

Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del eje de Provisión de 2013 a 2015

Hêider Aurélio Pinto(a)
Felipe Proenço de Oliveira(b)
José Santos Souza Santana(c)
Felipe de Oliveira de Souza Santos(d)
Sidclei Queiroga de Araujo(e)
Alexandre Medeiros de Figueiredo(f)
Grasiela Damasceno de Araújo(g)

(a) Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Av. Bento Gonçalves, 9.500, Prédio 43311. Porto Alegre, RS, Brasil. 91501-970. heiderpinto.saude@gmail.com

(b) Departamento de Promoção da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. proenco@hotmail.com; potiguar77@gmail.com

(c) Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador, BA, Brasil. josesantana@fesfsus.ba.gov.br

(d) Mestrando, Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. Brasília, DF, Brasil. felipes.guapo@gmail.com

(e) Graduando, Curso de Gestão em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. sidclei.queiroga@gmail.com

(g) Departamento de Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, Área Técnica de Planejamento e Dimensionamento, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. grasiela.araujo@gmail.com

El Programa Más Médicos fue creado en 2013 para enfrentar desafíos que condicionaban la expansión y el desarrollo de la AB, principalmente la insuficiencia y la mala distribución de médicos y el perfil de formación inadecuado a las necesidades de la población. El programa se compone de tres ejes: provisión de emergencia, calificación de la infraestructura y cambio de la formación. En este artículo realizamos análisis documental, análisis de bancos de datos oficiales y revisión de literatura con el objetivo de evaluar los resultados de la provisión de médicos alcanzados hasta 2015. Identificamos avances importantes en la asignación de los médicos con equidad, en la ampliación de la cobertura de la AB, en la ampliación del acceso de la población a las acciones de atención básica, en el impacto en los indicadores de salud y en la evaluación positiva que usuarios, médicos y gestores realizan del programa. En la conclusión se señalan desafíos enfrentados por el programa para alcanzar efectivamente sus objetivos.

Palabras clave: Atención básica de salud. Escasez de médicos. Programa Más Médicos.

Introducción

El Programa Más Médicos (PMM) fue creado en julio de 2013 por medio de una Medida Provisional, convertida en la Ley 12.871¹ por el Congreso Nacional en octubre del mismo año y se sumó a un conjunto de acciones e iniciativas en un escenario en que el Gobierno Federal asumió la tarea de formular políticas públicas para enfrentar algunos desafíos que condicionaban la expansión y el desarrollo de la Atención Básica (AB) en el país, especialmente, la insuficiencia y la mala distribución de médicos y plazas de graduación y residencia en medicina y el perfil de formación inadecuado a las necesidades de la población y del Sistema Único de Salud (SUS).

La AB debe ser la puerta de entrada preferencial del US, debe ordenar el acceso con equidad a las redes de atención y estar próxima a las personas asegurando acceso universal con calidad y en tiempo oportuno. La Política Nacional de Atención Básica (PNAB)² tiene como modo prioritario de organización de la AB en Brasil la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), cuya cobertura estaba paralizada en los últimos años, como mostraremos más adelante, debido en gran parte a la dificultad de que los gestores municipales atrajesen y fijasen médicos en los equipos de salud de la familia (eSF)³.

La proporción de médicos por habitante en Brasil (1,8/1.000)⁴ era mucho menor que: la de Argentina (3,9)⁵, la de diversos países que también garantizan sistemas de salud universales tales como Canadá (2,4), Reino Unido (2,7), España (3,5) y Portugal (3,8) y también menor que el promedio de los 33 países de la organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (3.1)⁴.

Además, esos médicos estaban mal distribuidos en el territorio nacional, de tal forma que las áreas y las poblaciones más pobres y vulnerables eran las que contaban proporcionalmente con menos médicos. Para agravar el problema, entre 2002 y 2012, la cantidad de médicos formados en Brasil correspondió a tan solo el 65% del total de empleos médicos creados en el mismo período⁶.

Finalmente, se observa el modelo de muchos países que también presentan mayor demanda que formación de médicos y que equilibran tal déficit atrayendo a profesionales graduados en otros países.

En Brasil, el proceso de autorización del ejercicio profesional para médicos formados en el exterior, brasileños o no, siempre fue proteccionista y restrictivo; solamente el 1,9% de los médicos que actuaban en Brasil en 2012 eran extranjeros⁷, mientras que en EE.UU., por ejemplo, ese número llegaba al 22,4%⁸ y en el Reino Unido al 37%⁹.

El PMM es la mayor iniciativa realizada en el país y una de las mayores del mundo para enfrentar ese conjunto de problemas. El programa se compone de tres ejes¹⁰. El eje de provisión de emergencia es una respuesta inmediata al problema de falta de cobertura y acceso a la AB de parte importante de la población brasileña. El PMM selecciona a profesionales graduados en Brasil y fuera del país, brasileños y extranjeros, para que actúen en las áreas con mayor necesidad y vulnerabilidad y para que desarrollen una atención de calidad de acuerdo con las directrices de la PNAB¹¹.

El eje de infraestructura, previsto en el artículo 30 de la Ley del PMM¹, casi triplicó los recursos del Programa de Recalificación de las Unidades Básicas de Salud (UBS) que, creado en 2011¹², tuvo una ampliación de su presupuesto para 5.500 millones de reais para la calificación de la estructura con el objetivo de mejorar el ambiente de las UBS para los usuarios, las condiciones de actuación de los profesionales y el funcionamiento y ampliación del alcance de prácticas del servicio¹³. Además de aumentar la meta de reformas y ampliaciones de UBS existentes, el PMM realizó previsión para la construcción de nuevas UBS en el Programa de Recalificación para que ellas pasaran de poco más de 1 mil para casi 4,5 mil, haciendo que el total de obras previstas alcanzara 26 mil en 5 mil municipios¹³.

Finalmente, el eje de formación médica previó medidas de corto a largo plazo, como aquellas cuyo objetivo es intervenir de forma cuantitativa y cualitativa en la formación de médicos en Brasil: desde la apertura de nuevas plazas de graduación y residencia médica, con reorientación de su distribución en el territorio nacional, hasta el cambio de formación de médicos y especialistas para responder a las necesidades de la población y del SUS. El programa planificó la expansión de la formación de médicos en Brasil de tal forma que la proporción salga del nivel de 1,8 médicos por mil

habitantes, vigente en el año de la creación de Programa, para alcanzar 2,7 médicos por mil habitantes en 2026¹³.

Entre los ejes descritos, el de provisión de emergencia es el que más se caracteriza como de corto plazo, pudiendo generar resultados positivos incluso con el relativo poco tiempo de implantación del programa. Es preciso analizar la presencia de esos resultados y su relación con los objetivos del programa.

Metodología

En este artículo, sintetizamos resultados declarados oficialmente como objetivos del eje de provisión de emergencia del PMM^{1,10,11,13} analizando documentos oficiales e incluyendo la legislación, decretos administrativos y resoluciones relacionadas, así como informes y artículos que tratan sobre la cuestión. A partir de esos resultados, buscamos identificar evidencias de cambios producidos en indicadores que podrían describir el programa utilizando factores referenciales y directrices metodológicas del campo de estudio del análisis de políticas¹⁴⁻¹⁶.

