

Atención a las personas mayores: desempeño de intervenciones realizadas por profesionales del Más Médicos


Maria Elizabeth Gastal Fassa^(a)

<elizabethfassa@gmail.com> 

Elaine Tomasi^(b)

<tomasiet@gmail.com> 

Ana Claudia Gastal Fassa^(c)

<anaclaudiafassa@gmail.com> 

Elaine Thumé^(d)

<elainethume@gmail.com> 

Louriele Wachs^(e)

<louriele@gmail.com> 

Leonardo Pozza dos Santos^(f)

<pozzadossantos.leo@gmail.com> 

(continúa p. 13)

^(a, e, g, h) Pós-Graduandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (doutorandos). Rua Gomes Carneiro, 1, centro. Pelotas, RS, Brasil. 96010-610.

^(b, c) Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas, RS, Brasil.

^(d, i) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, UFPEL. Pelotas, RS, Brasil.

^(f) Departamento de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal do Pampa. Bagé, RS, Brasil.

Con el objetivo de evaluar la cobertura y la calidad del cuidado a las personas mayores, se realizó un estudio transversal de las 204 intervenciones de alumnos de la Especialización en Salud de la Familia de UFPel, vinculados o no al Más Médicos. Se calculó la diferencia de cobertura entre el 3^{er} y el 1^{er} mes de intervención y el porcentaje alcanzado al final del 3^{er} mes para indicadores de calidad. Se encontró un aumento medio de la cobertura de 35,7 puntos porcentuales (pp) (32,9; 38,6), siendo de 26,1 pp (22,3; 30,0) y de 42,1 pp (38,6; 45,7) realizadas por no Más Médicos o Más Médicos, respectivamente. Evaluación multidimensional rápida, examen clínico al día y necesidad de tratamiento odontológico presentaron un mejor desempeño en intervenciones realizadas por profesionales del Más Médicos. Las intervenciones fueron efectivas, independientemente de la provisión y nacionalidad, obteniendo resultados significativamente mejores las realizadas por profesionales del Más Médicos, especialmente los de nacionalidad cubana.

Palabras clave: Educación médica. Salud del anciano. Atención primaria de la salud. Estrategia de salud de la familia.

Introducción

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS), formalizado en la Constitución Federal de 1988, tiene el objetivo de formular e implementar la política nacional de salud destinada a promover condiciones de vida saludable, a prevenir riesgos, enfermedades y condiciones para la salud de la población y asegurar el acceso equitativo al conjunto de servicios para garantizar la atención integral de la salud^{1,2}.

Comprendiendo que este nuevo concepto de atención de la salud de la población implicaría la necesidad de cambios en la formación para su articulación con el concepto de salud y principios y directrices de la APS, los Constituyentes atribuyeron al SUS la responsabilidad de la ordenación de la formación de recursos humanos en el área de la salud¹.

En 2003, el Ministerio de la Salud creó la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SGTES)³ y en 2004, por medio del Decreto Administrativo 198, la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) cuyo fin específico es la formación y desarrollo de trabajadores para el SUS⁴. Con estas iniciativas demostraba la intención de usar la educación y su articulación con la regulación del trabajo para reorientar la formación de la Atención Básica potencializando la integración enseñanza-SUS⁵.

En el ámbito del SUS, desde 2006, la Estrategia de Salud de la Familia fue adoptada como modelo preferencial para la organización de la Atención Primaria de la Salud (APS), identificando demandas y necesidades, tanto individuales como colectivas, proporcionando un cuidado integral a todos los usuarios^{6,7}.

La continua expansión de la atención básica, en términos geográficos y de ampliación de sus enfoques, puso en evidencia la escasez de profesionales para atender este compromiso social y político⁸. Como política de provisión de profesionales médicos, el gobierno brasileño instituyó, en 2011, el Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (PROVAB)⁹ y, en 2013, el Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB)¹⁰, a partir de este momento simplificado para la denominación Más Médicos.

En 2011, con la finalidad de oferta de educación permanente para profesionales del Sistema Único de Salud – SUS, se había creado la Red UNA-SUS¹¹, encargada, a partir de 2013, de ofrecer Cursos de Especialización en Salud de la Familia a los participantes del PROVAB y del Más Médicos.

El aumento de la expectativa de vida, proveniente de la caída en las tasas de fecundidad y mortalidad, es responsable por el crecimiento de la población de personas mayores en Brasil^{12,13}. En 2006, La Política Nacional de Salud de la Persona Mayor¹⁴ estableció acciones de promoción del envejecimiento activo y saludable y determinó que, en el ámbito de la atención básica, el equipo debía desarrollar acciones de promoción, prevención, protección, diagnóstico y rehabilitación, responsabilizándose por la atención integral al usuario de edad, registrando a las personas mayores del territorio, practicando la acogida y realizando la evaluación multidimensional^{15,16}.

El objetivo de este artículo fue comparar cambios en la cobertura y alcance de metas de calidad del cuidado a personas mayores, entre intervenciones realizadas por profesionales-estudiantes, vinculados o no al Más Médicos, en el ámbito del Curso de Especialización en Salud de la Familia de la Universidad Federal de Pelotas – UFPel.

Métodos

Delineamiento

Se trata de un estudio transversal que analizó las 204 intervenciones enfocadas en la Salud de la Persona Mayor realizadas por los profesionales-estudiantes en las unidades de salud en que trabajaban.

Contexto

El curso de la UFPel, tenía como núcleo la implantación de una intervención en una acción programática típica de atención básica en el servicio en el que el profesional-estudiante estaba asignado¹⁷. Él definía, en acuerdo con el equipo y con base en el análisis situacional, el enfoque para su intervención, procurando atender la demanda concreta del servicio de salud.

