

Programa Más Médicos y residencias de Medicina de Familia y Comunidad: estrategias articuladas de ampliación e interiorización de la formación médica y llevarla al interior del Estado

Danyella da Silva Barrêto^(a)

<dany_barreto@yahoo.com.br>



Alexandre José de Melo Neto^(b)

<halemao_jp@hotmail.com>



Alexandre Medeiros de Figueiredo^(c)

<potiguar77@yahoo.com.br>



Juliana Sampaio^(d)

<julianasmp@hotmail.com>



Luciano Bezerra Gomes^(e)

<lucianobgomes@gmail.com>



Ricardo de Sousa Soares^(f)

<ricardosousasoares@gmail.com>



^(a, b, c, d, e, f) Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, s/ng, Castelo Branco III. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-085.

El objetivo del estudio es relatar y analizar el efecto del Programa Más Médicos en la expansión de programas de Residencia de Medicina de Familia y Comunidad (RMFC), a partir de las estrategias desarrolladas en el Estado de Paraíba. Se realizó la sistematización de la experiencia por medio de una ronda de conversaciones y análisis documental. A partir de la articulación de los actores locales, integrada a las políticas nacionales de expansión de la RMFC, se desarrolló un conjunto de estrategias (alianzas entre Instituciones de Enseñanza Superior y Secretarías de Salud, talleres estatales de la RMFC, apoyo institucional de municipios, articulación entre los programas de provisión del gobierno federal, residencias regionales, complementación de bolsa, entre otros) que resultaron en llevar la residencia al interior del estado y en un índice de expansión y ocupación superior al promedio nacional. Esta experiencia presentó innovaciones y avances en la formación de generalistas y en la integración enseñanza-servicio, con el consiguiente fortalecimiento de la Atención Básica.

Palabras-clave: Atención primaria de la salud. Programa Más Médicos. Administración de recursos humanos en salud. Internado y residencia.

Introducción

Brasil ha apostado por un modelo asistencial basado en redes de atención ordenadas por la Atención Básica (AB) en una perspectiva muy similar a la de diversos países del mundo¹. En los últimos años, se tomaron algunas medidas, tales como la implantación y la expansión de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), aumento de financiaciones y mecanismos de evaluación e inducción para la mejora de la calidad, ampliando la cobertura asistencial y asegurando la mejora de los indicadores de salud².

A pesar de estos resultados, todavía se perciben fragilidades, tanto en el acceso como en la calidad de la AB brasileña, teniendo un destaque especial la crítica de una baja capacidad de resolución. En lo que se refiere al acceso, uno de los factores limitadores de la expansión de la AB brasileña fue el déficit cuantitativo de médicos, principalmente en los locales con peores índices de desarrollo humano, contraponiéndose, por lo tanto, al principio de la equidad³. Otro aspecto relevante es el pequeño número de médicos con perfil y calificación para actuar en la atención básica: los médicos de familia y comunidad representan aproximadamente el 1,2% de los médicos brasileños y el 5% de los médicos que trabajan en la AB⁴.

En las últimas décadas, los Ministerios de la Salud (MS) y de la Educación (MEC) implementaron iniciativas para incentivar la formación de generalistas, así como para ampliar las actividades formativas en la AB. Entre estas iniciativas, podemos destacar el Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (Pet-Salud), el Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Médicos Especialistas en Áreas Estratégicas (Pro-Residencia) y el Programa de Valorización de la Atención Básica (Provab)⁵.

El Pro-Residencia se creó en 2009 y su objetivo fue apoyar la formación de especialistas en regiones carentes de ellos y especialidades prioritarias para el SUS⁶. Este programa tuvo un gran impacto en la creación de plazas y en la reducción de las inequidades regionales en la distribución de plazas de residencia⁶.

El Provab fue creado por el MS en 2012, con el objetivo de incentivar al profesional de salud para actuar en la ESF y, para tanto, el MS ofreció una beca estudio-trabajo y apoyo pedagógico por medio de una especialización a distancia y de supervisión presencial⁷. Además, el programa ofrecía una bonificación del 10% en la nota de los exámenes de selección de residencia, siendo este su elemento más atacado, puesto que iba en contra de una concepción meritocrática. No obstante, ambos programas tuvieron un impacto limitado en la búsqueda por la formación en Medicina de Familia y Comunidad (MFC)⁷.

