

Ampliación del acceso y cambio de modelo: experiencia a partir del Programa Más Médicos

Álex Moreira Herval^(a)

Elisa Toffoli Rodrigues^(b)

(a) Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627. Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil. 38400-902. alexherval@ufmg.br

(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. elisa.toffoli@ufu.br

En respuesta a las demandas de la población y de los alcaldes municipales por la ampliación del acceso a la atención médica, el Gobierno Federal en Brasil lanzó en 2013 el programa Más Médicos. Entre otros objetivos estructurantes, ese programa promovió la provisión en régimen de emergencia de médicos. Este artículo, al presentar la experiencia de un municipio con la atención de esa demanda de médicos discute la sostenibilidad de la expansión de la cobertura de la Atención Básica y la provisión de médicos para esos servicios, las potencialidades del programa para inducir el cambio en el modelo de atención en salud y los factores vinculados habitualmente a la atracción y a la fijación en el área de profesionales de salud.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Salud de la Familia. Políticas públicas de salud. Programas gubernamentales.

Introducción

La universalización del acceso a la salud, fruto del Movimiento de la Reforma Sanitaria, aunque representa un deseo popular, también constituye un desafío para los gestores. La cronicidad de esa problemática obtuvo una mayor visibilidad a partir de la insatisfacción de los brasileños que se lanzaron a la calle en las manifestaciones

populares de 2013, y de la campaña “¿Dónde está el médico?”, elaborada en el mismo año por el Frente Nacional de los Alcaldes de Brasil que reivindicaba el apoyo del Gobierno Federal en la contratación de médicos extranjeros^{1,2}.

En respuesta a esas demandas, el Gobierno Federal lanzó, en el mismo año, el Programa Más Médicos. Este programa congrega un conjunto de medidas cuyo objetivo es combatir las desigualdades de acceso a los servicios básicos de salud³. Para tanto, cuenta con tres ejes de acción: mejora de la infraestructura de la red de salud, ampliación y reformas educativas de los cursos de graduación en medicina y residencia médica y la provisión en régimen de emergencia de médicos en áreas vulnerables⁴⁻⁶.

Aunque el Programa Más Médicos actúa en la mejora cualitativa y cuantitativa tanto de la formación médica (graduación y residencia) como de la estructura de red, solamente la provisión inmediata de médicos con contratación temporal de profesionales extranjeros ha obtenido visibilidad pública, suscitando controversias¹. Ante tal situación, este artículo busca presentar y analizar la experiencia del municipio de Uberlândia (estado de Minas Gerais) con relación a la provisión en régimen de emergencia de profesionales médicos proporcionada por el Programa Más Médicos.

Metodología

En este artículo se presenta la experiencia del municipio de Uberlândia con el Programa Más Médicos. El municipio se localiza en la Región Sudeste del estado de Minas Gerais, a aproximadamente 556 km. de distancia de Belo Horizonte (capital del estado) y con una población estimada de 662.362 habitantes (estimativa para el año 2015 del Departamento de Informática del SUS – DATASUS). La concentración de médicos, calculada en el año 2014, equivalía a 2,15 profesionales para cada 1000 habitantes⁷.

Como fuente de datos secundarios, se utilizaron sistemas de información del Ministerio de la Salud: DATASUS, Sala de Apoyo a la Gestión Estratégica del Ministerio de la Salud (SAGE) y Sistema de Gestión del Programa (SGP).

La experiencia del municipio de Uberlândia con la provisión de médicos comenzó con la adhesión al Programa de Valorización de los Profesionales de la Atención Básica (Provab) todavía en los primeros ciclos del programa. Con el objetivo de ampliar el acceso de la población a la Atención Básica y de dar impulso a la transición al modelo de atención norteado por la Estrategia de Salud de la Familia, el municipio adhirió, en el año 2014, a la estrategia de provisión en régimen de emergencia del Programa Más Médicos.

Se subraya que, a partir de 2015, el Provab se incorporó al Programa Más Médicos, posibilitando que los profesionales permanecieran en el municipio durante otros tres años. La distribución de los profesionales médicos, según la forma de ingreso en el Programa Más Médicos, está dispuesta en el Gráfico 1. En el año 2015, uno de los médicos cooperados que salió del programa fue sustituido por un médico brasileño formado en Cuba.