La búsqueda de evidencias se realizó, tanto de modo directo, por medio del análisis de datos secundarios en las bases de Datos de los Departamentos de Informática del SUS (DATASUS), de Atención Básica (DAB), de Monitoreo y Evaluación del SUS (DEMAS) y de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud (DEPREPS), como por medio de la revisión de literatura sobre el programa publicada en artículos, capítulos de libros e informes de investigación disponibles. El período de análisis considerado fue desde el inicio del PMM hasta finales de 2015.

Resultados y discusión

El eje de provisión de emergencia

El PMM provee médicos para actuar en la AB, en las áreas más vulnerables y con mayores necesidades y realiza su perfeccionamiento por medio de diversas actividades de integración enseñanza-servicio articuladas durante un período máximo de tres

años que se puede prorrogar por otros tres. Siguiendo la experiencia de otros países y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la cual es necesario combinar las estrategias de provisión y fijación de profesionales de salud¹¹, el PMM suministró: actividades educativas presenciales y a distancia, becas de formación financiadas por el gobierno federal, incentivos para vivienda y alimentación costeados por el gestor municipal, apoyo clínico a distancia y lógicas de interacción por medio de comunidades de prácticas virtuales.

Las actividades de integración enseñanza–servicio utilizan la práctica del equipo como materia prima del proceso pedagógico. Todos los médicos cursan especialización *lato sensu* ofrecida por una Institución de Enseñanza Superior (IES) pública, por medio de la Universidad Abierta del SUS (UNASUS). Además, la educación permanente de los profesionales la realizan supervisores y tutores pedagógicos vinculados a instituciones de enseñanza del sistema educativo o del SUS. Los médicos tienen acceso al Portal Salud Basada en Evidencias del Ministerio de la Salud (MS) y al Telesalud Brasil Redes. Finalmente, desarrollan actividades de extensión, cuyos proyectos de intervención se construyen juntamente con los equipos.

La selección de profesionales en el programa se realiza en etapas. La primera es la definición de las plazas disponibles que se realiza por medio de un proceso previo de adhesión de los municipios que indican cuáles eSF tienen necesidad de ocupar plazas y cuántas se implantarán. Para la ocupación de las plazas, realizadas por medio de pliegos de condiciones públicos de convocatoria de médicos, hay un orden de prioridad definido por Ley: en primer lugar, se convocan médicos con registro en Brasil y, en segundo, médicos brasileños con registro solamente en el exterior; después son los médicos extranjeros, también con registro tan solo en el exterior y, finalmente, médicos que participan, no individualmente sino por medio de la Cooperación Internacional, que se realiza entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Hasta diciembre de 2015, poco más de dos años después de la llegada de los primeros médicos a los municipios, realizada en agosto de 2013, es posible identificar avances en los indicadores relacionados a resultados que fueron declarados objetivos

del PMM: 1– atención del 100% de la demanda solicitada por los municipios, en conformidad con las reglas del programa; 2– asignación de los médicos en el territorio nacional con equidad; 3– ampliación de la cobertura de la AB en general y, en especial, la de la ESF; 4– ampliación del acceso de la población a las acciones de la AB; 5– impacto en indicadores de salud; y 6– significativa aprobación por parte de usuarios atendidos, médicos y gestores municipales. A continuación, se sistematizan evidencias en cada uno de esos tópicos.

Provisión con equidad

A finales de 2015, el 73% de los municipios de Brasil, en todos los estados, así como el Distrito Federal, participaban en el PMM. El programa estaba en todos los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) haciendo que, por primera vez, todos contasen con médicos para atender su población. La adhesión al programa es voluntaria y la solicitud de médicos realizada por los municipios se analiza de acuerdo con una combinación de criterios: necesidad, oferta ya disponible e infraestructura¹⁷.

La necesidad, en el período de 2013 a 2015, se calculó en función de la cantidad de eSF sin médicos, sumadas a las necesarias para atender a toda su población, dando mayor prioridad a la cobertura de la población exclusivamente SUS, es decir, a la no cubierta por salud suplementaria. Para ese cálculo, se determina la cobertura poblacional que el municipio ya tiene por medio de consulta al Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES), y se resta esa cifra de la población total del municipio. Siendo así, se obtiene la cantidad de eSF todavía necesaria para la población no cubierta. Finalmente, se evalúa si la estructura de las UBS existentes en el municipio es suficiente para la asignación de esos profesionales¹⁷.

La prioridad para la asignación se consideró en función de criterios que llevan en consideración tanto la vulnerabilidad de la población y de grupos poblacionales específicos, como la de los propios municipios^{17,18,19}. De tal forma, los municipios se priorizaron según sus porcentajes de población en condición de extrema pobreza, del bajo índice de desarrollo humano (IDH), de la localización en regiones pobres como los

Valles del Ribeira y del Jequitinhonha y el semiárido, además de los criterios utilizados por el DAB para el traspaso del Piso de Atención Básica Fijo²⁰. Sumado a esos criterios, se priorizaron, dentro de los municipios, las periferias de las grandes ciudades y los grupos poblacionales indígenas, asentados rurales y *quilombolas*.

Por lo tanto, hasta finales de 2015, el PMM había atendido al 100% de la demanda realizada por los gestores municipales, reconocida por el programa conforme los parámetros anteriormente subrayados¹³.

Observamos que los criterios adoptados imprimieron un fuerte componente de equidad en la distribución de los médicos, considerando los grupos de municipios¹⁸ con los que trabaja el programa, de forma que la proporción de médicos del PMM en los municipios de extrema pobreza era casi 3 veces superior que en las capitales y municipios más ricos, conforme gráfico 1.