La preocupación por la brecha entre la cantidad de equipos de salud de la familia, casi treinta y cuatro mil en 2013, y la existencia de tan solo 3.250 MFC en el país⁸ demuestran una disparidad entre las necesidades sociales y la capacidad de formación de especialistas. Con relación a las necesidades futuras, al evaluar la tasa de ocupación y el número de plazas de residencia existentes en 2012, se observa que la tasa anual de formación de nuevos médicos de familia sería inferior a trescientos médicos al año. Esta cantidad era insuficiente para atender las necesidades que estaban previstas en el plan nacional de salud (2012-2015), que tenía prevista una expansión anual de 1325 nuevos equipos de salud de la familia⁹.

A partir del Programa Más Médicos (PMM), se implementaron iniciativas en el campo de la formación médica, generando impactos directos en los programas de Residencia de Medicina de Familia y Comunidad (RMFC). La Ley 12.871/2013, que

creó el programa, tiene como objetivo la universalización del acceso a la residencia médica y la necesidad de realización de uno a dos años del programa de RMFC como prerrequisito para la inserción en buena parte de los demás programas de residencia^{3,10}.

En esta misma dirección se definieron estrategias de fortalecimiento de la preceptoría y de inducción de integración entre la graduación y la RMFC, incentivando la participación de las escuelas médicas en el proceso de expansión de la residencia. Para el fortalecimiento de la preceptoría, se destaca la creación del Plan Nacional de Formación de Preceptores para los programas de RMFC que posibilitó una financiación específica para la preceptoría¹¹. En el campo de la inducción de la integración entre la graduación y la residencia, varios instrumentos normativos relacionados con el proceso y evaluación de autorización y evaluación de las escuelas médicas indujeron a la apertura de plazas de RMFC y de otras especialidades prioritarias. Siendo así, se incentivó a todas las escuelas para la acreditación de nuevos programas de RMFC o para ampliar las plazas en los programas existentes.

Estas normativas también definían que las nuevas escuelas médicas privadas deberían crear, en el transcurso de los seis años iniciales de funcionamiento, un número de plazas de RMFC equivalente al número de plazas de ingreso en el proceso de autorización del curso¹². El objetivo de esta asociación fue asegurar la calidad de los programas de residencia e inducir el proceso de llevar médicos al interior del país y establecerlos allí, puesto que los estudios demuestran que el potencial de establecimiento médico se potencializaba cuando se realizaba la graduación y la residencia en la misma región^{13,14}.

Las alteraciones legales propuestas y el papel atribuido a la RMFC en el nuevo escenario generaron la necesidad de reorganización en los programas de RMFC, definición del alcance de la especialidad médica y de las competencias esperadas para el médico de familia¹⁵ llevando en consideración la realidad de la AB en Brasil. También fue importante el fortalecimiento del papel del residente como componente del equipo en la ESF, posible a partir de decretos administrativos del MS de 2012 con nuevo impulso para la reorganización de esa formación en la perspectiva de la educación por el trabajo¹⁶.

Pasados cuatro años de la implementación de este programa, pasa a ser fundamental el análisis de esta iniciativa y de sus perspectivas futuras, en un contexto de cortes de inversiones en el sector de la salud, principalmente en la AB. Por lo tanto, este estudio tiene el objetivo de relatar y analizar los efectos del PMM en la expansión de las RMFC a partir de las experiencias vividas en el Estado de Paraíba.

Metodología

Se trata de una sistematización de experiencia¹⁷, en la cual los actores/investigadores colocan en análisis sus propias prácticas. La presente sistematización se refiere al proceso de expansión de la residencia en MFC, analizándolo a partir de las experiencias vividas por profesores/investigadores del Departamento de Promoción de la Salud (DPS) de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). Ellos están directamente implicados en la formación de médicos en el estado y desarrollan actividades vinculadas al Provac, PMM, RMFC y a la graduación de medicina.

Para esta sistematización se utilizaron abordajes metodológicos cualitativos y cuantitativos. Se realizó una ronda de conversación con nueve profesores/investigadores para la discusión/análisis de las experiencias, realizada sin guion estructurado y mediado colectivamente por sus participantes que trataron libremente sobre sus experiencias produciendo colectivamente el análisis de lo vivido¹⁸. El registro de la ronda se realizó en acto, a partir de notas individuales consolidadas en un informe colectivo. Este informe se socializó en una herramienta de comunicación virtual asíncrona en la cual los actores mantuvieron la conversación. Todas las narrativas se analizaron a partir de la identificación de los núcleos de sentidos producidos por los actores que estructuraron las líneas de análisis y definieron las secciones del presente artículo¹⁹.

