalidad materna (por cien mil) *                    | 44                                   | 477                     | 39                                   |
| Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) *          | 16,4                                 | 156,9                   | 5,5                                  |
| Médicos por 1.000 habitantes                                   | 1,8 <sup>1</sup>                     | 0,17 <sup>25</sup>      | 7,7 <sup>32</sup>                    |
| % PIB gasto en salud   | 6,7 <sup>14</sup>                    | 3,8 <sup>26</sup>       | 9,7 <sup>32</sup>                    |
| Número de escuelas médicas (2015)                              | 341 <sup>22</sup>                    | 8 <sup>31</sup>         | 15 <sup>32</sup>                     |

\* Datos extraídos de la referencia 14.

Fuente: elaborado por los autores.

rias remanentes y las enfermedades crónicas, con sus respectivos factores de riesgo; más recientemente las causas externas (accidentes y violencia) surgen como factores importantes de morbilidad y mortalidad. Las principales causas de muerte en el país son: enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto respiratorio inferior, neoplasias<sup>14</sup>.

El número de médicos en Brasil ha aumentado, pero su distribución ha sido marcada por profundas desigualdades en la inserción de los profesionales en los sectores público/privado y en las unidades federativas. Las evidencias apuntan a marcadas desigualdades en el acceso a los cuidados integrales a la salud entre los habitantes de las regiones brasileñas, siendo las regiones Norte y Nordeste las más afectadas por la escasez grave de médicos<sup>22,23</sup>.

La educación médica también pasa por procesos de reformulación para garantizar la centralidad del SUS como orientador de la formación de recursos humanos para la salud, a partir de las directrices curriculares de 2001, revisadas en 2014. Los cambios señalan una alteración del paradigma biomédico vigente que insiste en privilegiar las tecnologías en detrimento de los exámenes clínicos para los diagnósticos<sup>24</sup>.

Estas modificaciones fueron impulsadas por la aprobación en 2013 del Programa Más Médicos (Ley n° 12.871/2013), que busca el perfeccionamiento de la formación médica y la expansión e interiorización de las plazas en los cursos de graduación de medicina y de residencia médica<sup>25</sup>. Estas acciones pretenden alterar la proporción de médicos por mil habitantes de 1,8 (en 2003) a 2,7 (hasta 2016)<sup>26</sup>. Al final de 2015, Brasil contaba con 341 escuelas médicas, 200 públicas y 141 privadas, y viene aumentando en los últimos años la presencia de cursos de medicina en el interior en virtud de acciones del Programa Más Médicos<sup>19</sup>.

La cooperación Sur-Sur establecida por Brasil prima por los “principios del respeto a la soberanía y de la no intervención en asuntos internos de otras naciones”<sup>27</sup> (traducción libre), sin fines de lucro y desvinculada de intereses comerciales. La cooperación técnica horizontal de Brasil pretende compartir éxitos y mejores prácticas en las áreas demandadas por los países socios, sin imposiciones o condicionalidades políticas<sup>27</sup>.

A partir de 2003, con el primer mandato del presidente Lula, el gobierno brasileño pasó a buscar mayor protagonismo en las discusiones y foros internacionales. La cooperación internacional ganó énfasis en la política exterior, con destaque para la cooperación Sur-Sur<sup>28</sup>.

Datos del Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA)<sup>27</sup> apuntan que la Cooperación Brasileña para el Desarrollo Internacional, en las modalidades de asistencia humanitaria, becas de estudio, cooperación técnica y contribuciones a organismos internacionales, prácticamente duplicó en el período entre 2005 y 2009. La salud, la agricultura y la educación son los sectores prioritarios de cooperación internacional. Específicamente sobre el sector salud, las prioridades geográficas establecidas por el gobierno brasileño son: América del Sur, Haití y África, especialmente los países africanos de lengua oficial portuguesa (PALOPS)<sup>28</sup>.

### Angola

Angola tiene una situación peculiar debido al proceso reciente de independencia, en 1975, seguido de una larga guerra civil que duró hasta 2002. El país todavía presenta una gran extensión de áreas minadas, especialmente en el interior, y “sus instituciones sociales, políticas y económicas básicamente no son funcionales”<sup>16</sup> (traducción libre). A pesar del final de la guerra civil y del aumento de la estabilidad política, el país todavía presenta datos de salud y de desarrollo socioeconómico por debajo de los promedios globales.

El perfil epidemiológico se caracteriza por la prevalencia de enfermedades transmisibles, especialmente la malaria, las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, correspondiendo al 86,1% del total de enfermedades notificadas<sup>18</sup>.

La evolución del sistema de salud angoleño pasó por importantes marcos legales. En 1975 se creó el Servicio Nacional de Salud, con principios de la universalidad y de la gratuidad. Sin embargo, el sistema de salud heredado del período colonial no era adecuado, y con la guerra civil, mucho de su estructura fue destruida<sup>18</sup>.

En 1992, se publicó la Ley de Base del Sistema Nacional de Salud, que reestructuró los servicios nacionales de salud y, dentro de la nueva lógica de financiamiento, pasó a prever la coparticipación de los usuarios en la financiación de los servicios, a través de tasas moderadoras; permitió además la creación de asociaciones público-privadas para el cuidado de la salud<sup>29</sup>. La Constitución angoleña, promulgada en 2010, dispone en su artículo 21 que es tarea del Estado “promover políticas que permitan hacer universales y gratuitos los cuidados primarios de salud”<sup>30</sup> (traducción libre).