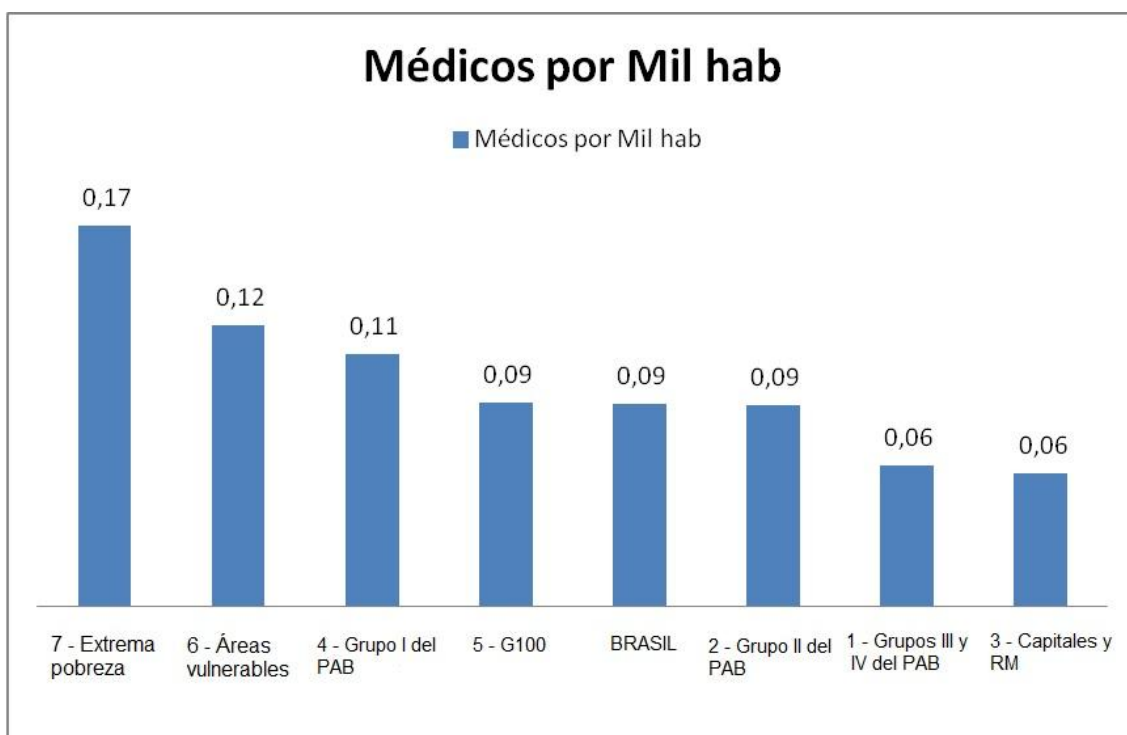


Gráfico 1. Relación médico para cada 1.000 habitantes por grupo de municipios de distribución definido por el Programa Más Médicos, considerando solamente médicos vinculados al programa.

Un resultado semejante se encuentra cuando analizamos por macro-región, con evidente prioridad para el Norte y Nordeste conforme gráfico 2.

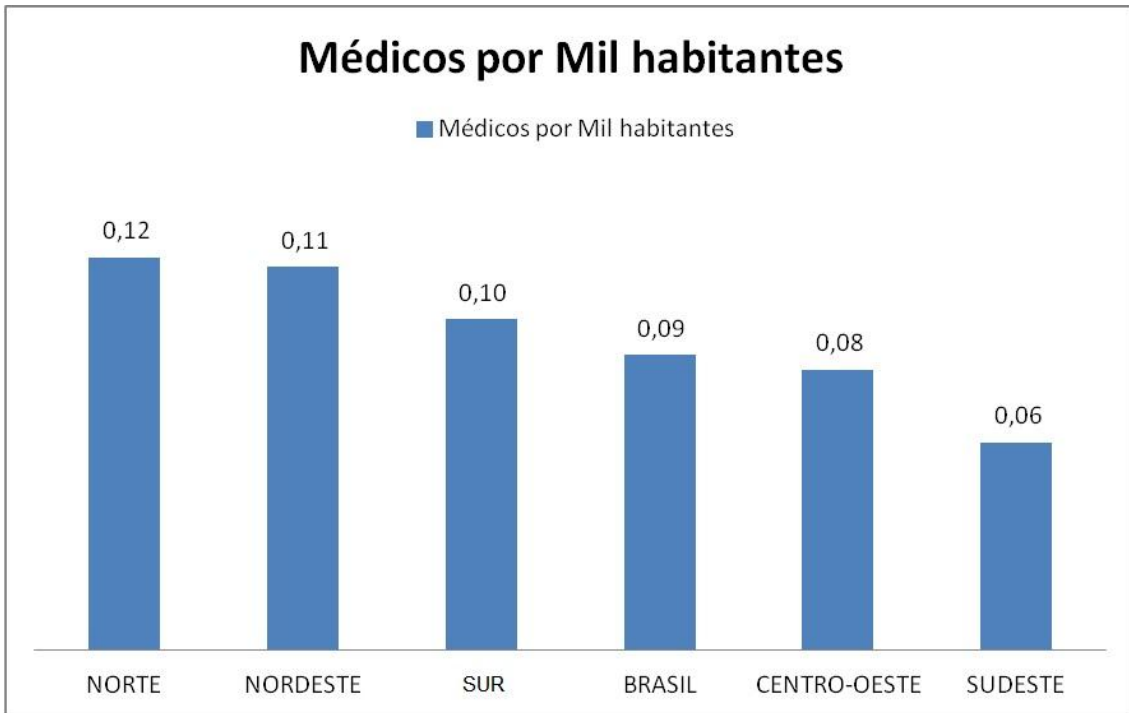
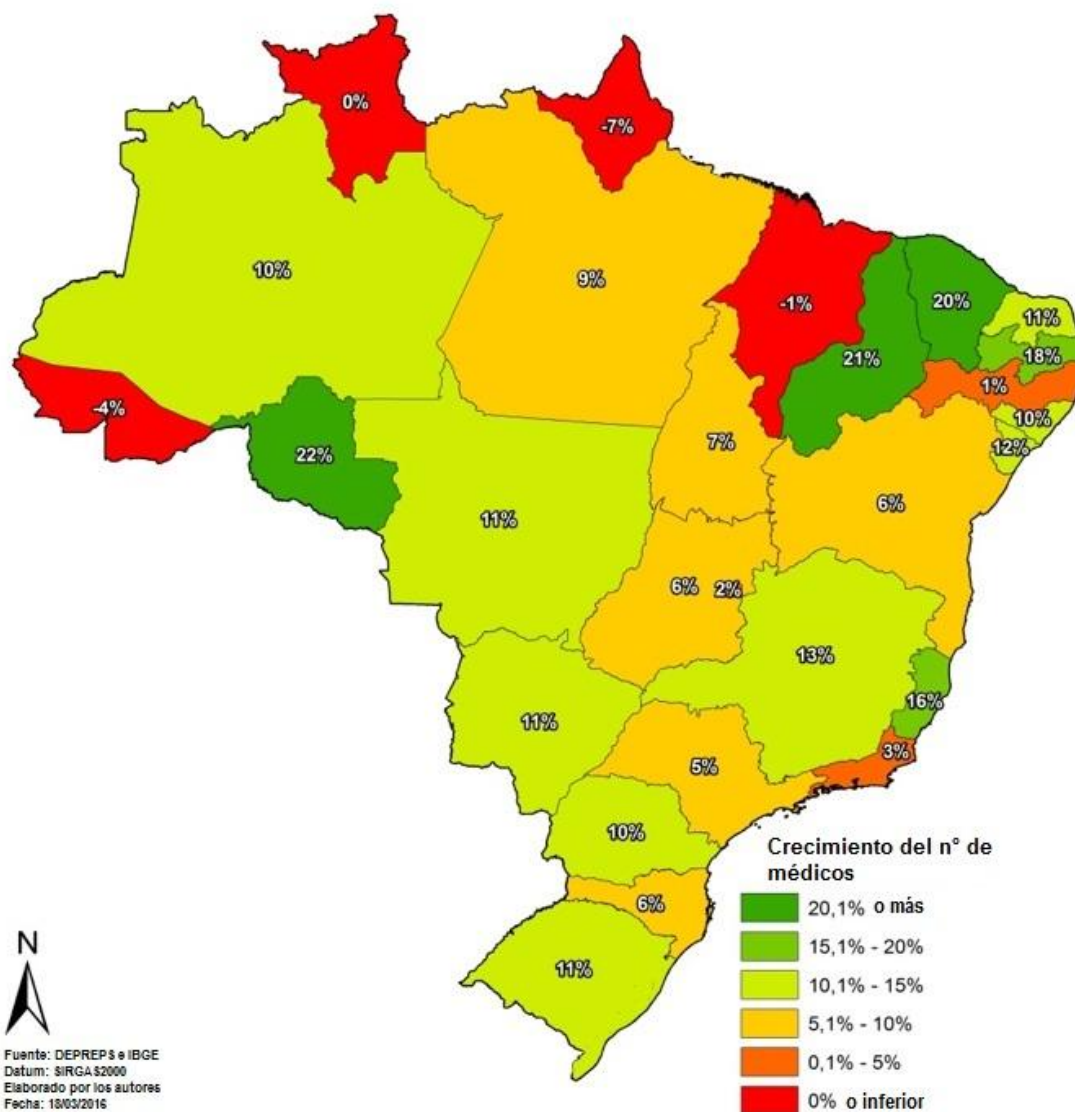