También se realizó un análisis documental de los informes de actividades desarrolladas por esos actores en el ámbito del Provac, PMM y de los decretos administrativos del gobierno federal, publicados entre 2012 y 2017 que trataron sobre la formación médica y documentos relacionados a la RMFC publicados entre 2010 y 2018. Los informes fueron puestos a disposición por la Coordinación de los Programas en el Estado de Paraíba y se tuvo acceso a los decretos administrativos por medio de la página virtual del MS. Sobre tales documentos, se desarrolló un estudio de naturaleza cualitativa, de nivel exploratorio, y de carácter analítico²⁰. Después de la definición del material se realizó una lectura exploratoria, seguida de lecturas selectiva, analítica e interpretativa. Las primeras lecturas tuvieron el objetivo de seleccionar materiales relacionados con las cuestiones de investigación. Las lecturas siguientes tuvieron el objetivo de construir síntesis capaces de contribuir a la comprensión del objeto en estudio²¹.

En el abordaje cuantitativo se realizó un análisis de datos colectados de bases secundarias referentes al período de 2010 a 2017. Los números de plazas de residencia en el país se obtuvieron a partir de datos de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) puestos a disposición por la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia (SBMFC). Las informaciones relativas al Estado de Paraíba se colectaron por medio de los extractos de actos autorizadores de la CNRM e informaciones suministradas por las Comisiones de Residencia Médica (Coreme).

Para el análisis se consideraron todas las plazas acreditadas para residentes de primer año. Los datos relativos a la ocupación de las plazas y al modelo de organización de las RMFC se colectaron directamente con los supervisores de los programas y con las Coremes, siendo que los datos nacionales fueron puestos a disposición por la SBMFC. Se consideraron ocupadas las plazas que estaban ocupadas hasta el final del primer mes en el primer año de residencia.

Los datos referentes al número de equipos de la ESF tienen como fuente los datos del portal de Departamento de Atención Básica del MS. Los datos referentes al Provac y la actuación de la residencia se retiraron de los informes del programa registrados por la coordinación local entre 2012 y 2017. Los registros se tabularon y pasaron por una etapa descriptiva que permitió la elaboración de datos absolutos y relativos que se presentaron bajo la forma de tablas, gráficos y figuras que permitieron la comprensión de los aspectos cuantitativos relacionados a la distribución de las plazas de Residencia en el estado.

Resultados

El proceso de expansión de la RMFC en el Estado de Paraíba contó con algunas peculiaridades porque fue entendido como una oportunidad de calificar a la AB del estado y transformarla en un local de formación de médicos especialistas, proporcionando a la RMFC un carácter troncal²². Ese entendimiento de algunos actores envueltos tuvo lugar porque en 2014 casi la tercera parte de los equipos del estado dependían del eje de provisión del PMM para mantener médicos en las Unidades Básicas de Salud (UBS). Ante esto y la limitación temporal de la provisión de médicos por medio del PMM, el Estado de Paraíba tendría que estar preparado para componer su red con médicos calificados y sensibles a la AB al término del programa. Para alcanzar tal objetivo, un conjunto de actores utilizó como base las políticas nacionales de inducción como el Pro-Residencia y normativas de inducción de integración de la graduación con los programas de RMFC para construir un proceso estadual de formación de médicos enfocados en la AB.

Inicialmente, se definió como meta la búsqueda de la substitución gradual de las plazas del Provab por plazas en programas de RMFC. En un contexto de valorización de la AB, incluso en su papel ordenador de la red²², se podría apostar más fuertemente por la RMFC asumiendo un papel decisivo en la consolidación del SUS. Se observa en la Tabla 1 que esas acciones fueron exitosas y que actualmente más del 10% de los equipos de la ESF del estado están vinculados a la RMFC.

Tabla 1. Evolución del número y porcentaje de equipos de la estrategia salud de la familia con médicos vinculados al PROVAB y Programas de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad 2012 a 2017, Estado de Paraíba.