Para cada profesional-estudiante, el curso tuvo una duración de un año, durante el cual aquel: 1) desarrolló el análisis situacional de la Unidad Básica de Salud en la que trabajaba; 2) elaboró el proyecto de intervención; 3) realizó una intervención con duración de tres meses; 4) evaluó la intervención; y 5) elaboró informes - académicos, para los gestores y para la comunidad. El Trabajo de Conclusión de Curso estuvo constituido por el conjunto de documentos de la intervención, incluyendo presentación de matrices y gráficos de resultados y su análisis.

De julio de 2011 a julio de 2016, el Curso certificó a 2.173 profesionales de ocho promociones, siendo 1.050 médicos del Más Médicos, 555 médicos y enfermeros del PROVAB y 568 médicos, enfermeros y dentistas que ingresaron por demanda espontánea. Las intervenciones abordaban seis acciones programáticas – Prenatal y Puerperio, Salud del Niño, Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus, Cáncer de Cuello Uterino y de Mama, Salud de la Persona Mayor y Salud Bucal.

Participantes

Para este artículo se analizaron las intervenciones enfocadas en Salud de la Persona Mayor realizadas por 204 profesionales-estudiantes.

Variables

El primer desenlace fue la diferencia entre la cobertura alcanzada al final del tercer mes y la alcanzada al final del primer mes de intervención, expresada en puntos porcentuales. Por ejemplo, si había mil personas mayores residentes en el área de alcance de la unidad de salud y en el primer mes se incluyeron en la intervención doscientas de esas personas (20%) y en el tercer mes se alcanzaron seiscientas personas mayores (60%), la diferencia se expresó como un aumento de cuarenta puntos porcentuales en la cobertura de la intervención.

Adicionalmente, otros cuatro desenlaces relacionados a la calidad de la atención se trataron aquí como indicadores de esa calidad, es decir, proporciones de personas mayores con: 1) evaluación multidimensional rápida; 2) examen clínico al día; 3)

evaluación de la necesidad de tratamiento odontológico y 4) recibo de la cartilla de salud de la persona mayor. Se optó por este tratamiento por su construcción y potencial utilización en el monitoreo y evaluación de las acciones. Las estimativas se obtuvieron por medio de la división del número de personas mayores que recibieron determinada acción, dividido entre el total de personas mayores incluidas en la intervención y multiplicado por cien. Para este cálculo se consideraron los niveles alcanzados al final del tercer mes de la intervención con relación a las metas pactadas por los profesionales en sus proyectos en el 100% y se expresan en porcentaje. Los indicadores de calidad se seleccionaron a partir de las recomendaciones del Cuaderno de Atención Básica nº 19 – Envejecimiento y Salud de la Persona Mayor del Ministerio de la Salud¹⁵ y de las Directrices para el cuidado de las personas mayores en el SUS: propuesta de modelo de atención integral¹⁶.

La principal variable de exposición fue el vínculo del profesional-estudiante con el Más Médicos (sí /no). Las demás variables fueron: del profesional-estudiante: formación (enfermero / médico), sexo (masculino / femenino) y nacionalidad (brasileña / cubana / otra); de la unidad de salud: localización (urbana / rural o mixta); población del equipo (hasta cuatro mil habitantes / más de cuatro mil habitantes), número de equipos (uno/ dos o más) y población-blanco de la intervención (hasta doscientas / 201 a quinientas /más de quinientas) y del municipio: porte poblacional en cuartiles (hasta 12.301 / 12.302 a 31.524 / 31.525 a 121.972 / 121.973 y más).

Procesamiento y análisis de los datos

Los datos se extrajeron de las matrices de colecta de datos utilizadas por los estudiantes para registro de las intervenciones (modelos disponibles en: <https://dms.ufpel.edu.br/p2k/coletiva/> - Plataforma Kurt Kloetzel – Plataforma Educativa de Salud de la Familia) y de los volúmenes finales de los Trabajos de Conclusión de Curso. Los datos referentes a cada intervención se reunieron en una hoja de cálculo de Excel® y se transfirieron al paquete estadístico Stata 12.0. Se calcularon las medidas de los desenlaces de acuerdo con las variables de exposición. Para todas las medidas, diferencia de cobertura (expresada en puntos porcentuales – pp) y alcance de las metas de calidad (expresadas en porcentaje - %), se obtuvieron los respectivos intervalos de confianza del 95%. Las diferencias entre las medias pasaron por el test *t* (exposiciones dicotómicas), con nivel de significancia del 5%. Todos los análisis se estratificaron para el vínculo con el Más Médicos y las diferencias se consideraron significativas cuando no hubo superposición de los límites de los intervalos de confianza, corroborado por los resultados del test *t*.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación “Contribuciones de un proceso de formación continuada de médicos y enfermeros en el desempeño de las Unidades Básicas de Salud” fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la UFPel, con el parecer 1.555.311. Se obtuvo la autorización expresa de los profesionales-estudiantes para el uso de los datos.

Resultados

Se examinó la totalidad de las intervenciones realizadas con personas mayores ($n=204$). La mayoría de los profesionales-estudiantes eran médicos (82%) y del sexo femenino (63%). Con relación a la nacionalidad, el 49% eran cubanos, el 47% eran brasileños y el 4% eran profesionales de los siguientes países: Argentina, Belice, Colombia, Nigeria, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Las intervenciones ocurrieron en unidades de salud con predominio de la ESF (95%), localizadas en áreas urbanas (72%), con una población asignada de hasta cuatro mil habitantes (74%) y con un único equipo de salud (74%). La población-blanco de la intervención varió de 39 a 3.323 personas mayores, siendo el 59% entre 201 y quinientas personas mayores. La distribución del porte del municipio en cuartiles reveló que mitad de las intervenciones ocurrieron en municipios de hasta 31.524 habitantes (Tabla 1). Más de la mitad de los profesionales-estudiantes (60%) está inscrito en el Programa Más Médicos.

Diferencia de cobertura

El aumento medio de cobertura de la acción programática Salud de la Persona Anciana fue de 35,7 puntos porcentuales, siendo significativamente superior ($t=5,874$; $p<0,001$) entre intervenciones realizadas por participantes del Programa Más Médicos: 42,1 pp (IC 95% 38,6; 45,7) que por no participantes: 26,1 pp (IC 95% 22,3; 30,0) (Tabla 1).