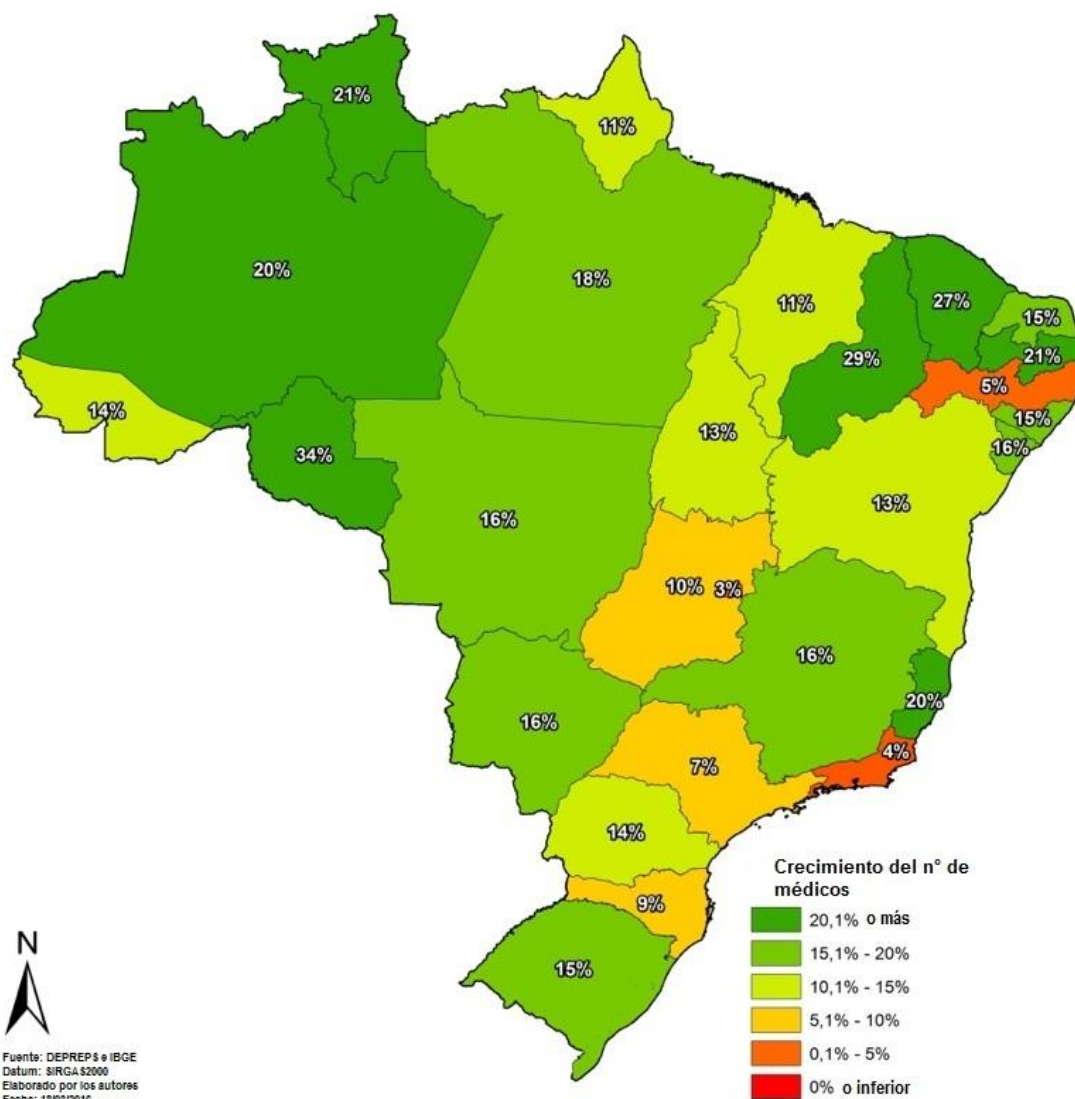
Gráfico 2. Relación médico para cada 1.000 habitantes por macro-región, considerando solamente médicos vinculados al programa.

Cuando analizamos el crecimiento del número absoluto y proporcional de médicos en Brasil y en cada unidad de la federación, constatamos que en 2012 Brasil tenía 388.015 médicos y que a finales de 2015 ese número llegó a 429.559, un crecimiento del 10,7%. Pero, lo más importante es que sin el PMM 12 estados habrían presentado un crecimiento menor al 10%, siendo que en cuatro de ellos o no habría habido crecimiento, o habría habido una reducción del número de médicos conforme el mapa 1.



Mapa 1. Porcentaje de aumento del número de médicos por UF sin el PMM, período 2012 - 2015.

Con el PMM todos presentaron crecimiento y solamente en cinco estados ese crecimiento fue inferior al 10% (mapa 2). Además, todos los estados del Norte y Nordeste, con excepción de Pernambuco, tuvieron un crecimiento superior al 15%.



Mapa 2. Porcentaje de aumento del número de médicos por UF, con el PMM en el período 2012 – 2015.

Ampliación de la cobertura de la Atención Básica y de la ESF

Hay constantes evidencias del aumento de la cobertura de AB desde la implantación del PMM. Para observar adecuadamente este fenómeno es preciso llevar en consideración que las normativas del programa exigen que los médicos integren un eSF u otros equipos previstos en la política de AB. Los eSF, a su vez, pueden ser nuevos, pueden ser equipos ya existentes que estaban sin médicos o también equipos en los cuales la presencia de ese profesional era insuficiente (alta rotación de profesionales durante el año, cumplimiento irregular de carga horaria etc.).

Por lo tanto, es necesario combinar indicadores que consideren tanto la expansión de la ESF como de la AB. Para ello, seleccionamos: aumento de la cantidad de médicos (horas) en la AB de Brasil, aumento de las coberturas tanto de la AB como de la ESF, ampliación en el número de eSF y en el número de municipios con eSF.

Optamos por trabajar con el indicador de horas médicas conocido en la literatura internacional como *Full Time Equivalent*, y no con el número absoluto de médicos, por el hecho de que no sería adecuado contar de la misma manera un médico que cumple una carga horaria de 12 horas semanales con otro que cumple 40, por ejemplo. De acuerdo con este criterio, y utilizando los datos del CNES, se consideró el conjunto de médicos asignado en la AB.