Año	Número de equipos del PROVAB	Número de equipos con RMFC	Porcentaje de equipos de la ESF con PROVAB (%)	Porcentaje de equipos de la ESF con RMFC (%)
2012	5	15	0,40%	1,20%
2013	182	23	14,50%	1,80%
2014	169	26	13,50%	2,10%
2015	100	22	8,00%	1,80%
2016	35	58	2,80%	4,60%
2017	13	140	1,00%	11,20%

La singularidad del Estado de Paraíba puede explicarse por una serie de pactos para la construcción de una red local que articula diversos actores e instituciones. De esa forma, el proceso de expansión de las residencias en el Estado de Paraíba se caracterizó por una gran integración entre las instituciones de enseñanza y secretarías de salud, traslado al interior del estado de las plazas de residencia, diálogo entre diversas residencias del estado, actuación de diversos actores del Provab/PMM y sensibilización permanente de los gestores por medio de sus instituciones representativas. A continuación, haremos un relato de algunas acciones y presentaremos algunos resultados alcanzados, comparándolos con datos nacionales de ocupación de plazas.

Construcción de la expansión en el Estado de Paraíba: nuevos actores y encuentros para la producción de una red de formación

Con el PMM, nuevos actores pasan a actuar de una forma estructurada para hacer viable y consolidar el programa por medio de la Comisión Coordinadora Estadual del Programa Más Médicos (CCE) que en su composición mínima está formada por representación del MS, de la Secretaría Estadual de Salud (SES), del Consejo de Secretarios Municipales de Salud (COSEMS) y representación de las instituciones supervisoras que en Paraíba eran Instituciones de Enseñanza Superior (IES) federales²³. En el Estado de Paraíba, la CCE también contó con representación del MEC, por considerar la relevancia de este actor en una política intersectorial cuyo eje formativo es uno de los ejes estructuradores del PMM.

A partir de 2015, la CCE pasa a tener un papel fundamental en el proceso de discusión de la ampliación y traslado al interior de la RMFC y tiene entre sus atribuciones orientar sus trabajos para la Política Nacional de Atención Básica, promover la articulación con la Comisión Permanente de Integración Enseñanza-Servicio y promover Foros de Educación permanente en Salud²³ lo que deja claro su carácter articulador en el debate de la calificación de la AB y en la integración enseñanza-servicio.

Comprendiendo su potencial articulador entre diversas instituciones que tenían interés en calificar la AB del Estado de Paraíba, la CCE inicia el debate entre los actores. Se construyeron diversos frentes de actuación con el objetivo de sensibilizar a los gestores municipales y a las IES para que adhirieran a la residencia, calificarla y ampliarla, así como fortalecer los dispositivos para mejorar la ocupación de las plazas ociosas de la RMFC.

Fue en ese contexto que la CCE del Estado de Paraíba utilizó algunos de sus dispositivos: 1. articulación con la SES para debatir sobre el camino de la RMFC dentro del estado; 2. presentación de la residencia médica para el COSEMS; 3. participación en reuniones de las Comisiones Inter-gestoras Regionales (CIR); 4. realización de talleres estaduais para fomentar el debate sobre el eje formativo con gestores e IES; 5. realización de diagnóstico sobre la red de servicios necesarios para la implantación de la RMFC; 6. aprovechamiento de la estructura matricial de los municipios del Provac; 7. reunión de aproximación de los supervisores y tutores del Provac y PMM para discutir la residencia y el papel del supervisor en ese proceso; y 8. el diálogo permanente con las referencias descentralizadas del MS, debido al conocimiento y aproximación de esos actores con los municipios desde la creación del programa. A continuación, detallaremos las principales acciones para mejor comprensión del proceso vivido y su relevancia para la articulación de procesos en red.

Articulación entre IES y gestores del SUS: unión de los puntos de la red

Para la construcción de un proceso que tuviera legitimidad política local, la CCE promovió espacios de diálogos con diferentes gestores e IES locales. Una importante característica de esos espacios fue el haber sido promovidos en alianza con las SES y con el COSEMS. Se realizaron eventos con el objetivo de discutir el eje formativo, presentando la RMFC como estrategia central en el proceso de calificación de la AB. Para esos diálogos se articularon la coordinación del Provac, tutores del PMM,

supervisores de ambos programas, referencias descentralizadas del MS y del MEC, integrantes de la CCE, gestores, coordinadores de cursos de medicina, secretarios de salud, SES, presidentes de las CIR/PB y del Cosemes, representante de Coremes, coordinadores de las RMFC y Centro Formador del Estado.

Se realizaron tres talleres, a partir de los cuales la CCE pudo poner en la pauta el debate sobre la construcción y consolidación de residencias municipales, modelos pedagógicos y estrategias de calificación de la AB y de establecimiento de profesionales a partir de la residencia.