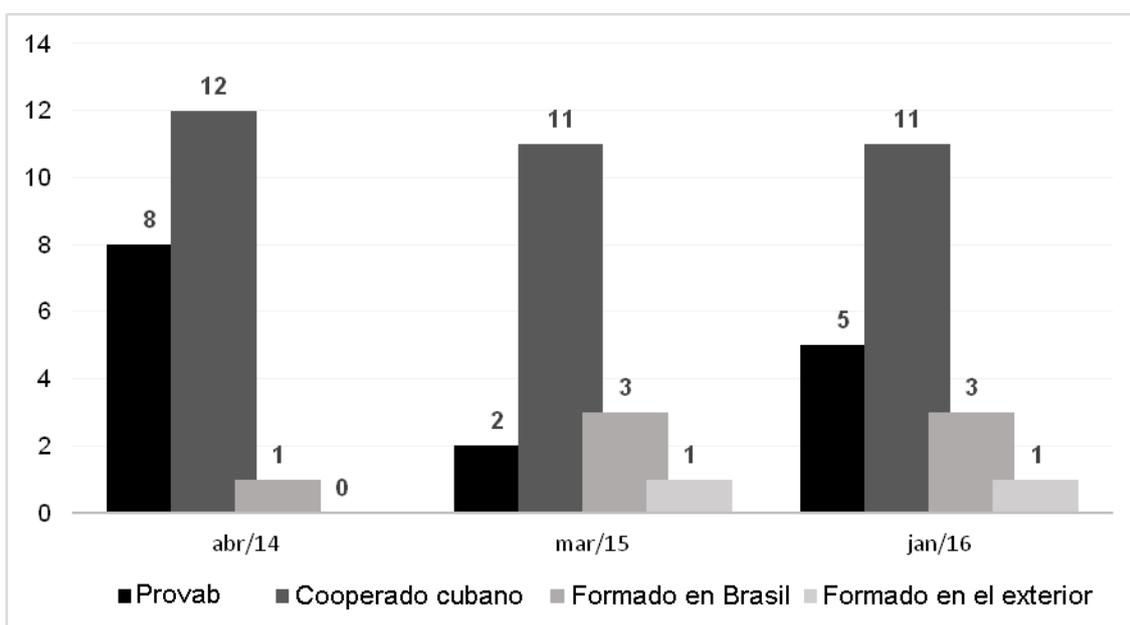


Gráfico 1: Distribución de los profesionales del Programa Más Médicos según la forma de ingreso en el programa en los años 2014, 2015 y 2016.

Fuentes: Sala de Apoyo a la Gestión Estratégica del Ministerio de la Salud y Sistema de Gestión de Programas.

La adhesión del municipio al Programa Más Médicos contribuyó con el Plan Municipal de Salud (2014–2017), que tiene como uno de sus objetivos el aumento significativo de la cobertura de Atención Básica, priorizando el modelo de Salud de la Familia. Según datos del Departamento de Información del Sistema Único de Salud (DATASUS), el volumen de equipos de Salud de la Familia pasó de 49 equipos en octubre de 2013 para 72 equipos al final de 2014, un aumento del 46,93%.

Del total de 23 equipos creados, 12 se constituyeron con médicos cubanos. Los cubanos se distribuyeron para: un equipo itinerante que atiende parte de la zona rural del municipio, tres equipos urbanos de Salud de la Familia creados para dividir nuevamente las áreas de alcance de equipos con elevado número de ciudadanos vinculados y ocho equipos de Salud de la Familia creados dentro de UBS tradicionales con el objetivo de comenzar un cambio en el modelo de Atención en Salud.

Este artículo analiza la experiencia con esos 12 profesionales cubanos y con los demás profesionales vinculados al Programa Más Médicos (Provab, Formado en Brasil, Formado en el Exterior). No obstante, se hace la salvedad que la estrategia de cambio del modelo de atención ocurrido en el ámbito de las UBS, fue dirigida solamente por profesionales cubanos.

Sostenibilidad de la universalización de la Atención Básica

Al contrario de lo que sucede en los servicios de mediana y alta complejidad, la expansión de los servicios básicos de salud depende de un mayor volumen de inversiones en la contratación de recursos humanos de que de la adquisición de equipos. Eso se debe a que la Atención Básica exige un mayor volumen de médicos por equipo, en comparación con los servicios médicos especializados⁸.