Los municipios brasileños se categorizaron en municipios que adhirieron al programa y municipios que no lo hicieron. El Gráfico 3 usa como base el año 2011 y muestra ese crecimiento de 2012 a 2015.

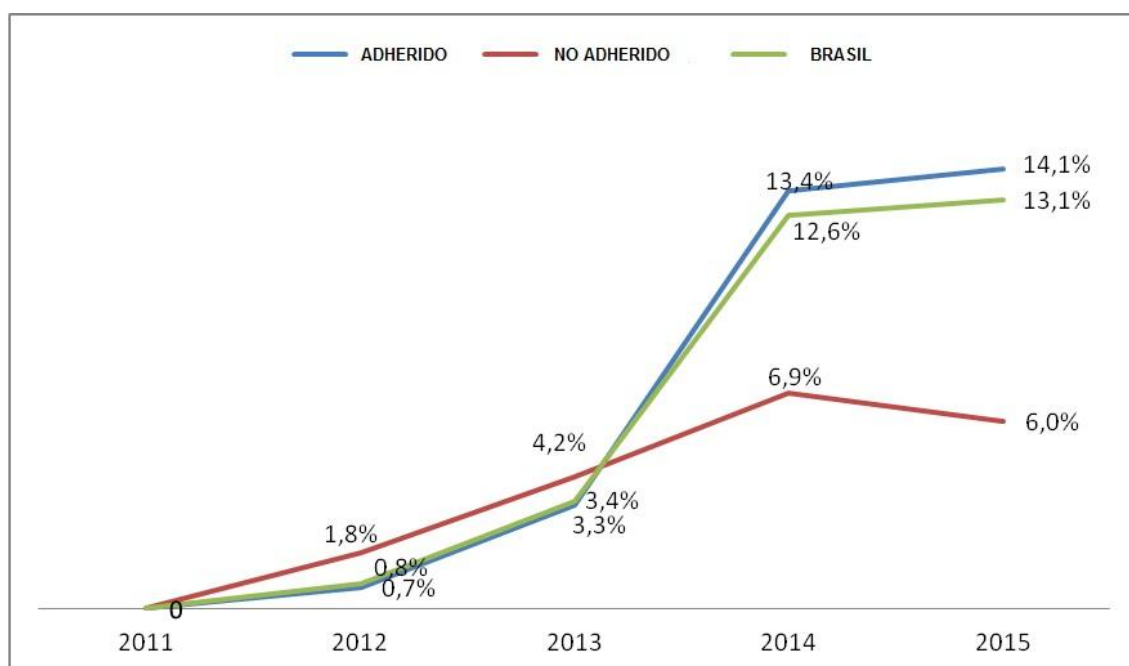


Gráfico 3. Porcentaje del aumento del promedio anual de médicos – FTE – en los establecimientos de la AB, por situación de la adhesión al MM, entre 2012 y 2015.

Observamos que en 2012 y 2013, los municipios que no adhirieron al PMM – casi el 30% de los municipios de Brasil – presentaron un crecimiento mayor en la cantidad de médicos en la AB que aquellos que adhirieron. En 2012, ese crecimiento

fue más del doble que en los municipios que realizaron la adhesión. En el año 2013, cuando se creó el programa, ya se percibió su efecto, pero aún el crecimiento en los “que no realizaron la adhesión” es ligeramente mayor. Una de las razones de la no adhesión de esos municipios puede ser exactamente el hecho de que tuvieran más facilidad de atraer y fijar médicos por medios propios.

Con la creación del PMM ese crecimiento sufrió una inversión en los años 2014 y 2015: los municipios que antes tenían más dificultades para atraer y fijar médicos, los que “realizaron la adhesión”, tuvieron un crecimiento del 10,8%, mientras que los que “no realizaron la adhesión” tan solo del 1,8%, un crecimiento seis veces mayor. Es importante observar que el promedio nacional sigue la línea de los que “realizaron la adhesión”, exactamente porque las horas-médico añadidas en la AB en los municipios participantes es mucho mayor que las añadidas en los municipios no participantes.

Otro dato importante se refiere a la ampliación de las coberturas de AB y de la ESF. En este punto es interesante aclarar el modo de cálculo. El DAB utiliza como parámetro de cobertura el promedio de personas registradas en el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) por parte de eSF. En 2006, año de la definición del parámetro, la media verificada fue de 3.450 personas²¹. Sin embargo, al aplicar ese parámetro para cobertura nacional municipio a municipio, el algoritmo utilizado por el DAB acaba por hacer del promedio un techo, como demostramos a continuación.

Un municipio A que tiene 10 mil habitantes y dos equipos anotaría cobertura de 6.900 personas. Un municipio B que también tiene 10 mil habitantes y cuatro equipos anotaría, obviamente, cobertura máxima de 10.000 personas. Por lo tanto, esos seis equipos cubrirían en promedio 2.817 personas y no 3.450. Ese es el problema del algoritmo.

Con la reducción del uso del SIAB a partir de 2007 – cuando el CNES pasó a ser el sistema más importante a actualizar para tener derecho al recibo de la financiación de la AB – y con la sustitución del SIAB por el sistema eSUS/SISAB a partir de 2013, el sub-registro pasó a impedir un conteo real de las personas registradas por eSF para actualizar el promedio real. Por lo tanto, hasta que se realice un conteo real a partir de

los datos del nuevo sistema de información, el SISAB, el parámetro de cobertura más real es el último efectivamente verificado.

De esa forma, para los cálculos realizados en este artículo, construimos un algoritmo que aplica como promedio, efectivamente, el parámetro de 3.450 personas por eSF. Es importante observar que esa elección altera solamente la cantidad de personas que se considera cubiertas. Si en todos los puntos de la curva tuviéramos la aplicación del mismo parámetro, la proporción de aumento es indiferente al parámetro de cobertura utilizado. Para las personas cubiertas por servicios que no son de la ESF, utilizamos el parámetro adoptado por el DEMAS para los Contratos Organizativos de Acción Pública, que equipara 60 horas de carga horaria médica (generalista, médico de familia, clínico, ginecólogo y pediatra) en un equipo de AB no eSF a la cobertura proporcionada por un eSF.

De esa forma, constatamos que Brasil presentaba una paralización del crecimiento de AB de 2008 hasta 2013, saliendo del 75,8% de cobertura y llegando solamente al 80,6% (gráfico 4). Todas las regiones presentaron comportamiento semejante, exceptuándose la región Norte que presentó, en el mismo período, una reducción de la cobertura del 72,9% para el 66,2%.