Esos talleres produjeron el intercambio de experiencias entre diversos programas de RMFC del estado. Se compartieron dificultades, muchas veces semejantes, iniciativas positivas y perspectivas conjuntas de calificación de la red de salud e integración entre los programas. También se articularon con el COSEMS estrategias importantes para implementarse en el estado, tales como la creación de incentivos municipales y leyes que sirvan de base a la complementación de la beca de residentes y el pago de preceptor y de experiencias de integración enseñanza-servicio, envolviendo graduación y residencia.

Esos encuentros permitieron el (re)conocimiento de los actores, lo que fue fundamental para la construcción de pertenencia a una red estadual de formación en RMFC. Como resultado se elaboró un plan de acción enfocado en: 1. la permanente integración entre las residencias del estado y los gestores del SUS, a partir del Contrato Organizativo de Acción Pública Enseñanza Salud (Coapes); 2. la elaboración de una agenda de debates en las CIR y Comisiones Inter-gestores Bipartitas (CIB) para que los municipios pudieran conocer y participar en la construcción de las residencias; 3. la creación de estrategias de las IES y municipios que ya tienen residencia para ampliar plazas y aumentar la ocupación de las plazas ociosas; 4. apoyo/sopORTE del Proavb para las residencias que estaban fragilizadas y no conseguían ocupar plazas.

Realización de diagnóstico sobre la red de servicios necesarios para la implantación de la RMFC

Se realizó un levantamiento de las redes de salud dentro del estado por parte de la coordinación de AB de la SES y del MS. La CCE clasificó los 223 municipios del Estado de Paraíba en “potencial para residencia regional”, “potencial en tener residencia municipal”, “potencial para ampliar o calificar la residencia” y “municipio no prioritario” para la priorización del debate sobre la residencia en el período de seis meses. Para ese diagnóstico se llevó en consideración el historial de participación del municipio en el programa, capacidad de acoger a los residentes en las pasantías obligatorias para que una residencia fuera aprobada, estructura de la red, proceso de organización de la AB, existencia de profesionales con perfil para la preceptoría, capacidad de articulación entre los municipios de la región, existencia de cursos de graduación o ser campos de prácticas en el área de la salud. Este proceso permitió reconocer los municipios y regiones con potencial para actividades de integración enseñanza servicio, conforme determina la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS)²⁴.

En la secuencia, durante un año, componentes de la CCE participaron en reuniones que involucraron 76 municipios con potencial para tener residencia regional

o municipal. Además, la representante de la residencia regional de Patos (que tuvo inicio en 2016 con el desafío de asignar a 36 residentes en los pequeños municipios del estado) articuló municipios de cuatro microrregiones de salud para pacto de campos de residencia. Ambos movimientos contribuyeron para que los municipios conocieran la propuesta de la RMFC y se desencadenara un proceso pionero en el estado de traslado al interior de la RMFC en locales en donde no hay instituciones de enseñanza médica.

Apoyo institucional a los municipios

A pesar de las iniciativas desencadenadas por la CCE en el ámbito estadual y de que los dispositivos regulatorios sean fundamentales, una parte significativa de las estrategias se constituye de mecanismos inductores y se desarrolla en un contexto de autonomía de los actores locales. Pensando en ello, se estableció un proceso de apoyo institucional para los municipios prioritarios. Se partió de la apuesta del apoyo como un dispositivo de gestión del trabajo que tiene como soporte la producción compartida de conocimientos²⁵. La propuesta fue ir al encuentro de los municipios, identificar sus potencialidades y dificultades y juntamente con ellos construir estrategias para el fortalecimiento de la red de formación en RMFC.

Para tanto, los supervisores del Provac, inicialmente en conjunto con las referencias descentralizadas del MS que ya tenían conocimiento previo de la región, realizaron visitas mensuales a tales municipios estratégicos. Por ser una producción del encuentro entre los actores, el apoyo se realizó de formas diferentes, dependiendo del municipio y/o región. Siendo así, hubo participación en reuniones de CIR y realización de visitas a unidades de salud que pudieran tener residencia, además de presentación de propuestas/modelos de proyecto de programas de RMFC de base regional y de las normativas y tramitaciones para pleitear un programa de residencia o hacer alianza con algún programa ya existente. Los municipios que decidieron por la creación de un programa propio tuvieron el soporte para todo el proceso de organización del proyecto pedagógico y presentación del pedido a la CNRM. Debemos subrayar que la elaboración de los proyectos pedagógicos se realizó a partir de reuniones entre los diversos gestores y los supervisores del Provac y tenían la perspectiva de actuar como dispositivo de estructuración de la formación de profesionales para la AB y del fortalecimiento de las redes de atención regional.