En el campo de los recursos humanos para la salud, Angola enfrenta severas dificultades en el área de capacitación institucional y humana,

también como consecuencia del largo período de guerra civil. Además de la escasez de profesionales de salud, posee pocas instituciones de capacitación para auxiliar en el proceso formativo del sector e insuficiente cuerpo calificado para actuar en el proceso de formación y supervisión de estos nuevos profesionales<sup>16,31</sup>. A pesar de los esfuerzos del gobierno angolano para suplir los desafíos de formación de recursos humanos en salud, “los currículos y la formación de los profesores son deficientes y la falta de recursos para materiales y asistencia a la enseñanza constituyen obstáculos a la capacitación de calidad”<sup>16</sup> (traducción libre).

Con relación específicamente al médico, la distribución geográfica también es desigual, con concentración en la capital del país. Datos de 2009 demuestran que el sector público de salud posee 2.956 profesionales, representando un promedio de 0,17 médicos por 1.000 habitantes<sup>16</sup>. No hay datos sobre el número de médicos en actividades para el sector privado en Angola. Para sanar ese cuadro, el gobierno estableció cooperación internacional con Cuba para la provisión de 1.500 médicos.

La educación médica trató de adaptarse a los cambios en el sistema de salud. Hasta el año 2005, solo había dos facultades de medicina, en la capital – una pública y una privada. Recientemente se han hecho esfuerzos para adaptar los currículos médicos a una nueva visión de un sistema en el que otros interlocutores sociales surgen como prestadores de asistencia sanitaria y como formadores de estudiantes de medicina. En ese contexto, en los años 2008 y 2009, seis nuevas escuelas médicas fueron creadas fuera de Luanda, donde hay también una escuela de medicina privada<sup>20,32</sup> (Cuadro 1).

El gobierno de Angola, en los últimos años, ha firmado innumerables proyectos de coopera-

ción con el objetivo de incrementar su política de recursos humanos en salud, frente a su evidente cuadro de escasez de profesionales y baja cualificación técnica de los mismos.

### Cuba

Cuba posee un Sistema Nacional de Salud constituido en la década de 1960 que tiene las siguientes directrices: orientación profiláctica con aplicación de los avances de la ciencia y de la técnica, participación de la comunidad, enfoque intersectorial, universal, regionalizado, con profunda concepción internacionalista y solidaria, es único, integral, entiende la salud pública como de carácter estatal y social, los servicios son accesibles y gratuitos<sup>17</sup>.

La Constitución de Cuba, publicada en 1976 y revisada en 1992, dispone que todos tienen derecho a la atención y protección de su salud, correspondiendo al Estado garantizarla por medio de la prestación de asistencia médica y hospitalaria gratuita<sup>33</sup>. En 1983, se publicó la Ley n°41 de salud pública, que definió el Sistema Nacional de Salud como un conjunto de unidades administrativas, de servicios, con foco además en la producción de enseñanza e investigación dirigidas a la atención integral de la salud de la población<sup>34</sup>.

El Sistema Nacional de Salud está fundamentado en la estrategia de atención primaria, que se basa en el modelo de la Medicina Familiar. La red de servicios se distribuye por niveles de atención: la puerta de entrada es el consultorio del médico y de la enfermera de familia en contacto directo con la policlínica que organiza la atención integral y busca garantizar el incremento de la capacidad resolutoria de la atención primaria<sup>17</sup>.

La planificación y formación de recursos humanos está garantizada a partir del propio Sistema Nacional de Salud, que posee 13 univer-

**Cuadro 1.** Cursos de medicina en Angola, por provincia, año de creación y tipo de institución.

| Universidad/Facultad               | Provincia | Data de creación | Institución Público/Privada |
|------------------------------------|-----------|------------------|-----------------------------|
| Agostinho Neto                     | Luanda    | 1963             | Pública                     |
| Jean Piaget                        | Luanda    | 2000             | Privada                     |
| Instituto Superior Técnico Militar | Luanda    | 2008             | Pública                     |
| Katiavala Bwila                    | Benguela  | 2008             | Pública                     |
| 11 de Novembro                     | Cabinda   | 2008             | Pública                     |
| Lueji A'Nkonde                     | Malange   | 2009             | Pública                     |
| José Eduardo dos Santos            | Huambo    | 2009             | Pública                     |
| Mandume ya Ndemufayo               | Lubango   | 2009             | Pública                     |

Fuente: Adaptado de la Referencia 31.

sidades con curso de medicina, dos facultades independientes, la *Escuela Latinoamericana de Medicina* (ELAM) y la *Escuela Nacional de Salud Pública*. La educación superior en Cuba es un derecho público y un deber del estado y debe tener correlación con el mundo del trabajo<sup>35</sup>.

En el año escolar de 2014-2015 estaban matriculados 69.760 estudiantes en los cursos de graduación en salud, de los cuales 60.247 de nacionalidad cubana y 9.513 extranjeros. De ellos, 52.235 cursaban medicina. En Cuba ya se graduaron cerca de 39 mil médicos de 121 países, entre los cuales más de 24.400 en los diez cursos de graduación en salud de la ELAM<sup>17</sup>.