La oportunidad de adhesión al Programa Más Médicos fue esencial para que el municipio consiguiera expandir de forma significativa los servicios de Atención Básica, buscando recuperar parte del atraso temporal en la expansión de los equipos de Salud de la Familia. Conforme se muestra en el Gráfico 2, Uberlândia mantuvo su cobertura

de equipos de Salud de la Familia en un nivel bien inferior a las coberturas de los estados y nacional. No obstante, en el año 2014, cuando comienzan las actividades de los médicos intercambistas en Brasil, el crecimiento de la cobertura poblacional por parte de los equipos de salud de la familia en el municipio se mostró más expresiva que las demás medidas presentadas.

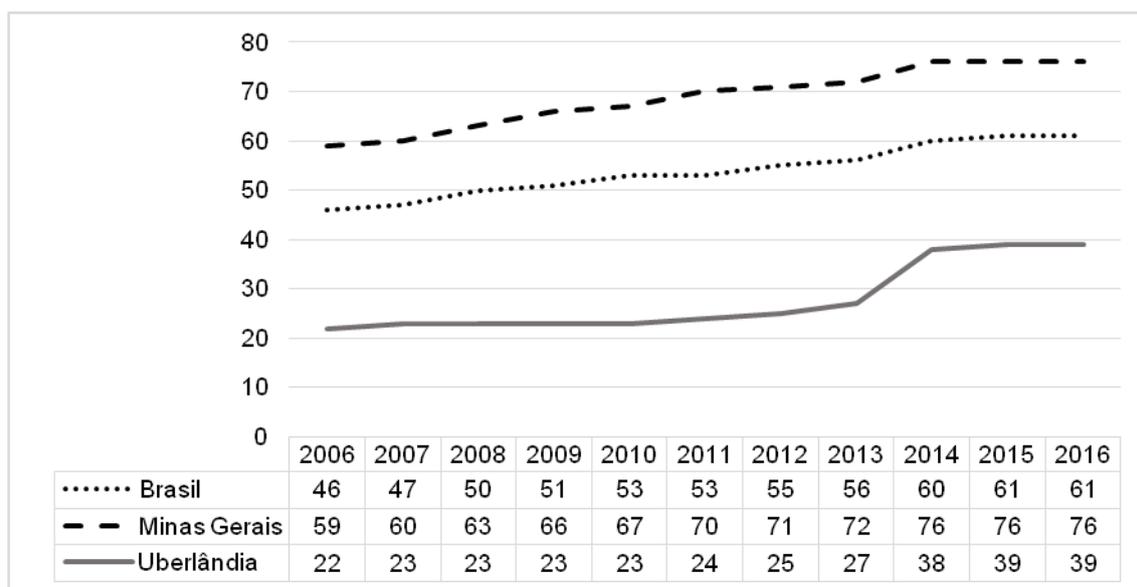


Gráfico 2: Comparativo de la cobertura de equipos de Salud de la Familia entre los años 2006 a 2016 para el municipio de Uberlândia, el estado de Minas Gerais y el Gobierno Federal.

Fuente: Sala de Apoyo a la Gestión Estratégica del Ministerio de la Salud.

Uno de los factores diferenciales del Programa Más Médicos, cuando se compara a las experiencias anteriores, es la contratación de los médicos bajo la responsabilidad del Ministerio de la Salud, desgravando al municipio⁴. Bajo esa perspectiva, cabe subrayar la importancia de los médicos contratados por el gobierno federal en la expansión de la Atención Básica en un momento de crisis económica, cuando hubo una importante reducción de los ingresos del municipio, dificultando, entre otras cosas, el pago de los trabajadores de los servicios públicos.

Incluso sin la particularidad económica del momento, Campos⁹ percibe, al observar el Programa Más Médicos, que los municipios brasileños enfrentan

importantes dificultades para implementar y administrar redes de Atención Básica. Para el autor, alcanzar una cobertura igual o superior al 80% de la población es imposible sin el auxilio directo del Ministerio de la Salud.

Sumándose a esa discusión, Rovere¹⁰ afirma que la experiencia con el Programa Más Médicos ayuda a comprender la dificultad que los países capitalistas enfrentan para garantizar la cobertura territorial y la descentralización de la Medicina. Ese fenómeno ha acarreado un abandono de regiones periféricas y rurales por parte de esos profesionales.