Comparadas con las intervenciones realizadas por brasileños participantes del estudio, las realizadas por cubanos presentaron mayor diferencia en las coberturas ($t=7,223$; $p<0,001$) – 26,0 pp (22,4; 29,7) y 45,5 pp (41,8; 49,1), respectivamente. Intervenciones realizadas en poblaciones de hasta cuatro mil personas registraron mayor aumento de cobertura: 39,1 pp (IC 95% 35,8; 42,5) que las realizadas en poblaciones con más de 4.000 habitantes – 27,2 pp (IC 95% 22,3; 32,2) ($t=3,747$; $p<0,001$). Cuanto mayor el porte poblacional, menor la ampliación de la cobertura, con gran diferencia entre los municipios de menor porte – 41,7 pp (IC 95% 35,7; 47,6) cuando comparados a los de mayor porte – 29,1 pp (IC 95% 23,6; 34,6) ($t=3,131$; $p<0,01$) (Tabla 1).

Se destacan mayores aumentos de cobertura en intervenciones realizadas por los profesionales-estudiantes del Más Médicos, en comparación con aquellos no inseridos en el Programa. El estándar favorable el Más Médicos también se observó entre profesionales-estudiantes del sexo femenino, entre las intervenciones ocurridas tanto en área urbana como en áreas rurales o mixtas, en equipos con hasta cuatro mil personas bajo su responsabilidad, en unidades de salud con solamente un equipo, en todos los tamaños de la población-blanco de la intervención y en los municipios de hasta 31.524 habitantes (Tabla 1).

De manera general, el aumento de cobertura de intervenciones realizadas por médicos fue significativamente mayor que el de las realizadas por enfermeros. Al comparar enfermeros con médicos no vinculados al Más Médicos, la diferencia deja de ser significativa (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los profesionales-estudiantes y aumento de la cobertura del Programa de Salud de la Persona Mayor de acuerdo con características individuales, de las unidades de salud y de los municipios y vínculo al Más Médicos. UNA-SUS / UFPEL, 2016.

		n	%	No MM n=82 Puntos porcentuales (IC 95%)	MM n=122 Puntos porcentuales (IC 95%)	Total n=204 Puntos porcentuales (IC 95%)
Profesional-estudiante	Formación					
	Enfermero	36	17,7	23,3 (17,8 ; 28,7)	NSA	23,2 (17,8 ; 28,7)
	Médico	168	82,3	28,4 (22,8 ; 33,9)	42,1 (38,6 ; 45,7)	38,4 (35,2 ; 41,5)
	Sexo					
	Masculino	75	36,8	30,4 (21,7 ; 39,2)	44,0 (38,3 ; 49,7)	40,6 (35,7 ; 45,5)
	Femenino	129	63,2	24,8 (20,4 ; 29,2)	40,5 (35,9 ; 45,2)	32,8 (29,4 ; 36,3)
	Nacionalidad					
	Brasileña	95	46,6	26,1 (22,3 ; 30,0)	25,5 (12,4 ; 38,5)	26,0 (22,4 ; 29,7)
	Cubana	100	49,0	NSA*	45,5 (41,8 ; 49,1)	45,5 (41,8 ; 49,1)
	Otra	9	4,4	NSA*	29,3 (15,0 ; 43,6)	29,3 (15,0 ; 43,6)
Unidad de salud	Localización					
	Urbana	143	71,5	26,2 (21,3 ; 31,0)	38,3 (34,1 ; 42,5)	33,8 (30,5 ; 37,1)
	Rural / Mixta	57	28,5	27,3 (20,0 ; 34,7)	53,8 (48,3 ; 59,3)	41,7 (36,1 ; 47,3)
	Población del equipo					
	Hasta 4.000	149	73,8	27,1 (22,4 ; 31,8)	46,6 (42,8 ; 50,4)	39,1 (35,8 ; 42,5)
	Más de 4.000	53	26,2	24,7 (17,3 ; 32,0)	29,3 (22,3 ; 36,3)	27,2 (22,3 ; 32,2)
	Número de equipos					
	Uno	148	73,6	26,2 (21,8 ; 30,6)	43,7 (39,6 ; 47,8)	37,0 (33,7 ; 40,3)
	Dos o más	53	26,4	27,8 (19,2 ; 36,3)	38,6 (31,0 ; 46,1)	33,9 (28,2 ; 39,6)
	Población-blancos de la intervención					
Hasta 200	41	20,1	28,4 (15,8 ; 40,9)	53,8 (48,3 ; 59,3)	45,7 (39,3 ; 52,1)	
201 a 500	121	59,3	27,9 (23,1 ; 32,8)	43,2 (38,5 ; 47,8)	36,2 (32,7 ; 39,8)	
Más de 500	42	20,6	16,9 (11,2 ; 22,2)	28,1 (25,0 ; 35,7)	24,4 (18,9 ; 29,9)	
Municipio	Porte (habitantes en cuartiles)					
	Hasta 12301	51	25	28,3 (19,7 ; 36,9)	51,8 (45,5 ; 58,1)	41,7 (35,7 ; 47,6)
	12302 a 31524	52	25,5	27,8 (14,5 ; 31,0)	44,6 (38,7 ; 50,6)	37,1 (31,6 ; 42,5)
	31525 a 121972	50	24,5	30,4 (19,6 ; 41,1)	37,3 (30,0 ; 44,6)	35,0 (29,1 ; 40,9)
	121973 y más	51	25	23,7 (17,8 ; 29,7)	34,3 (25,2 ; 43,3)	29,1 (23,6 ; 34,6)
	Total	204	100	26,1 (22,3 ; 30,0)	42,1 (38,6 ; 45,7)	35,7 (32,9 ; 38,6)

IC = Intervalo de Confianza del 95%

NSA = NO SE APLICA – No había enfermeros vinculados al MM y no había extranjeros no vinculados al MM.