El número de médicos por mil habitantes en el año 2015 era de 7,7, correspondiendo a un médico a cada 130 habitantes, teniendo además un dentista por cada 671 habitantes y una enfermera por cada 123 habitantes. Con esa proporción fue posible en el año 2014 garantizar 7,4 consultas médicas por habitante en el año 2014<sup>17</sup>.

Las neoplasias son la principal causa de mortalidad, seguida por problemas cardiovasculares, problemas respiratorios y causas externas. En 2015 la OMS reconoció que Cuba había eliminado la transmisión vertical de VIH y sífilis<sup>17</sup>.

La ley de salud pública cubana establece premisas para orientar la prestación de los servicios públicos de salud y organización de la salud pública con destaque para la colaboración internacional. Contabilizando los datos desde la década de 1960, Cuba ya tuvo cooperación internacional en 158 países, con más de 325 mil trabajadores actuando en el exterior<sup>36</sup>.

Las modalidades de cooperación desarrolladas por Cuba son:

- *Asistencia Técnica Compensada* (ATC): formato más antiguo de cooperación, entre los existentes actualmente, creada en la época llamada "Período Especial", que coincide con el fin de la Unión Soviética y la importante crisis económica en Cuba. En esa modalidad se establece un acuerdo en el cual el médico contratado recibe remuneración por los servicios prestados, parte de la cual es investida en el Sistema Nacional de Salud de Cuba y ayuda a mantener el resto de la colaboración médica. Es el formato de cooperación con Angola;

- *Programa Integral de Salud* (PIS): creado después de desastres naturales en Centroamérica en la década de 1990. Se caracteriza por el envío de profesionales a lugares remotos, de difícil acceso, con carencia de recursos humanos. Los profesionales, en esa modalidad, reciben remuneración solamente para el sustento de sus ne-

cesidades básicas con contrapartidas de logística del gobierno participante. Este es el formato más común y actualmente se desarrolla en 32 países;

- *Servicios Médicos Cubanos* (SMC): modelo que cuenta con el aporte de recursos del país beneficiado por la prestación de servicios médicos, a ejemplo de lo que ocurre en Brasil con el Programa Más Médicos – ha crecido en países de Oriente Medio;

- *Operación Milagro* (OM): vinculada básicamente a cirugías oftalmológicas, habiendo realizado 2.667.005 cirugías de catarata desde 2004.

Hay además un programa de cooperación especial, firmado con Venezuela, *Misión Barrio Adentro*, que consistió en la provisión de gran número de médicos y enfermeros cubanos para actuar, especialmente, en la atención básica.

En el año 2014 la cooperación cubana estaba presente en 67 países, siendo 31 de África (46,27%), 25 de América Latina y el Caribe (37,31%), 10 en Asia, Pacífico y Oriente Medio (14,93%) y 1 en Europa (1,49%). Venezuela, Brasil y Angola son los países con mayor número de profesionales<sup>36</sup> (Tabla 2).

La cooperación internacional cubana también participa en el desarrollo de facultades de medicina en 11 países: Angola, Bolivia, Eritrea, Gambia, Guyana, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Nicaragua, Tanzania, Timor Oriental y Venezuela<sup>36</sup>.

### Cooperaciones Sur-Sur entre Brasil, Angola y Cuba

Las cooperaciones Sur-Sur entre estos países se da de diferentes formas, ya sea a través de la interlocución con la Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) en el caso de Brasil y Angola, sea con la participación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en el caso de Bra-

**Tabla 2.** Modalidades de cooperación desarrolladas por Cuba y cuantitativo por país

| Modalidades de Cooperación | Países    | Porcentaje (%) |
|----------------------------|-----------|----------------|
| PIS                        | 32        | 46,80          |
| OM                         | 3         | 4,40           |
| ATC                        | 17        | 24,80          |
| SMC                        | 16        | 22,60          |
| Venezuela                  | 1         | 1,4            |
| <b>Total</b>               | <b>67</b> | <b>100</b>     |

Fuente: Datos extraídos de la Referencia 36.



sil y Cuba y finalmente con la participación de la *Unidad Central de Cooperación Médica* (UCCM) en las cooperaciones con participación cubana. Aquí destacamos tres iniciativas desarrolladas por esos países involucrando la formación de recursos humanos, con enfoque en el área médica.

La cooperación internacional entre Brasil y Angola tiene destaque por medio de la ABC, órgano vinculado al Ministerio de Relaciones Exteriores brasileño, que entre los años 2006 a 2016 realizó conjuntamente con el gobierno de Angola proyectos de Cooperación Sur-Sur para fines de capacitación, promoción de la salud y combate a las enfermedades endémicas en el país. En el marco de la formación de recursos humanos, se destaca el acuerdo de cooperación con miras a la capacitación del Sistema de Salud de Angola<sup>37</sup>.

Esta cooperación objetiva el fortalecimiento de la capacidad de formación en salud pública, a través de la implantación de la Escuela Nacional de Salud Pública de Angola, además del fortalecimiento de las Escuelas Técnicas de Salud y del Instituto Nacional de Salud Pública. Las acciones fueron desarrolladas bajo la coordinación de la Fundación Oswaldo Cruz, institución vinculada al Ministerio de Salud de Brasil, y que posee una larga experiencia en el campo de la salud pública.