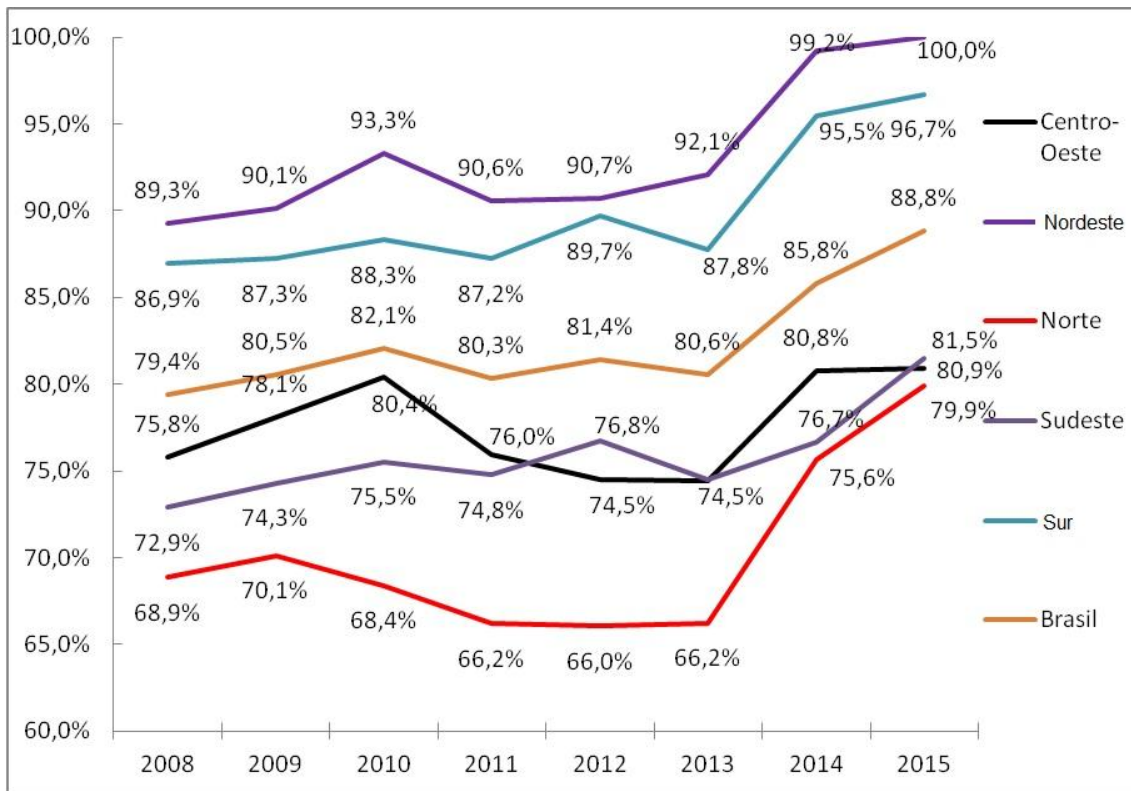


Gráfico 4. Estimativa de cobertura poblacional de la atención básica en Brasil entre los años de 2008 y 2015.

De 2013, año de la creación del PMM, a 2015, la cobertura en Brasil pasó del 80,6% al 88,8%, lo que representa un crecimiento promedio anual cuatro veces superior al crecimiento promedio de los cinco años anteriores. También es interesante observar que la región Norte, que tenía la peor cobertura y era la única que la había reducido en el último período, fue la que tuvo mayor aumento de cobertura después del PMM: el 13,7%, prácticamente igualando, ahora, la cobertura total de las regiones Centro Oeste y Sudeste.

De forma semejante, la ampliación de la cobertura de la ESF estaba paralizada, particularmente de 2010 a 2013 (gráfico 5). En los últimos dos años, ya con el efecto del PMM, la cobertura de la ESF presentó un crecimiento del 9% mientras que en los cinco años anteriores el crecimiento fue del 7%. El promedio de crecimiento anual de los dos últimos años fue cuatro veces superior a las de los tres años anteriores a la creación del programa.

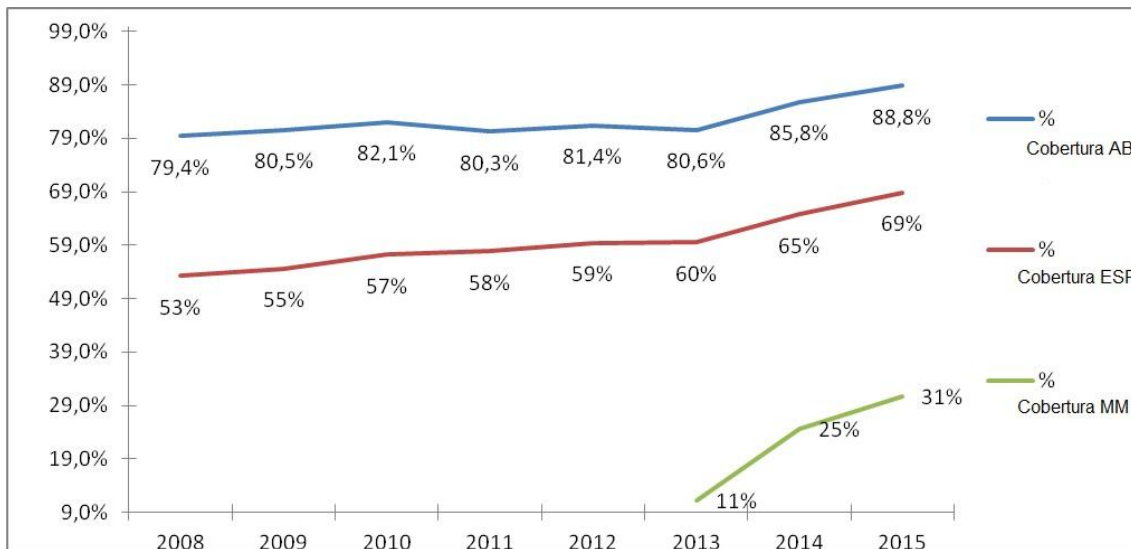


Gráfico 5. Estimativa de cobertura poblacional de la atención básica, de la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil y de los equipos con médicos del PMM entre los años de 2008 y 2014.

En diciembre de 2010 el número eSF en el país era de 31.660 en 5.294 municipios. En junio de 2013, mes anterior a la creación del PMM esos números eran, respectivamente, 33.998 y 5.298 municipios. Es decir, en un período de aproximadamente dos años y medio se implantaron 2.388 equipos y solamente otros 4 municipios pasaron a tener eSF. En diciembre de 2015, aproximadamente dos años y medio después de la implantación del programa, esas cifras eran de 40.162 eSF y 5.463 municipios. Un aumento de 6.164 equipos, dos veces y media la expansión del mismo período anterior, y 165 municipios optaron por implantar eSF, 40 veces el resultado del período anterior.

Considerando solamente los equipos, de la ESF y otros, con médicos del PMM, la cobertura poblacional proporcionada por ellas llega a 63 millones de personas (el 31% de la población).

La diferencia mostrada entre la cobertura de los equipos con médicos del PMM y el aumento constatado en la cobertura AB y de la ESF se debe exactamente al hecho de que aproximadamente un tercio de los médicos del programa integraron nuevos eSF y los otros dos tercios integraron eSF que ya existían, pero que no contaban con médico o en donde la presencia de los mismos era insatisfactoria, además de tener, obviamente, un número pequeño de médicos en equipos no ESF¹³.