Para los brasileños participantes del estudio, el hecho de pertenecer al Más Médicos no implicó diferencia significativa en el aumento de la cobertura de la intervención. Los cubanos alcanzaron aumentos medios de cobertura significativamente mayores que los brasileños participantes del estudio vinculados al Más Médicos, al PROVAB, o que frecuentaban el curso por libre demanda (Figura 1). El mismo estándar se observó considerándose los números absolutos de personas mayores beneficiadas por las intervenciones (Figura 2).

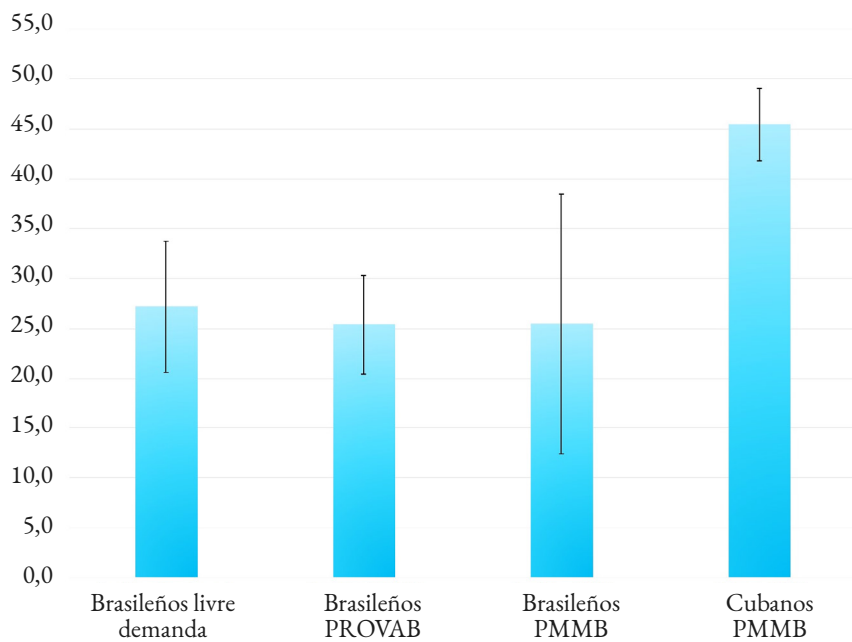


Figura 1. Aumento de la media de cobertura – puntos porcentuales – de las acciones de cuidado a las personas mayores de acuerdo con la nacionalidad y el programa de provisión del profesional-estudiantes. UNA-SUS, UFPEL, 2016.

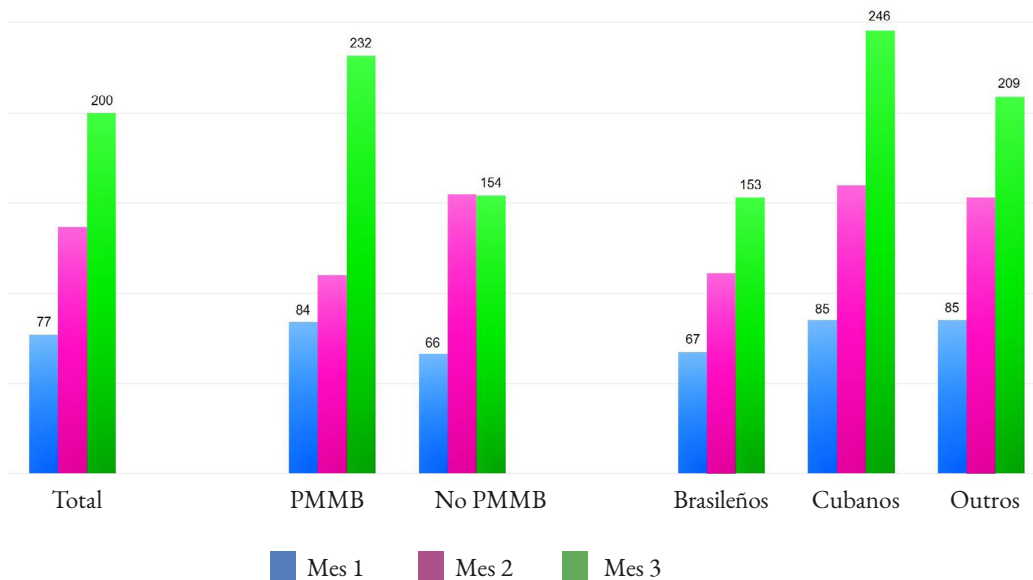


Figura 2. Número absoluto de beneficiados por las intervenciones de cuidado a las personas mayores de acuerdo con la nacionalidad y el programa de provisión del profesional-estudiante. UNA-SUS, UFPEL, 2016.

Indicadores de calidad

Evaluación multidimensional rápida (AMR)

Al final de los tres meses de intervención, la media de realización de la evaluación multidimensional rápida en los servicios fue del 90,8%, significativamente mayor entre los vinculados al Más Médicos: el 95,5% (93,0; 97,9) de que entre los no vinculados: el 83,1% (76,9; 89,2) ($t=4,309$; $p<0,001$). Esta diferencia a favor del Más Médicos también se manifestó entre los profesionales-estudiantes del sexo femenino, entre unidades urbanas, con población del equipo de hasta cuatro mil habitantes y con un único equipo (Tabla 2).

Examen clínico al día

Este indicador alcanzó una media del 94,5% y fue mayor (96,4%) en intervenciones realizadas por profesionales-estudiantes del Más Médicos (IC 95% 94,6; 98,3) en comparación a las realizadas por profesionales no participantes del Programa (90,5%) (IC 95% 86,2; 94,9) ($t=2,479$; $p<0,05$). Esta diferencia también se registró cuando las intervenciones fueron realizadas por mujeres y en las que la población del equipo era de hasta 4.000 habitantes (Tabla 2).