En consecuencia de la cooperación, el gobierno brasileño realizó acciones de capacitación y ofreció prácticas de corta duración para los cuadros previamente indicados por el gobierno angolano. El fomento al desarrollo de la capacidad técnica local también fue reforzado por la formación de docentes en salud pública en Angola, a través de un curso de maestría en salud pública, desarrollado por la Fundación Oswaldo Cruz, a través de su Escuela Nacional de Salud Pública. El objetivo principal, además del fortalecimiento técnico, era apoyar la estructuración de la Escuela Nacional de Salud Pública de Angola. En mayo de 2012, se formó la primera clase con 15 alumnos<sup>28</sup>.

La cooperación entre Brasil y Cuba comenzó en la década de 1990, cuando médicos cubanos prestaron servicios en estados brasileños con mayor carencia de médicos, a ejemplo de Tocantins, a través de la ATC. Sin embargo, no había cooperación de la magnitud del Programa Más Médicos. El PMM fue viabilizado mediante la triangulación hecha por la OPS/OMS, que firmó con Brasil el Término de Cooperación n° 80/2013 y firmó otro término con la *Unidad Central de Cooperación Médica*, para la provisión de médicos que actuarían en el territorio brasileño.

El PMM fue considerado por el gobierno brasileño, al final de los dos años de su lanzamiento,

como la mayor iniciativa ya realizada en territorio nacional para enfrentar la escasez de médicos. En ese sentido, fue esencial la cooperación establecida entre Brasil, la OPS/OMS y Cuba para poder concretar la dimensión de respuesta inmediata del PMM, cual sea la provisión de médicos a los servicios de Atención Básica en áreas con mayor necesidad y vulnerabilidad<sup>26,38</sup>.

El PMM llenó 11.400 puestos en municipios brasileños de todas las unidades federativas y Distritos Sanitarios Especiales Indígenas con médicos cubanos, que cursaron Especialización en Salud de la Familia para comprender la organización del Sistema Único de Salud y las características epidemiológicas locales<sup>26</sup>. Ser formado hace más de 10 años y tener al menos una experiencia internacional eran los requisitos previos. Según la evaluación de la UCCM de Cuba, el 29,8% tenía experiencia internacional en más de un país<sup>36</sup>.

Cuba considera la cooperación con Brasil, en el PMM, como una acción sin precedentes, por involucrar una serie de acciones dispuestas en la Ley n° 12.871/2013, que incluyen la provisión de emergencia de médicos de diversas nacionalidades y al mismo tiempo la capacidad de contar con un número mayor de médicos formados en Brasil a mediano y largo plazos<sup>39</sup>.

La OPS/OMS también lo consideró un proyecto innovador, por gestionar un importante recurso financiero para la contratación de 11.400 médicos, movilizar a médicos de un país como Cuba, que tiene una mayor proporción de médicos que Brasil, y por el hecho de que estos profesionales se integren en el SUS<sup>40</sup>.

Estudios recientes de evaluación del programa demostraron que el 94,6% de las personas atendidas demostraron satisfacción buena o muy buena<sup>41</sup>, hubo reducción en el número de municipios con escasez de médicos<sup>42</sup>, ocurrió expansión en el acceso a los servicios de salud en las regiones más vulnerables<sup>43</sup>, reducción en las internaciones por condiciones sensibles a la Atención Primaria de Salud en la Región Nordeste del Brasil<sup>44</sup>, así como un agregado de buenos resultados en la disminución de las internaciones y ampliación del acceso<sup>45</sup>.

Sin embargo, dado el poco tiempo de creación del Programa, evaluaciones académicas y de órganos independientes aún se encuentran en fase de elaboración, siendo la Red de Atención Primaria a la Salud/ABRASCO, en colaboración con la OPS/OMS, la principal interfaz de monitoreo de investigaciones relacionadas con la temática. Aún es necesario debatir importantes aspectos del PMM, como la necesidad de polí-

ticas permanentes de personal para el SUS y el formato de remuneración de los profesionales<sup>46</sup>.

El tercer ejemplo es el de la cooperación entre Cuba y Angola, que se desarrolla desde 1975 y, de modo más reciente, a través del Programa de Asistencia Técnica Compensada, que involucró en 2014 a 1.893 profesionales cubanos. Esta cooperación abarca actividades asistenciales y formación de recursos humanos de niveles medio y superior y de gestión sanitaria. En la parte de formación están incluidos siete cursos técnicos y nueve cursos de graduación de medicina y enfermería<sup>36</sup>. También hay apoyo de Cuba en la organización del sistema de salud angoleño como en el ejemplo del proyecto *Sistema Municipal de Salud*, actuando en todas las provincias angoleñas en el fortalecimiento de la gestión municipal y de la atención primaria en salud<sup>36</sup>.

El gobierno de Angola reconoce la importancia de la cooperación para la formación médica y el papel decisivo para la implantación de los nuevos cursos de medicina creados en el interior del país. El currículo es administrado mayoritariamente por profesores cubanos, siendo desarrollado en seis años en los moldes de la formación que ya ocurre en Cuba, en la ELAM<sup>47</sup>.