Ampliación del acceso de la población a la Atención Básica

La ampliación del acceso de la población a la AB, además de la ampliación de la cobertura señalada en la sesión anterior, puede percibirse tanto en los aumentos significativos del número de consultas en los municipios participantes del programa como en las encuestas realizadas con gestores y usuarios.

En 2015 se creó la Red Observatorio del Programa Más Médicos (ROPMM), compuesta por investigadores de instituciones de enseñanza e investigación de todas las regiones del país en el formato de estudios multi-céntricos integrados. El informe de la primera fase de la ROPMM²² identifica tres hallazgos que señalan la ampliación y calificación del acceso: el aumento del alcance de prácticas (variedad de acciones y servicios ofrecidos) desarrollado en los equipos y UBS con médicos del programa, aumento de la oferta de procedimientos colectivos y de visitas domiciliarias y la estabilización de consultas programadas a grupos específicos y el aumento de consultas en Brasil, en especial en los municipios participantes en el programa²².

El aumento del alcance se identificó a partir del análisis de las bases de datos de las evaluaciones del primera y segunda ciclo del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad en la Atención Básica (PMAQ), principalmente en acciones como extracción de uñas y sutura de heridas. Se trata de un hallazgo importante por indicar el aumento de la capacidad de resolver en la UBS, cerca de la casa del ciudadano, situaciones que antes exigirían atención en urgencias o incluso en hospitales, en la mayoría de las veces distantes de los usuarios²².

Además, analizando de forma combinada los datos del SIAB, eSUS y también del Sistema de Información Ambulatorial (SIA), conforme protocolo de validación establecido que considera el SIA para UBS sin eSF y uno de estos sistemas para cada eSF²², hubo un aumento significativo en el número de acciones colectivas y de visitas domiciliarias y también se identificó una expresiva oscilación del número de consultas mensuales para usuarios con diabetes e hipertensión, indicando una mayor programación de las acciones por parte del equipo y mejora de la adhesión de los usuarios a las acciones ofertadas²².

Con relación al número total de consultas en la ESF, calculada también a partir del protocolo de validación que combina para cada eSF los sistemas eSUS, SIAB y SIA, la investigación identificó un aumento del 29% en el número de consultas médicas cuando comparados los meses de enero de 2013 y enero de 2015. En los municipios participantes del PMM ese crecimiento fue del 33% y en los demás de tan solo el 15%. El aumento se atribuyó a la implantación de nuevas eSF y al hecho de que diversas eSF que ya existían pasaron a contar con médicos atendiendo regularmente y la constatación de que las eSF del PMM ofrecían a la población más consultas médicas en un mismo día de actuación²².

Reforzando esos hallazgos, un estudio de caso coordinado por la OPAS en el municipio de Curitiba que además de analizar las bases de datos de los sistemas de información nacional y del municipio entrevistó a gestores y profesionales, constató que los médicos del PMM ocuparon plazas en las UBS más necesitadas y aumentaron el número diario de consultas²³.

Otra encuesta que refuerza los mismos hallazgos fue realizada por la Universidad Federal de Minas Gerais y por el Instituto de Investigaciones Sociales, Políticas y Económicas de Pernambuco (UFMG/IPESPE)^(h) que entrevistó a usuarios médicos participantes del programa. Se visitaron 699 municipios. Las muestras para entrevistas sumaron 14.179 usuarios, 391 médicos y 227 gestores, estos últimos no podían, obligatoriamente, ser más de uno de cada municipio.

En lo que se refiere a esos gestores, se identificó que entre los cinco principales factores relacionados con la evaluación positiva que ellos hacen del impacto del programa, tres están relacionados con la ampliación de acceso y son los siguientes: tener siempre médicos en las UBS que cumplan efectivamente la carga horaria definida, la ampliación del acceso a la población y el aumento de la oferta de consultas.

Por medio de la entrevista con los usuarios, se identificó que las dos menciones espontáneas más frecuentes sobre los puntos positivos de la atención de los médicos del PMM fueron exactamente el aumento del número de consultas y demás atenciones

^(h) Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Mimeo.

médicas y el hecho de que la unidad había comenzado a tener atención médica todos los días.

Impacto en los indicadores de salud

Con relación al impacto en los indicadores de salud, es importante dejar claro que menos de 3 años de implementación de una intervención como esta es un tiempo insuficiente para captar los efectos en indicadores construidos a partir de los datos de los sistemas de información del SUS. No obstante, el informe de la ROPMM²² consiguió identificar reducción en las internaciones hospitalarias por causas sensibles a la AB, analizadas a partir del Sistema de Información Hospitalaria, tanto en Brasil como en las regiones y en conjuntos de municipios.

Considerando que la tasa de internación por condiciones sensibles a la AB ha disminuido en Brasil de forma sostenida, la encuesta mostró que en los municipios que participaron en el PMM esta reducción fue el 4% más pronunciada que en los demás municipios, comparándose las internaciones de diciembre de 2013 y de 2014.

Otro hallazgo importante fue la relación proporcional entre la cobertura poblacional con eSF con médicos del PMM y la reducción de las internaciones sensibles a la AB: en los municipios con cobertura poblacional entre el 17% y el 36% la reducción fue el 5,8% superior que en los demás, mientras en los que tenían cobertura poblacional superior al 36% la reducción en el mismo período llegó al 8,9%²². La investigación consideró que serían efectos tanto del aumento efectivo de la cobertura, asegurando el acceso a personas que antes no lo tenían, como de la ampliación de la capacidad de resolución de la AB²².

Reforzando el hallazgo, también el estudio de caso de Curitiba que utilizó fichas médicas electrónicas y el sistema informatizado local como base de datos, mostró buena capacidad de resolución de los médicos del PMM que presentaron tasas de internación hospitalaria y de referencia para unidad de urgencias, respectivamente de 1,4 por mil consultas y de 4 por mil, mientras que los médicos residentes

presentaron, respectivamente, 2,3 por mil y 6 por mil y los demás médicos 1,5 por mil y 6 por mil respectivamente²³.

Evaluación de usuarios, gestores y médicos

La encuesta de la UFMG/IPESPE²⁴ identificó que el 95% de los usuarios declararon que estaban satisfechos o muy satisfechos con la actuación del médico de la PMM. Entre las razones de esa evaluación extremadamente positiva, el 85% afirmaron que la calidad de la atención mejoró, el 86% dijeron que el médico era más atento y el 82% que la consulta ahora soluciona mejor sus problemas de salud. La nota media que los usuarios dieron al PMM fue de 9 para un máximo de 10²⁴.

Al preguntárseles sobre dificultades de comunicación, el 87% respondieron que no tuvieron ninguna dificultad y solamente para el 3% ella fue importante. Esos números comparados en la misma encuesta con médicos brasileños no participantes del programa, grupo utilizado como control, resultó en el 95% y el respectivamente²⁴.

A su vez, la encuesta con gestores mostró que antes del PMM ellos daban una nota media de 6,6 para la atención de la población y, después de implantado el programa en el municipio, dieron una nota de 8,7. Los motivos señalados en la propia encuesta para esta mejora en la evaluación son los relacionados con la mejora del acceso, ya citada en este artículo, sumándose a la mejora de la calidad de la atención y a la proximidad y a la buena relación entre los médicos del Programa y los pacientes²⁴.