Tabla 2. Alcance de las metas de calidad (%) en Evaluación Multidimensional Rápida y Examen Clínico de acuerdo con el vínculo al Más Médicos y características individuales de las unidades de salud y de los municipios. UNA-SUS / UFPEL, 2016.

		Evaluación Multidimensional Rápida (%)			Examen Clínico al día (%)		
		No MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	No MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
Profesional-estudiante	Formación						
	Enfermero	79,3 (68,7 ; 89,9)	NSA	79,3 (68,7 ; 89,9)	88,7 (79,4 ; 98,1)	NSA	88,7 (79,4 ; 98,1)
	Médico	85,8 (78,3 ; 93,4)	95,5 (93,0 ; 97,9)	93,0 (90,3 ; 95,7)	91,4 (86,3 ; 96,4)	96,4 (94,6 ; 98,3)	95,1 (93,2 ; 97,0)
	Sexo						
	Masculino	84,4 (69,2 ; 99,5)	94,8 (91,0 ; 98,6)	92,2 (87,7 ; 96,8)	94,6 (88,3 ; 100,9)	95,6 (92,6 ; 98,6)	95,4 (92,7 ; 98,1)
	Femenino	82,7 (75,9 ; 89,5)	96,1 (92,9 ; 99,4)	89,9 (86,2 ; 93,7)	89,1 (83,5 ; 94,7)	97,1 (94,8 ; 99,4)	93,9 (91,2 ; 96,6)
	Nacionalidad						
	Brasil	83,1 (76,9 ; 89,2)	85,0 (68,7 ; 101,3)	83,4 (77,7 ; 89,0)	90,5 (86,2 ; 94,9)	93,4 (82,3 ; 100,5)	91,0 (87,0 ; 95,0)
	Cuba	--	96,6 (94,4 ; 98,8)	96,6 (94,4 ; 98,8)	--	96,9 (95,2 ; 98,7)	96,9 (95,2 ; 98,7)
	Otra	--	98,2 (95,8 ; 100,6)	98,2 (95,8 ; 100,6)	--	95,3 (87,5 ; 100,3)	95,3 (87,5 ; 100,3)
Unidad de salud	Localización						
	Urbana	78,7 (70,1 ; 87,3)	95,7 (92,9 ; 98,6)	89,7 (86,0 ; 93,5)	89,0 (83,0 ; 95,0)	96,3 (94,0 ; 98,7)	94,0 (91,6 ; 96,6)
	Rural / Mixta	91,6 (85,4 ; 97,8)	96,2 (92,0 ; 100,2)	94,1 (90,6 ; 97,7)	93,4 (87,3 ; 99,6)	97,1 (94,5 ; 99,8)	95,7 (92,8 ; 98,5)
	Población del equipo						
	Hasta 4.000	81,9 (74,4 ; 89,4)	96,1 (93,6 ; 98,6)	91,0 (87,7 ; 94,3)	89,7 (83,8 ; 95,7)	97,6 (96,3 ; 98,9)	95,1 (93,1 ; 97,3)
	Más de 4.000	85,8 (74,4 ; 97,3)	95,6 (90,3 ; 101,0)	91,4 (85,7 ; 97,1)	92,1 (86,0 ; 98,2)	95,0 (89,8 ; 100,1)	93,8 (90,0 ; 97,6)
	Número de equipos						
Uno	83,4 (76,2 ; 90,7)	96,3 (93,8 ; 98,8)	91,6 (88,4 ; 94,8)	92,1 (87,3 ; 96,9)	97,4 (96,1 ; 98,8)	95,8 (94,0 ; 97,5)	
Dos o más	82,3 (69,8 ; 94,8)	95,1 (89,8 ; 100,3)	89,7 (83,6 ; 95,7)	79,9 (60,2 ; 99,6)	95,0 (87,9 ; 102,1)	90,3 (82,8 ; 97,9)	

continua

Tabla 2 – continuación

	Evaluación Multidimensional Rápida (%)			Examen Clínico al día (%)			
	No MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	No MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	
Municipio	Porte (habitantes en cuartiles)						
	Hasta 12.301	84,8 (73,7 ; 95,9)	95,4 (90,9 ; 100,0)	91,0 (85,7 ; 96,3)	87,4 (76,1 ; 98,7)	96,5 (93,4 ; 99,6)	93,1 (88,6 ; 97,6)
	12.302 a 31.524	84,8 (69,2 ; 100,4)	96,9 (92,5 ; 101,2)	93,2 (87,7 ; 98,7)	94,1 (86,5 ; 101,8)	98,0 (96,4 ; 99,5)	97,1 (94,8 ; 99,2)
	31.525 a 121.972	84,5 (73,3 ; 95,6)	95,3 (90,8 ; 99,8)	91,9 (87,3 ; 96,6)	92,5 (85,6 ; 99,3)	96,7 (93,9 ; 99,5)	95,6 (92,9 ; 98,2)
	121.973 y más	79,5 (65,7 ; 93,2)	94,0 (86,7 ; 101,3)	87,2 (79,6 ; 94,7)	89,9 (81,1 ; 98,7)	94,1 (86,8 ; 101,4)	92,3 (86,9 ; 97,7)
	Total	83,1 (76,9 ; 89,2)	95,5 (93,0 ; 97,9)	90,8 (87,9 ; 93,7)	90,5 (86,2 ; 94,9)	96,4 (94,6 ; 98,3)	94,5 (92,5 ; 96,4)

IC = Intervalo de Confianza del 95%

NSA = NO SE APLICA – No había enfermeros vinculados al MM y no había extranjeros no vinculados al MM.

Evaluación de la necesidad de atención odontológica

Este indicador alcanzó media del 80,5%, siendo significativamente mayor en las intervenciones realizadas por profesionales-estudiantes del Más Médicos (86,5% IC 95% 81,7; 91,3) cuando comparadas a las realizadas por otros profesionales-estudiantes (63,8% (IC 95% 52,8; 74,8) ($t=3,799$; $p<0,001$). El estándar favorable al Más Médicos también se observó en las intervenciones realizadas por mujeres, en las que ocurrieron en área urbana, realizadas por equipos con población de hasta cuatro mil habitantes y cuando había solamente un equipo en la unidad de salud (Tabla 3).