Programa Más Médicos y el modelo de Atención en Salud

El envejecimiento poblacional y los cambios en el perfil epidemiológico han exigido de los sistemas de salud el rediseño de su modelo de atención con enfoque en la Atención Básica¹. En ese contexto, la Salud de la Familia se ha considerado la estrategia prioritaria para la expansión y la consolidación de esos servicios de salud.

Para Rodrigues et al.¹¹, la Estrategia Salud de la Familia representa una ruptura con las prácticas tradicionales desarrolladas en el ámbito del SUS, puesto que actúa con procesos de trabajo basados en las necesidades de las poblaciones. Dentro de esa perspectiva, una de las estrategias adoptadas por el municipio de Uberlândia fue la creación de equipos de Salud de la Familia en las Unidades Básicas de Salud (UBS), en las cuales se desarrolla la Atención de Salud con procesos de trabajo fragilizados y uni-profesionales, poco conocimiento del territorio y atención médica fragmentada entre clínicos generales, pediatras y ginecólogos.

Esa estrategia tuvo como objeto iniciar la conversión de ese modelo para la Estrategia Salud de la Familia.

De tal forma, en 2014, de un total de nueve Unidades de Atención Básica pautadas únicamente en el modelo tradicional, ocho recibieron equipos de Salud de la Familia compuestos por médicos cubanos. Esos equipos de salud ampliaron y calificaron actividades ya desarrolladas por las UBS tradicionales en función del diagnóstico de la población, permitiendo que: 1) la visita a domicilio dejara de ser por

demanda de la familia e incorporara a todos los pacientes de cama, restringidos al hogar y con condiciones de salud eventuales (post-operatorio y puerperio, por ejemplo); 2) la búsqueda activa, antes realizada solamente por teléfono y para consultas atrasadas, se ampliara para ciudadanos que desconocían el trabajo desarrollado en la UBS hasta el momento y 3) el aumento del volumen de actividades de Educación en Salud.

Además, la inserción de equipos de Salud de la Familia en las UBS tradicionales posibilitó la implementación de nuevos procesos de trabajo, tales como: el registro de la población adscrita y la confección de “mapa inteligente”; la clasificación de riesgo de niños, embarazadas, hipertensos, diabéticos y ancianos; la reunión de equipo semanal con horario protegido; la organización de la agenda médica con base en el diagnóstico de la población, permitiendo la libre demanda y la inserción de la acogida y de la consulta de Enfermería (prenatal, puericultura, condiciones crónicas).

Esa estrategia enfrentó resistencia de la población y de los gerentes de las UBS. Por parte de los gerentes, el nuevo modelo de contacto con la población y la organización del proceso de trabajo causó extrañeza. La nueva propuesta exigió una reorganización de las agendas de trabajo y de los flujos de la unidad, desde la recepción y la acogida, hasta el direccionamiento interno del paciente, constituyendo un desafío permanente para los gerentes y que todavía enfrenta resistencias. Por parte de la población, los profesionales cubanos inseridos en las UBS tradicionales sustituyeron la Atención de Salud prestada por los clínicos generales, pero con relación a los cuidados de salud de los niños o de la mujer, gran parte de la población solicita la atención de especialistas en Pediatría y Ginecología. Se entiende que ese problema proviene de la cultura de la valorización de la sub-división del trabajo médico, con la fragmentación del cuidado. Bajo esa óptica, se percibe el desconocimiento de la población con relación al trabajo del Médico de Familia y Comunidad y su capacidad de actuar sobre principios fundadores de la Atención Básica tales como: la longitudinalidad, la integralidad del cuidado, la actuación en problemas más comunes de la población y el desarrollo de vínculos con la población adscrita¹².

Ante las diferentes barreras enfrentadas para la gestión del trabajo en una UBS en donde convivían dos modelos de Atención Básica, y considerando la imposibilidad presupuestaria de continuar la expansión de la Salud de la Familia a finales de 2015, tres equipos de Salud de la Familia compuesta por profesionales cubanos que compartían el espacio de la UBS tradicional fueron transferidos para una nueva UBS con capacidad para abrigar los tres equipos de Salud de la Familia.