Angola mantiene además colaboración con instituciones de enseñanza en el área de la salud en Cuba, incluso con programa de incentivo que proporciona becas para que sus ciudadanos puedan ir a Cuba a cursar medicina.

## Discusión

La temática de la cooperación internacional en los tres países estudiados presenta importantes puntos de convergencia sobre estrategias de reclutamiento y fijación de profesionales médicos para áreas rurales y/o de difícil acceso.

Angola y Brasil, por medio de acciones de cooperación técnica establecidas con Cuba, reclutaron médicos de aquel país, que posee reconocimiento internacional por su política de formación de recursos humanos en salud, con destaque para la necesidad de formar una parte significativa de los médicos en el área de medicina general e integral.

La política de formación de RHS en Cuba ha propiciado, a lo largo de los años, una transformación en la sociedad cubana, con indicadores de salud que la comparan a países desarrollados. Los currículos de las escuelas médicas cubanas privilegian la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, no se restringiendo la depen-

dencia tecnológica. Además, en la formación médica el foco reside en la salud de la colectividad, y no en la enfermedad del individuo<sup>48,49</sup>.

La educación médica presentada en Cuba se distingue de aquella practicada en Brasil hasta hace poco, fundada en el paradigma biomédico, asociada a la expansión de la tecnología en el área médica, con aparatos, técnicas y medicamentos modernos, que pasaron a sustituir un buen examen clínico en la definición de los diagnósticos, y la proliferación de especialidades médicas. Donde la formación biomédica es predominante ella también se constituye como un factor determinante para el bajo interés de los médicos por la atención básica<sup>50</sup>.

En lo que se refiere a la directriz de la colaboración internacional en el campo de la salud, Cuba, hace más de 50 años, actúa en los campos de la ayuda médica en el caso de desastres naturales; asistencia médica solicitada en caso de enfrentamientos militares; ayuda médica asistencial a países de tercer mundo; asistencia técnica compensada y formación en recursos humanos<sup>51</sup>.

Cuba entiende que su cooperación se mantiene de acuerdo con algunos principios básicos: es un eje importante de la política exterior cubana; se dirige a gobiernos centrales y locales y busca desarrollarse de forma sostenible; se hace a partir de la suma de las potencialidades de los países involucrados, sin fines de lucro y considerando las diferencias existentes; involucra a profesionales con enfoque en la atención primaria, que no opinan en asuntos relativos a la política interna o las costumbres locales; busca beneficiar al mayor número posible de personas y con énfasis en áreas remotas<sup>52</sup>. Se destaca en estos casos el principio de la solidaridad internacional de Cuba, un elemento decisivo en las iniciativas de ese país<sup>53</sup>.

En ese sentido se observa que las acciones de cooperación internacional, en el campo de la salud, emprendidas por el gobierno cubano no se resumen a la transferencia de recursos humanos para suplir vacíos asistenciales, pero comprenden también acciones dirigidas al fortalecimiento de los sistemas de salud de los países que reciben la cooperación, como en el caso de Angola.

En el análisis del punto de vista histórico de las cooperaciones realizadas por Cuba, sus dirigentes consideran que hubo una evolución de acciones inicialmente relacionadas básicamente con la asistencia médica para programas que cada vez más priorizan la formación de recursos humanos, entendiendo ese elemento como importante para la sostenibilidad y el desarrollo local<sup>52</sup>.



Además de las cuestiones puntuadas anteriormente, la cooperación desarrollada por el gobierno cubano se encuentra en el marco discutido por Akerman<sup>54</sup> donde hay una preocupación con el desarrollo local, de modo que se potencian las estrategias del país que es sede de la iniciativa y los procesos se fortalecen recurriendo a la planificación integrada, de forma participativa y con la difusión de informaciones a través de la viabilidad de redes de apoyo.

Se observa que al analizar la cooperación establecida entre Brasil y Cuba, en el caso presentado, la OPS/OMS tuvo un papel fundamental, que posibilitó la optimización de los recursos, el intercambio de experiencias, de conocimiento y de tecnologías y la construcción de un ambiente de diálogo para una mejor comprensión de la realidad de los países<sup>55</sup>.

Al evaluar el significado de la cooperación desarrollada por el Programa Más Médicos, se entiende como marco para la OPS/OMS, debido a haber agregado valor estratégico en la reducción de las brechas en materia de igualdad de salud al tiempo que potencia la naturaleza única de la experiencia de Cooperación Sur-Sur entre Cuba y Brasil, triangulada por medio de la Organización<sup>40</sup>.

La cooperación establecida entre Angola y Cuba tuvo como foco la formación médica como componente de la reestructuración de los recursos humanos en salud y se destaca como principal modelo de Cooperación Técnica Internacional observado entre esos países. La apertura de universidades en el interior, la importación de profesores médicos cubanos a Angola y el intercambio de alumnos de graduación para Cuba constituyen uno de los principales modelos de fortalecimiento estructurante y de largo plazo observados para enfrentar la carencia de médicos.