Tabla 3. Alcance de las metas de calidad en evaluación de la necesidad de atención odontológica y entrega de la cartilla de salud de la persona mayor de acuerdo con vínculo al MM y características individuales, de las unidades de salud y de los municipios. UNASUS / UFPEL, 2016.

	Evaluación de la Necesidad de Atención Odontológica (%)			Entrega de la Cartilla de Salud de la Persona Mayor (%)			
	No MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	No MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	
Egresado	Formación						
	Enfermero	56,9 (37,1 ; 76,6)	NSA	56,9 (37,1 ; 76,6)	72,5 (62,0 ; 83,0)	NSA	72,5 (62,0 ; 83,0)
	Médico	68,8 (55,3 ; 82,3)	86,5 (81,7 ; 91,3)	83,4 (78,8 ; 88,1)	76,5 (65,9 ; 87,1)	84,5 (79,5 ; 89,5)	82,3 (77,7 ; 86,9)
	Sexo						
	Masculino	73,2 (50,0 ; 96,3)	79,6 (71,1 ; 88,1)	78,5 (70,6 ; 86,3)	76,5 (58,2 ; 94,8)	85,9 (78,4 ; 93,3)	83,5 (76,4 ; 90,6)
	Femenino	60,2 (47,2 ; 73,2)	92,4 (87,5 ; 97,3)	82,0 (75,9 ; 88,1)	74,2 (66,1 ; 82,4)	83,3 (76,4 ; 90,2)	78,8 (73,5 ; 84,2)
	Nacionalidad						
	Brasil	63,8 (52,8 ; 74,8)	82,1 (62,3 ; 101,9)	68,1 (58,5 ; 77,6)	74,7 (67,4 ; 82,1)	83,2 (64,5 ; 101,9)	75,9 (69,1 ; 82,7)
	Cuba	--	87,8 (83,0 ; 92,7)	87,8 (83,0 ; 92,7)	--	83,7 (78,1 ; 89,4)	83,7 (78,1 ; 89,4)
	Otra	--	77,5 (45,1 ; 109,9)	77,5 (45,1 ; 109,9)	--	95,1 (86,9 ; 103,3)	95,1 (86,9 ; 103,3)

continua

Tabla 3 – continuación

		Evaluación de la Necesidad de Atención Odontológica (%)			Entrega de la Cartilla de Salud de la Persona Mayor (%)		
		No MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	No MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
Unidad de salud	Localización						
	Urbana	64,9 (51,0 ; 78,9)	86,9 (81,0 ; 92,8)	81,8 (76,0 ; 87,5)	74,2 (65,4 ; 82,9)	83,6 (77,6 ; 89,6)	80,1 (75,1 ; 85,1)
	Rural / Mixta	58,0 (36,0 ; 105,3)	86,2 (81,1 ; 99,3)	77,8 (68,5 ; 87,2)	74,4 (58,8 ; 90,0)	87,4 (77,9 ; 97,0)	81,5 (72,8 ; 90,2)
	Población del equipo						
	Hasta 4000	63,7 (50,8 ; 76,7)	89,4 (85,0 ; 93,9)	82,9 (77,9 ; 87,9)	75,1 (66,1 ; 84,1)	87,8 (82,6 ; 92,9)	82,9 (78,2 ; 87,6)
	Más de 4000	60,8 (34,6 ; 87,0)	80,1 (66,7 ; 93,5)	74,8 (63,0 ; 86,6)	72,8 (58,5 ; 87,1)	77,2 (65,4 ; 89,0)	75,2 (66,4 ; 84,1)
Municipio	Número de equipos						
	Uno	60,0 (45,9 ; 74,2)	87,2 (81,9 ; 92,5)	81,0 (75,4 ; 86,5)	79,1 (71,1 ; 87,1)	89,4 (84,9 ; 94,0)	85,4 (81,2 ; 89,7)
	Dos o más	54,1 (19,2 ; 89,0)	87,6 (74,3 ; 100,9)	78,9 (65,6 ; 92,3)	61,7 (44,8 ; 78,6)	72,5 (59,4 ; 85,6)	67,8 (57,7 ; 78,0)
	Porte (habitantes en cuartiles)						
	Hasta 12301	67,6 (48,4 ; 86,8)	88,5 (81,0 ; 95,9)	81,4 (73,1 ; 89,6)	68,0 (50,1 ; 86,0)	88,4 (79,7 ; 97,0)	79,6 (70,3 ; 88,9)
	12302 a 31524	66,1 (37,3 ; 94,9)	86,3 (77,4 ; 95,1)	82,1 (73,1 ; 91,0)	76,9 (61,5 ; 92,3)	87,4 (79,3 ; 95,4)	83,7 (76,4 ; 91,1)
Municipio	31525 a 121972	42,1 (0,69 ; 83,5)	89,3 (79,7 ; 99,0)	81,9 (70,9 ; 92,8)	76,7 (58,3 ; 95,1)	81,4 (70,1 ; 92,7)	79,8 (70,4 ; 89,2)
	121973 y más	67,9 (46,7 ; 89,1)	80,9 (66,8 ; 95,0)	76,6 (65,2 ; 87,9)	77,8 (66,3 ; 89,3)	80,3 (66,7 ; 93,8)	79,0 (70,4 ; 87,6)
	Total	63,8 (52,8 ; 74,8)	86,5 (81,7 ; 91,3)	80,5 (75,8 ; 85,3)	74,7 (67,4 ; 82,1)	84,5 (79,5 ; 89,5)	80,6 (76,3 ; 84,8)

IC = Intervalo de Confianza del 95%

NSA = NO SE APLICA – No había enfermeros vinculados al MM y no había extranjeros no vinculados al MM.