A pesar de que inicialmente pareciera un fallo en el mantenimiento del cambio del modelo, el diálogo con los Consejos Locales de Salud y representaciones de barrio, realizado por la gestión de la Atención Básica y gerentes de las UBS tradicionales, dejó en evidencia la conquista de la población por medio de algunos procesos de trabajo de Salud de la Familia, resultando en cuestionamientos relativos al mantenimiento del registro y visitas a domicilio por parte del agente comunitario de salud, atención a domicilio a los pacientes de cama, búsqueda activa y organización de la atención a pacientes en cuidado continuo.

También se percibió, como puntos positivos de la estrategia de cambio de modelo, el estrechamiento de la relación de la población con los profesionales de salud, por medio del registro, de la acogida, de la búsqueda activa, de la visita a domicilio y de las actividades educativas, estas últimas desarrolladas en la UBS o en otros espacios de la comunidad. En la misma lógica, los gerentes de las UBS percibieron la potencialidad del trabajo pautado en el diagnóstico de la comunidad. Tal percepción se verificó al discutir con los gerentes de las UBS los resultados de la auto-evaluación del Programa Nacional de Mejora del Acceso y Calidad (PMAQ, por sus siglas en portugués), momento que dejó en evidencia de qué forma el diagnóstico poblacional realizado por el equipo de Salud de la Familia contribuía con los demás procesos de trabajo, cuando comparado con el resto del territorio cubierto por la UBS tradicional.

De hecho, los resultados percibidos por el municipio salen al encuentro de las percepciones de Molina et al.⁵, que señalan hacia la contribución de la reorientación del modelo de atención promovido por el Programa Más Médicos. Para los autores, los médicos oriundos del programa se aproximan de la comunidad al transformar un

modelo de atención pasivo, puramente clínico y de atención predominante a eventos agudos, en un modelo de atención de salud continuado enfocado en las personas, la familia y la comunidad. Además, la participación de esos profesionales en los equipos de Salud de la Familia permite la adopción de un modelo de atención basado en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y el tratamiento de las principales demandas del territorio¹.

Al calificar la capacidad de respuesta y la integralidad de la Atención Básica por medio de intervenciones sobre los factores determinantes sociales de la salud, el Programa Más Médicos asume el potencial de fortalecer las Redes de Atención a la Salud⁵. Se cree que el potencial de cambio del modelo de atención y fortalecimiento de la red también se vio perjudicado por la baja cobertura de Salud de la Familia que el municipio todavía vive, incluso con la expansión promovida por el programa.

Atracción y fijación del profesional como desafío del SUS

Uno de los grandes problemas enfrentados por el SUS es la atracción y la fijación de profesionales, principalmente en áreas carentes y del interior del país¹¹. Para Scheffer¹³, esas áreas suman problemas como bajos indicadores sociales, condiciones inadecuadas de trabajo con cargas horarias excesivas y mala remuneración.

Con vistas a la solución de la distribución de profesionales de salud en el territorio nacional, desde la segunda mitad del siglo XX hubo iniciativas de distribución y fijación de médicos en regiones carentes de tales profesionales, siendo una de las estrategias más recientes el Provab. Sin embargo, ninguna de esas estrategias suplió las necesidades locales o regionales⁴. De tal forma, el Programa Más Médicos, al incorporar el Provab, trató de resolver el problema de la distribución de profesionales por medio de la regulación de la profesión médica¹¹. Se subraya que, al unificar nacionalmente el valor de la beca e invertir en la estructura de las Unidades de Salud, el Programa Más Médicos intervino en algunos de los problemas señalados por Scheffer¹³.

A pesar de mejorar la distribución de médicos y de incluir atractivos para la permanencia del profesional, el municipio de Uberlândia ha sufrido con la evasión de esos profesionales, en especial de los recién formados, puesto que estos suelen iniciar sus actividades y, entre otros factores, salen del programa porque consiguen otras oportunidades tales como, por ejemplo, el ingreso en programas de residencia médica. También hay que citar la evasión de los profesionales cubanos: del total de 12 médicos recibidos por el municipio, tres abandonaron el programa.

A partir de la evasión surge otro problema: la reposición del profesional es demorada, lo que causa impacto en el acceso de la población a la atención médica y a la continuidad de los cuidados iniciados. Eso fragiliza el potencial del Programa Más Médicos para fortalecer la Atención Básica como puerta de entrada preferencial del sistema de salud que, según Molina et al.⁵, ocurre por medio de la presencia constante del profesional médico y del establecimiento de un cuidado a la población en el transcurso del tiempo.