Los documentos internacionales producidos por la OMS y el *Joint Learning Initiative* identifican a Angola entre los países africanos con escasez crítica de médicos<sup>56,57</sup>. Este déficit está vinculado a los años de guerra civil, al reducido número de escuelas médicas y al bajo potencial de esas escuelas. Por consiguiente, la cantidad de alumnos egresados no corresponde a las necesidades del país además de no estar técnicamente preparados<sup>20</sup>.

Este sustancial incremento en el número de escuelas médicas en Angola, ocurrido a lo largo de los años 2000, es parte de una política nacional de fortalecimiento de RHS. En ese sentido, Angola es un destaque positivo, pues según datos de la OMS<sup>56</sup>, de los 46 países de la región africana, 24 no poseen una política nacional en ese sentido.

Además, la formación médica en Angola, al seguir el modelo de educación médica adoptado en Cuba, que privilegia una formación en medicina general e integral y el raciocinio clínico en detrimento del modelo biomédico, podrá ser capaz de formar profesionales aptos para enfrentar las condiciones de salud específicas y contribuir a la mejora del desarrollo socioeconómico y epidemiológico en el que se encuentra el país. Serán necesarios estudios futuros para evaluar esta competencia local que se está formando, ya que se trata de acciones con impacto a largo plazo.

Brasil, a su vez, contribuyó al fortalecimiento del sistema de salud angoleño en proyectos de capacitación que se iniciaron en 2007 y que colaboraron para la construcción y fortalecimiento de la capacidad de enseñanza e investigación endógena, además de actuar en la estructuración de instituciones fundamentales para la estabilización del propio sistema de salud angoleño.

La cooperación establecida entre Brasil y Angola se inserta en el concepto de cooperación estructurante en salud, que propone otro paradigma de cooperación, en el que el desarrollo de capacidades es la piedra fundamental<sup>58</sup>. Se presenta como una propuesta innovadora y que puede funcionar como nuevo modelo de cooperación, pues, a partir de sus ejes estructurantes que involucran el aprovechamiento de capacidades y recursos endógenos existentes en el propio país, articula intervenciones concretas y el diálogo entre los actores de modo a fomentar el protagonismo y la autonomía, fortaleciendo así las diversas estructuras que componen el sistema de salud de los países<sup>58</sup>.

De este modo, la concepción de cooperación estructurante logra contemplar los pilares del desarrollo de recursos humanos y organizativos, así como el fortalecimiento institucional, superando la transferencia pasiva de conocimiento y tecnología comunes en el modelo de cooperación tradicional.

A partir de esa cooperación técnica se percibe la aproximación con países de lengua portuguesa y la experiencia de Brasil para actuar en el proceso de fortalecimiento de Sistemas Nacionales de Salud. La experiencia de cooperación de Brasil con países de habla portuguesa, a ejemplo de Angola, es citada como destaque por la comisión de Educación Médica del *The Lancet*, destacando el papel de la Fiocruz en la creación de una red entre los diversos países para el fortalecimiento de la capacidad institucional a través de proyectos que fortalezcan el acceso universal y el entrenamiento de recursos humanos en salud<sup>10</sup>.

La misma comisión, al discutir recomendaciones para reformas de la educación médica que

posibiliten la sinergia de sus acciones con el desarrollo de los sistemas de salud, plantea la preocupación con las desigualdades globales en salud y la necesidad de reformas en la formación que apunten más hacia el desarrollo de competencias locales que la adopción de modelos de otros contextos que puedan no ser relevantes<sup>10</sup>.

Nos parece que en esta perspectiva se desarrolló la cooperación entre Cuba y Angola, en el momento en que hay participación determinante de los profesores oriundos de Cuba para viabilizar la apertura de seis nuevas escuelas médicas en Angola, pero a partir de la integración con programas como el del desarrollo de sistemas municipales de salud, también presente en la cooperación, se observa el compromiso con el desarrollo local y una formación de acuerdo con la realidad angolense.

De este modo, las cooperaciones desarrolladas apuntan a lo que se entiende como la tercera generación de reformas en la educación médica, evolucionando desde un primer modelo, fuertemente influenciado por el Informe Flexner, en el que los currículos se basan en el paradigma científico, pasando por una generación en la cual las escuelas adoptan la formación basada en problemas y llegando al modelo más actual de sistemas de educación integrados con los sistemas de salud, dialogando con la importancia del desarrollo de competencias locales que tengan una mirada global<sup>10</sup>.

En el marco de las recomendaciones internacionales en cuanto a la provisión y retención de médicos en áreas remotas<sup>7-9</sup>, nos parece que las iniciativas destacadas dialogan con las dimensiones de las políticas educativas y regulatorias, ya que los proyectos de cooperación Sur-Sur tenían objetivos bien definidos de actuación en estas vertientes.

En este sentido, no se está de acuerdo con parte del estudio realizado por Carvalho et al.<sup>59</sup> sobre el Programa Más Médicos, analizado a partir de las recomendaciones de la OMS, en que se concluyó por el éxito del PMM en el 37,5% de las 16 recomendaciones, sin considerar, todavía, que la iniciativa analizada no tenía como perspectiva incidir en situaciones como la mejora de la infraestructura en áreas rurales, quedando, por lo tanto, perjudicadas algunas de las recomendaciones establecidas por la OMS, por no ser parte del alcance de la actuación. Considerando las cuatro dimensiones, se evalúa que las cooperaciones son exitosas en las dimensiones en que se propusieron actuar, y que a veces, una misma acción presenta características que atraviesan más de una dimensión.