Recibo de la cartilla de salud de la persona mayor

Considerando todas las intervenciones, este indicador alcanzó en promedio el 80,6% de la meta y no presentó diferencias significativas de acuerdo con la participación en el Programa, siendo el 84,5% (IC 95% 79,5; 89,5) entre los vinculados al Más Médicos y el 74,7% (IC 95% 67,4; 82,1) ($t=2,270$; $p>0,05$) en las intervenciones realizadas por otros profesionales. Independientemente del vínculo con el Programa Más Médicos, las intervenciones realizadas en unidades con más de un equipo de salud solamente llegaron al 67,8% de la meta (IC 95% 57,7; 78,0) contra 85,4 (IC 95% 81,2; 89,7) ($t=3,201$; $p<0,01$) de aquellas en las que había un único equipo (Tabla 3).

Discusión

Se observó un mejor desempeño de las intervenciones realizadas por profesionales-estudiantes vinculados al Más Médicos. Este efecto fue consistente tanto para el aumento de la cobertura como para la mejora en los indicadores de calidad. La única excepción fue el indicador relativo a la entrega de la cartilla de salud de la persona de edad que no mostró diferencia significativa entre los grupos. La distribución de la cartilla de salud de la persona mayor está a cargo del Ministerio de la Salud y de las Secretarías Estadales de Salud¹⁸, tal vez la dependencia de tales factores externos a la UBS explique la falta de diferencia significativa entre los grupos.

La mejor evolución de los indicadores de cobertura y calidad en las intervenciones lideradas por profesionales-estudiantes participantes del Más Médicos puede

estar relacionada al tipo de vínculo y al perfil profesional que los distingue de los profesionales-estudiantes no vinculados al Programa.

Los profesionales-estudiantes que participaron en el curso por libre demanda no contaban con apoyo para la búsqueda de su perfeccionamiento, no tenían tiempo, dentro del horario de trabajo, destinado al estudio ni incentivo financiero. En contraste, los profesionales-estudiantes del Más Médicos tenían contrato con beca de tres años que preveía el Curso como requisito y ocho horas semanales para dedicarlas al estudio. El Más Médicos captó predominantemente médicos extranjeros, en su gran mayoría cubanos, con experiencia previa en Atención Primaria de la Salud, lo que también puede haber contribuido para los resultados^{8,19}.

Los mejores resultados en la evolución de los indicadores de cobertura y calidad por parte de los médicos en comparación a los enfermeros fue resultado del mejor desempeño de los profesionales vinculados al Más Médicos. Por lo tanto, el desempeño de médicos no participantes del Programa y enfermeros fue similar. Caso la organización del proceso de trabajo proporcionara a los enfermeros el ejercicio integral del alcance de sus prácticas, conforme se describe en la Política Nacional de Atención Básica (PNAB)⁷, el desempeño de sus intervenciones podría haber sido mejor, tal vez semejante al de los participantes del Más Médicos²⁰.

Los profesionales-estudiantes médicos vinculados al PROVAB estaban en una iniciativa de transición entre el término de su graduación y el ingreso en la residencia, tal vez por eso minimizaron su dedicación a las intervenciones en que se involucraban. Por su parte, los participantes del Más Médicos, además de más experiencia y formación en APS, tenían el Programa y las Unidades de Salud como enfoque central de sus actividades profesionales¹⁹.

Entre las limitaciones del estudio es importante considerar que la ampliación de la cobertura puede haberse subestimado puesto que no fue posible establecer una línea de base antes de la intervención debido a la carencia de registros adecuados para evaluar las acciones programáticas. Por lo tanto, el corto período de intervención, tres meses, que es un corte académico de un proceso real en el que los profesionales-estudiantes ya realizaban otras actividades del curso en las UBS, puede haber limitado la apreciación del efecto de la intervención. Sin embargo, esta circunstancia fue igual para toda la muestra y no impidió la expresión de diferencias entre las intervenciones comparadas, destacándose la magnitud del efecto de las intervenciones en las coberturas del programa de atención a la salud de la persona mayor.

El número de usuarios alcanzados obtiene relevancia al considerar que las unidades de salud en las que las intervenciones se realizaron se sitúan en áreas de gran vulnerabilidad social, promoviendo mayor equidad en salud para este grupo poblacional²¹⁻²⁵. En total, las 204 intervenciones tuvieron como población-blanco 86.245 personas mayores en 155 municipios brasileños. La suma de personas mayores que cada intervención alcanzó fue de 15.715 al final del primer mes y de 40.972 al final del tercer mes, es decir, un aumento de 2,6 veces.

En relación con los indicadores de calidad, la evaluación multidimensional rápida busca verificar la capacidad funcional y cognitiva. La capacidad funcional se refiere a las condiciones en las que la persona mayor tiene que desarrollar actividades requeridas por el ambiente en que vive y la capacidad cognitiva se refiere a sus condiciones de manejar las informaciones que la realidad le proporciona: registrar, almacenar y

dar significado adecuado a los datos. Estos aspectos determinan la autonomía y la independencia de que la persona mayor efectivamente disfruta²⁶.

De acuerdo con Sirena y Moriguchi²⁷, la atención de las personas mayores tiene el objetivo de promover su salud y prevenir enfermedades y, para ello, debe realizarse como rutina un cuidadoso examen clínico, incluyendo el rastreo para hipertensión arterial sistémica y diabetes *mellitus*, verificación de señales vitales y datos antropométricos y suministro de orientaciones para hábitos saludables de vida. Para portadores de hipertensión o diabetes, es importante incluir estratificación de riesgo cardiovascular y examen de los pies.

Muchos equipos de Estrategia de Salud de la Familia todavía no cuentan con un profesional odontólogo. Sin embargo, hay aspectos de la salud bucal que están en el alcance de la competencia de otros profesionales de salud que pueden percibir problemas en la higiene bucal, identificar caries, necesidad de prótesis, lesiones en la mucosa, tumores y, cuando sea el caso, derivar para el dentista en una unidad central o centro de especialidades odontológicas²⁸⁻³⁰.