La misma encuesta también entrevistó a médicos brasileños y extranjeros del PMM y encontró los siguientes resultados: el 100% dijeron que fueron bien recibidos por la comunidad, el 98% recomendarían el Programa a un amigo, la nota media atribuida a la relación con el resto del eSF fue de 9,6, la nota dada a la supervisión del programa fue de 9,0 y la evaluación del programa como un todo recibió una nota media de 9,1 en un máximo de 10. Con relación a la estructura física de la UBS, de manera general, considerando estructura física, equipos, medicamentos, inmunobiológicos y condiciones de trabajo, para el 65% de los médicos la estructura era buena u óptima, para el 8% era mala o pésima y para los demás era regular²⁴.

Esta evaluación positiva que los médicos participantes en el programa tienen sobre él, la recomendación que hacen a los colegas y el hecho de haber incorporado en 2015 el Programa de Valorización de la Atención Básica (PROVAB) y sus beneficios, como el adicional del 10% en el puntaje obtenido en las oposiciones para residencia para aquellos que lo realizaran después de un año, ayudan a explicar el cambio significativo en la adhesión al Programa por parte de los médicos brasileños.

A finales de 2013, año de creación del Programa, de las 3.678 plazas ocupadas en el mismo, solamente el 22% lo fueron por médicos con registro en Brasil. Sin embargo, en el año 2015 hubo récords de inscripciones de médicos brasileños con registro en Brasil en proporciones que alcanzaron más de diez candidatos por plaza ofrecida y que en las tres convocatorias realizadas en ese año todas las plazas fueron ocupadas por médicos brasileños: la primera convocatoria del año necesitó llamar también a médicos brasileños con registro en el exterior y en la segunda y en la tercera todas las plazas fueron ocupadas por médicos con registro en Brasil. Por lo tanto, en 2015 no fue necesario lanzar un pliego de condiciones internacional para convocatoria de médicos extranjeros ni de ampliar la cooperación con la OPAS. El porcentaje de médicos con registro en Brasil a finales de 2015 llegó al 29% de los más de 18 mil médicos, de acuerdo con los datos del DATASUS.

Ese resultado es importante por diversos motivos, entre los cuales destacamos cuatro: refuerza los hallazgos que señalan la importancia de la aprobación del programa por parte de los médicos brasileños que en él actúan y que lo recomiendan, muestra un interés creciente de participar en el PMM, aumenta significativamente el número de médicos en Brasil que desarrollan una actuación en la ESF y son formados para ella, un factor importante para la calidad de la práctica profesional, sea en la AB o en otra área de actuación y proporciona sostenibilidad al PMM que pasa a ser menos dependiente de profesionales extranjeros.

Conclusión

Las evidencias disponibles permiten afirmar que el PMM en menos de tres años de implantación alcanzó, en el eje de provisión, un conjunto de resultados relacionados a los objetivos del programa, tales como: atender la demanda de médicos realizada en 2013 y, en los años posteriores, la demanda de los gestores municipales para ampliar eSF y completar los existentes, asignar médicos en las áreas de mayor necesidad con equidad en la distribución, ampliar la cobertura de la AB y de la ASF en un volumen y velocidad significativamente superior a las de los años anteriores, ampliar el acceso de la población a las acciones de AB, aumentar el ritmo de reducción de las internaciones sensibles a la AB, tener una buena evaluación por parte de usuarios, médicos y gestores y constituirse en una alternativa importante de actuación para los médicos brasileños.

A pesar del éxito del eje de provisión, debemos subrayar algunos desafíos. Los médicos brasileños todavía eligen y actúan en un número de municipios mucho menor en relación a los locales en donde los brasileños graduados en el exterior y, en especial, los extranjeros se proponen a actuar. Eso hace, por ejemplo, que todos los DSEI tengan en la actualidad equipos completos, por primera vez, gracias a los médicos extranjeros. Además, el tiempo promedio de permanencia y la tasa de renuncia de los médicos brasileños en el programa es mayor. Esos dos factores señalan la necesidad de contar con las convocatorias internacionales y la colaboración de la OPAS todavía durante un buen tiempo.

Otra cuestión que debemos subrayar es que a partir de 2016 una importante acción del PMM relacionada al eje formación, que es la expansión de la Residencia de Medicina de Familia y Comunidad con vías para la universalización del acceso a todos los médicos formados, reforzará el eje de provisión, mejorando el acceso y la calidad en la AB de la población. Por lo tanto, si la expansión de la residencia se realizara como se pretende, es posible que el eje de provisión ya alcance niveles próximos del techo y, a partir de ese momento, se dirija cada vez más a los municipios y regiones menores, más distantes y con mayores dificultades de atraer profesionales.

Finalmente, debemos recordar que para que tengamos médicos en la cantidad necesaria y con la formación adecuada a las necesidades de nuestra población es

fundamental el alcance de los objetivos del eje formación. Brasil necesita ampliar la cantidad de médicos y mejorar la calidad de su formación para poder responder a las razones que exigieron la creación del PMM y para que el país pueda avanzar más y de forma consistente por el camino que lleva a garantizar el derecho por medio de un sistema público, gratuito, universal, integral, ecuánime y con participación popular.

Colaboradores

Todos los autores colaboraron activamente en la discusión de los resultados, en la revisión y en la probación de la versión final del trabajo.

References

1. Presidência da República (BR). 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. 23 Out 2013.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 Out 2011.

3. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah IM, Wau Der Maas L, Campos LAB. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2011. p. 171–86.

4. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2011 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

la Salud [Internet]. Buenos Aires; 2014 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Informe_Medicos_2012_Argentina_04.08.2014.pdf.

trabalho e

, 2013. v. 3, p. 187–233.

: 2013. 256p cenários e indicadores de distribuição [Internet]. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, [acesso em 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.

8. Aaron Y, Chaudhry HJ, Thomas JV, Dugan M. A Census of actively licensed physicians in the United States. *J Med Regulation*, 2012; 99(2):11–24.
9. General Medical Council. The state of medical education and practice in the UK, 2012 [Internet]. 2012 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: http://www.gmc-uk.org/The_state_of_medical_education_and_practice_in_the_UK_2012_0912.pdf_49843330.pdf
10. 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– 120.
11. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araujo SQ, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623–34.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.206 de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial da União*. 19 Set 2011.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
14. Côrtes SV. Contribuições teóricas e à pesquisa empírica da Sociologia às políticas públicas. *Rev Bras Sociol*. 2013; 1(1):35–56.
15. Ramos M. Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação de políticas e programas sociais. *Planej Polít Públicas*. 2009; 32:95–114.
16. Costa G, Dagnino R, organizadores. *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8; 2008.
17. Resolução nº 01 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de 02 de outubro de 2015. Metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 06 Out 2015.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 39, de 08 de junho de 2013. Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 08 Jun 2013.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 02, de 15 de janeiro de 2015. Adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 15 Jan 2015.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. *Diário Oficial da União*. 11 Jul 2011.

; 2006.

22. Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>

23. OPAS. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>

Translated by Maria Carbajal