En la cooperación establecida entre Angola y Cuba, las dimensiones educativa y regulatoria son percibidas por medio de la ampliación del número de escuelas médicas, por el formato curricular adoptado en esos cursos y por la regulación del acceso, una vez que la política de expansión de escuelas médicas emprendida por el gobierno angolense posibilitó la instalación de cursos de medicina en áreas que anteriormente no contaban con esa posibilidad de formación.

En el caso de la cooperación entre Brasil y Cuba, a través del PMM, la dimensión de la regulación se percibe cuando se condiciona el ejercicio profesional de médicos extranjeros en áreas evaluadas como de mayor vulnerabilidad, obligando la actuación de los profesionales efectivamente en los locales donde no había asistencia médica, a ejemplo de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas.

Por último, en el caso de la cooperación entre Brasil y Angola, por el perfeccionamiento de la formación técnica de los profesionales de la salud, también es perceptible la superposición entre la dimensión de la educación y la regulación, una vez que hubo una preferencia, cuando de la conformación de las acciones de cooperación, por el modelo de formación de postgrado *stricto sensu*. Esta elección demuestra la opción del gobierno angolense para invertir en dos frentes – la ampliación de cursos de graduación, dentro de formatos curriculares específicos (Cooperación Angola y Cuba), pero también la atención a la formación continuada en niveles diferenciados, orientada al fortalecimiento y estructuración de instituciones clave para el sistema de salud angolense.

Después del análisis de las iniciativas presentadas sobre el marco de la importancia de las Cooperaciones Sur-Sur y de las estrategias apuntadas por la literatura internacional para enfrentar el caso de escasez de médicos, también cabe evaluarlas en el contexto de las prácticas internacionales de tránsito de profesionales, ya que involucran la ida de médicos cubanos a Angola y Brasil.

Marco importante en esta área es el Código de Prácticas para el Reclutamiento Internacional de Profesionales de la Salud, aprobado en 2010, durante la 63ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS. Se trata de un código de adhesión voluntaria, que tiene por objetivo establecer un conjunto de principios y prácticas sobre el tema de la contratación internacional de profesionales de salud, considerando los derechos, obligaciones y expectativas de los países involucrados<sup>60</sup>.

Presenta además como principio guía la necesidad de que los Estados emprendan esfuerzos

para constituir una fuerza de trabajo autosuficiente, abarcando estrategias para su formación, capacitación y mantenimiento de esos recursos humanos en sus territorios, a fin de reducir la necesidad de contratación externa<sup>60</sup>.

Otra recomendación del Código, y pertinente al tema en análisis, es que los países involucrados – los que reciben y los que pierden el capital humano – deben beneficiarse mutuamente, ya sea mediante el fomento al desarrollo y la capacitación de nuevos recursos humanos, sea por el impedimento ético de reclutar profesionales originarios de países en desarrollo o con grave escasez<sup>60</sup>.

En este contexto, las cooperaciones involucrando a Brasil, Angola y Cuba apuntan a la observancia de los objetivos trazados en el Código, ya sea por el hecho de no implicar en la salida de profesionales en países con comprobada escasez (como en el caso de Brasil y Angola), involucrar la oferta de médicos por un país que tiene una proporción importante de médicos por mil habitantes (Cuba, con el parámetro de 7,7), así como trabajar en la perspectiva de autosuficiencia de profesionales para cada país.

## Conclusión

El tema de la escasez de médicos es sensible y precisa de una orquestación de medidas y acciones, a nivel nacional e internacional, para su enfrentamiento. En este sentido, la cooperación Sur-Sur se presenta como un camino posible, especialmente porque se establece dentro de una perspectiva de no dependencia internacional y de fortalecimiento de la capacidad interna para la gestión de problemas domésticos.

Las acciones de corto, mediano y largo plazo necesitan ser establecidas y constantemente evaluadas, en el sentido de observar la consolidación de los cambios, y no perder de vista el horizonte que se pretende establecer. Son fundamentales las iniciativas que se proponen transformar la educación médica en el sentido de que la formación se base en el sistema de salud y contribuya al desarrollo local.

Las interacciones entre los tres países fueron provechosas y potencialmente ventajosas para la salud de la población de los países analizados. Por tratarse de un estudio eminentemente descriptivo, las limitaciones pertinentes a ese tipo de investigación deben ser observadas, especialmente en cuanto a la selección de los países y de experiencias de cooperación internacional para fortalecer acciones de provisión y retención de médicos.