La edición de 2014 de la Cartilla de Salud de la Persona Mayor¹⁸ permite el acompañamiento longitudinal de la persona mayor durante el plazo de cinco años con relación a las condiciones de salud, red social y familiar, suministra orientaciones para autocuidado y también orientaciones a los profesionales de salud para realización de la AMR y organización del proceso de trabajo. Este indicador favorece el control social, puesto que proporciona la oportunidad de que el usuario conozca como debe ser su atención.

Los resultados de los indicadores de calidad no detectaron diferencias significativas de acuerdo con el porte de los municipios, sugiriendo que las intervenciones promovieran la equidad en contextos sociales contrastantes²¹⁻²⁵. Además, se considera que, por medio de las acciones evaluadas, el curso fortaleció la integración enseñanza-servicio²⁸.

Por otro lado, los médicos cubanos presentaron mejor desempeño en tres de los cuatro indicadores de calidad. La nacionalidad de los profesionales-estudiantes siempre se mantuvo asociada a mayor diferencia en la cobertura de las intervenciones, independiente de otros factores. Dado el perfil de la muestra, en donde hay fuerte colinealidad entre la nacionalidad cubana y el vínculo al Más Médicos, se puede afirmar que los resultados ventajosos observados en las intervenciones del PMMB provienen de las características de los profesionales cubanos, con relación a la formación médica, experiencia y especialización en APS. La mayor presencia de médicos cubanos en municipios de menor porte refuerza su contribución para la equidad de las intervenciones con relación al contexto social^{21-25,30}.


Estudios en el ámbito de la APS que miden el alcance de metas de calidad y aumento en la cobertura mediante proceso de intervención en la realidad de los servicios, todavía son escasos en nuestro medio y las evidencias de mejores resultados obtenidos por participantes del Más Médicos en el programa de atención de la salud de la persona mayor son inéditas. Creemos que este artículo pueda servir de subsidio para políticas públicas en el área de la formación de profesionales para APS, especialmente aquellas que dan énfasis a la integración enseñanza-servicio, significativamente con relación a la atención de la salud de la persona mayor.

Conclusiones


Las intervenciones mejoraron el desempeño de las acciones de salud en el cuidado de las personas mayores, en todos los escenarios probados, independientemente del tipo de provisión y de la nacionalidad de los profesionales. Las intervenciones realizadas por profesionales del Más Médicos, con destaque para los médicos cubanos, tuvieron resultados significativamente mejores, tanto con relación al aumento de cobertura como con relación a la mejora de indicadores de calidad de las acciones.

Autores (continuación)


Pamela Volz^(g)

<pammi.volz@gmail.com> 

Leandro Rodrigues^(h)

<leandrofeo@hotmail.com> 

Luiz Augusto Facchini⁽ⁱ⁾

<luizfacchini@gmail.com> 

Contribuciones de los autores

Maria Elizabeth Gastal Fassa, Elaine Tomasi y Luiz Augusto Facchini participaron en la concepción y delineación del trabajo, redacción y revisión final del manuscrito, revisión de literatura, análisis e interpretación de los datos; Louriele Wachs y Leonardo Pozza Santos participaron en la colecta y procesamiento de los datos; Anaclaudia Gastal Fassa y Elaine Thumé participaron en el análisis e interpretación de los datos y revisión crítica del contenido. Pamela Volz y Leandro Rodrigues colaboraron en la revisión de la literatura y en las versiones preliminares del manuscrito; Todos los autores enumerados participaron en la discusión de los resultados y revisaron y aprobaron la versión final para publicación.

Agradecimientos

El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiación 001. El presente trabajo fue realizado con apoyo del Ministerio de Hacienda – TC73 2013.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Referencias

1. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
3. Magnago C, Pierantoni CR, França T, Vieira SP, Miranda RG, Nascimento DN. Política de gestão do trabalho e educação em saúde: a experiência do ProgeSUS. Cienc Saude Colet. 2017; 22(5):1521-30.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Fev 2004.
5. Haddad AE, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Política Nacional de Educação na Saúde. Rev Baiana Saude Publica. 2008; 32 Suppl 1:98-114.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
8. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. “Mais Médicos”: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
9. Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de Setembro de 2011. Institui o Programa De Valorização Do Profissional Da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 1 Set 2011.
10. 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.
11. Ministério da Saúde (BR). Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. Institucional [Internet]. 2018 [citado 8 Maio 2018]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional>
12. Miranda GD, Mendes AG, Silva AL. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016; 19(3):507-19.
13. Agência IBGE. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões [Internet]. 2017 [citado 8 Maio 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 19 Out 2006.
15. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.



17. Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Medicina Social. Projeto pedagógico: especialização em saúde da família - EaD. Pelotas: UFPEL; 2013.
18. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
19. Santos JB, Maciel RH, Lessa MG, Maia, AL. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saude Soc.* 2016; 25(4):1003-16.
20. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(1):169-77.
21. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2006; 11(3):669-81.
22. Facchini LA, Nunes BP, Motta JVS, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, et al. Insegurança alimentar no nordeste e sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad Saude Publica.* 2014; 30(1):161-74.
23. Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, Silva SM, Fassa AG, Garcia LP, et al. Governance and health system performance: national and municipal challenges to the brazilian family health strategy. In: Reich MR, Takemi K. *Governing health systems: for nations and communities around the world.* Brookline: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36.
24. Geib LC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(1):123-33.
25. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica.* 2009; 43(3):548-54.
26. Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.* 22a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 151-75.
27. Sirena SA, Morigushi EH. Promoção e manutenção da saúde do idoso. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 576-85.
28. Martins AB, Davila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção primária à saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(8):3403-16.
29. Barbosa KN. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. *Odontol Clin Cient.* 2011; 10(3):227-31.
30. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Van Stralen ACS, Lauar TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(9):2739-48.



Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 02/03/18.
Aprobado el 08/10/18.