Rodrigues et al.¹¹ y Scheffer¹³ subrayan que la falta de fijación de médicos en el área se debe a la precariedad de los municipios. No obstante, ese factor no incide sobre el municipio de Uberlândia, puesto este presenta un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,789, considerado alto. Otro argumento utilizado por Scheffer¹² para la falta de fijación del profesional en el área es la baja remuneración, pero el pago en el ámbito del Programa Más Médicos es unificado.

En concordancia con lo observado en el municipio, el estudio realizado por Campos y Malik¹⁴ señaló que, en los grandes centros urbanos, el sueldo atrae al profesional, pero no lo fija. Los autores destacan que la satisfacción del profesional presenta una importante correlación con la rotación médica, siendo importante considerar factores tales como la distancia de la Unidad de Salud y la falta de capacitaciones, además de la disponibilidad de materiales para realizar el trabajo.

Con relación a las características regionales de la rotación médica, el estudio desarrollado por Pierantoni et al.¹⁵ señaló que las regiones Sur y Sudeste presentan mayor valor absoluto de rotación de médicos, siendo que la región Sudeste presenta el mayor promedio de rotación (el 62% de los profesionales). Además, los autores señalan

que el IDH de esa misma región no presentó relación con la rotación. Por lo tanto, se observa que la rotación o la evasión del profesional médico es un problema multifacético y que puede exigir nuevas articulaciones o estrategias en el ámbito del Programa Más Médicos.

Consideraciones finales

El Programa Más Médicos representó un importante aliado en la expansión de los servicios de Atención Básica y en el cambio del modelo de Atención de Salud, a pesar de encontrar dificultades para consolidar ese segundo desafío.

En lo que se refiere a la expansión de los servicios de salud y regulación de los recursos humanos en el área de la Salud, el Programa Más Médicos ha mostrado la necesidad de que la contratación de recursos humanos esté vinculada al Ministerio de la Salud, considerando especialmente las barreras presupuestarias y la imposibilidad de los municipios para atraer y fijar en su área a los profesionales de salud. De esa forma, la sostenibilidad de la cobertura universal de los servicios de salud, con la distribución y fijación de profesionales por todas las regiones del país, parece depender de la creación de la carrera nacional de los profesionales de salud del SUS.

En lo que se refiere al modelo de Atención de Salud en la Atención Básica, el Programa Más Médicos se configuró como un importante impulsor de cambios: la oferta de profesionales capacitados para actuar ante los factores determinantes sociales de la salud y cursos de especialización en Atención Básica para los profesionales vinculados al programa. De tal forma, las dificultades enfrentadas por el municipio estuvieron regidas por la estrategia utilizada, es decir, la búsqueda por la coexistencia de dos modelos de atención en una misma estructura física, y por la baja cobertura de la Salud de la Familia, inferior al estándar de los estados o nacional.

Colaboradores

Álex Moreira Herval participó activamente de la discusión de los resultados, de la revisión y de la aprobación de la versión final del trabajo.

Elisa Toffoli Rodrigues participou ativamente de la discusión de los resultados, de la revisión y de la aprobación de la versión final del trabajo.

Referencias

1. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Medicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(11):3547-52.
2. Carvalho MS, Sousa MF. How has Brazil dealt with the topic of provision of physicians? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
3. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. The Program More Doctors and training in and for the NHS: why the change? *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):5-10.
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
5. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate*. 2014; (52):190-201.
6. Pinto HÁ, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
7. Scheffer M, Cassenote AJF, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil 2015 [relatório]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.
8. Garcia B, Rosa L, Tavares R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. *Inf Fipe*. 2014; (402):26-36.
9. Campos GWS. More doctors and the built of a personnel policy for the Primary Care in the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):641-2.
10. Rovere MR. The More Doctors Program: a further analysis from the perspective of international health. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):635-6.
11. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMBM. Regulation of medical labor in Brazil: impacts on Family Health Care Strategy. *Physis*. 2013; 23(4):1147-66.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Scheffer M. More Doctors Program: in search of satisfying answers. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):637-40.
14. Campos CVA, Malik AM. Job satisfaction and physician turnover in the Family Health Program. *Rev Adm Publica*. 2008; 42(2):347-68.
15. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saude Debate*. 2015; 39(106):637-47.

Traducido por Maria Carbajal