Así, investigaciones futuras sobre el mismo tema deben ser emprendidas para posibilitar el acompañamiento, comparación y profundización de esa importante cuestión sanitaria de dimensión internacional.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estatísticas Sanitárias Mundiais*. Genebra: OMS; 2012. [acessado 2015 maio 10]. Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/)
2. World Health Organization. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Background paper for the first expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Geneva: OMS; 2009. [acessado 2015 maio 10]. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/migration/rural\\_retention\\_background\\_paper.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/rural_retention_background_paper.pdf)
3. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
4. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* 2008; 371(9613):668-674.
5. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010; 18(3):102-109.
6. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88(5):379-385.
7. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(19):1-10.
8. Chen LC. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88 (5):321-400.
9. Viscomi M, Larkins S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine* 2013; 18(1):13-23.
10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756):1923-1958.
11. Ooms G, Hammonds R, Decoster K, Van Damme W. *Global Health: What it has been so far, what it should be, and what it could become*. Antwerp: Institute of Tropical Medicine; 2011.
12. Santana JFNP. *Cooperação Sul-Sul na área da saúde: dimensões bioéticas* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
13. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):93-105.
14. World Health Organization (WHO). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO; 2016. [acessado 2016 out 15] Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/EN\\_WHS2016](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016)
15. Montekio VB, Medina G, Aquino R. Sistema de saúde de Brasil. *Salud Pública de México* 2011; 53(Supl. 2):s120-s131.
16. Paim JS. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
17. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil* 2015. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015
18. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate* 2009; (44):13-24.
19. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez; 2015.
20. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
21. Brasil. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
22. Brasil. *Número de escolas médicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [mimeo]
23. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009*. Brasília: IPEA, ABC; 2010.
24. Fedatto MS. *A Fiocruz e a cooperação para a África no governo Lula* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
25. Connor C, Averbug C, Miralles M. *Avaliação do Sistema de saúde de Angola 2010*. Bethesda: Abt Associates Inc.; 2010.
26. Angola. *Relatório Anual das Atividades Desenvolvidas*. Ministério da Saúde; 2013. [acessado 2015 jun 20] Disponível em: <http://docplayer.com.br/3681693-Republica-de-angola-ministerio-da-saude-ano-2013-relatorio-anual-das-atividades-desenvolvidas.html>
27. Angola. Lei nº21-B, de 28 de agosto de 1992. Aprova a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. *Diário da República* 1992; 28 ago.
28. Angola. Constituição da República de Angola. *Diário da República* 2010; 5 fev.
29. Queza AJ. *Sistema de Saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal* [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2010.
30. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I, Silva F, Mercer H, Cabral J, Dussault G. The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. *Human Resources for Health* 2011; 9(9):1-5.
31. Fronteira I, Sidat M, Fresta M, Sambo MR, Belo C, Kahuli C, Rodrigues MA, Ferrinho A. The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Human Resources for Health* 2014; 12(63):1-10.
32. Ojeda RM. Cobertura Universal de Salud: Experiencia Cubana [editorial]. *Ciencias Médicas* 2015.
33. Cuba. Constitución de la República de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* 1992; 12 jul.
34. Cuba. Ley nº 41. Ley de la Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* 1983; 13 jul.

35. Sánchez YM, Machado OJD, Fernández AMT. Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. *Educ Med Super* 2010; 24(1):76-84.
36. Iglesias MS, Valido JAS, Bustillo FD. *Unidad Central de Cooperación Médica: Anuario*. Havana: Editorial Ciencias Medicas; 2014.
37. Agência Brasileira de Cooperação. Projeto de Cooperação BRA/04/044-S083 [acessado 2016 out 10]. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/Projetos/pesquisa>.
38. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
39. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto "Mais Médicos para Brasil": nueva modalidad de colaboración cubana en el exterior. *Rev EDUMECENTRO* 2015; 7(1):171-177.
40. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2925-2933.
41. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2749-2759.
42. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2675-2684.
43. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2685-2696.
44. Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR, Brito-Silva K, Santos LX, Bezerra AFB. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2815-2824.
45. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, Santos FOS, Santos W, Oliveira JPA, Pessoa VM, Shimizu HE. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Org* 2017; 95(2):103-112.
46. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):641-642.
47. Ferreira AVL, Fresta M, Simões CFC, Sambo MRB. Desafios da educação médica e da investigação em saúde no contexto de Angola. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2014; 38(1):133-141.
48. Osa JA. Um olhar para a saúde pública cubana. *Estud. av.* 2011; (25)72: 89-96.
49. Cárdenas LG. La especialidad de medicina familiar en la formación de los recursos humanos en Cuba. *O mundo da saúde* 2010; 34(3):404-406
50. Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2005; 29(2):136-146.
51. Torres NM. *La colaboración médica cubana en el siglo XXI: una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau* [dissertação]. Havana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006.
52. Torres NM, Cruz EM. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Rev Cubana Salud Pública* 2010; 36(3):254-262.
53. Torres NM, Cruz EM. Experiencia cubana en Cooperación Sur-Sur. *Rev Cubana Salud Pública* 2011; 37(4):380-393.
54. Akerman M. *Saúde e Desenvolvimento Local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec; 2014.
55. Santos RF, Rodrigues CM. Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. *Hist. cienc. saude-Manguinho* 2015; 22(1):23-47.
56. World Health Organization. *The World Health Report: working together for health*. Genève: OMS; 2006.
57. Joint Learning Initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis*. 2004 [acessado 2016 maio 15]. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/documents/JLi\\_hrh\\_report.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf)
58. Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde". *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):25-35.
59. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2773-2784.
60. Organização Mundial da Saúde. Código de práticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud 2010. [acessado 2015 nov 20]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R16-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf)

Artículo sometido el 15/08/2016

Aprovado el 28/11/2016

Versión final sometida el 13/02/2017