Este proceso envolvió seis de las 16 microrregiones de salud del Estado de Paraíba, con cien municipios, apoyando directamente el pleito de un programa en la segunda microrregión con cuatro plazas y el involucramiento de otras dos microrregiones como campos de pasantía.

Las primeras miradas sobre las repercusiones estatales del proceso de inducción nacional y local

Ante todo este proceso, la construcción de la RMFC en el Estado de Paraíba se diferencia de la nacional por la alta tasa de ocupación y un aumento importante de municipios que ofrecen plazas de residencia, que caracterizó el proceso de traslado al interior del estado de las RMFC. En 2010, solamente dos municipios ofrecían plazas de residencia y aun así con dificultades en su ocupación. Se puede observar que en 2017 hay una redistribución de residentes en las cuatro macrorregiones, en 24 municipios del estado (Figura 1) lo que demuestra un proceso de traslado al interior de la residencia conforme incentivado por la política nacional.

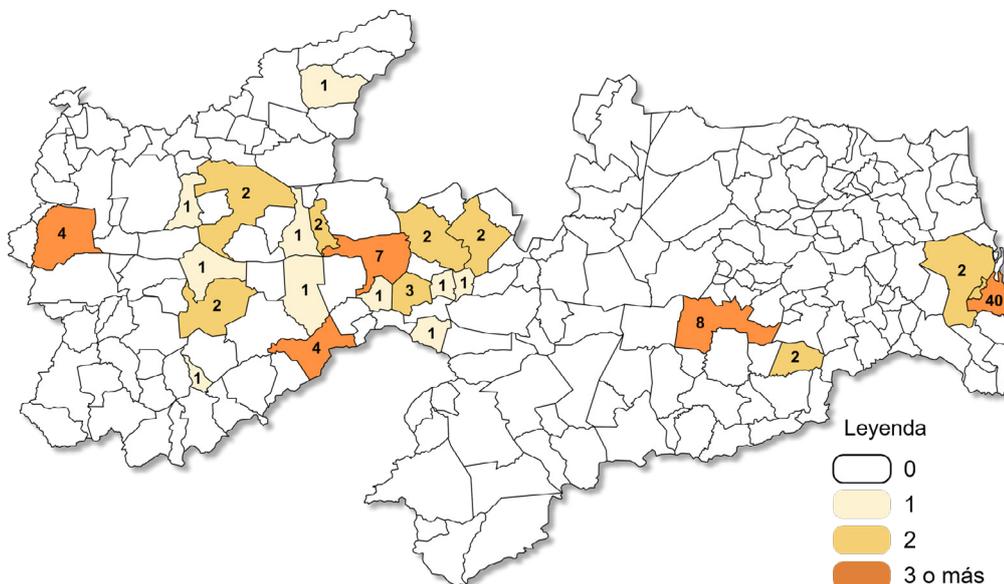


Figura 1. Distribución de R1s en MFC por Municipio, Estado de Paraíba / 2017.

Además del traslado al interior, algo innovador fue el despertar de los municipios de pequeño, mediano y gran porte para participar en el proceso de formación de los médicos. A partir de ese despertar la RMFC entró en la pauta de discusión de las CIR; algunos municipios se abrieron para ser campos de pasantía de otros programas, fortaleciendo la alianza de las IES con las Secretarías Municipales de Salud (SMS); una región de salud envió un proyecto que fue aprobado y diversos municipios se sensibilizaron en el sentido de construir proyectos regionales.

Por otro lado, en donde ya existía la RMFC, hubo una calificación de las relaciones institucionales. Estas alianzas entre IES y SMS resultaron en lo siguiente: creación de colegiados gestores, aumento de la capacidad de resolución y ampliación del alcance de prácticas en la AB, contratación de preceptores y pago de complementación de becas a

los residentes. Debido a la diversidad territorial, los contratos se realizaron de formas diferentes: el preceptor en algunas residencias era contratado para cuarenta horas por el municipio como médico de la AB y asignado para la función de preceptor responsable por dos a cuatro residentes mientras que otros eran contratados por la propia IES. La complementación de la beca del residente se realizaba de tres formas: el municipio pagaba en formato de beca por medio de decreto administrativo municipal o pagaba como prestación de servicios o también eran médicos aprobados en concurso de la AB que ya tenían vínculo estatutario y realizaban la residencia en su UBS y mantenían el sueldo al que se añadía la beca del MS. Debemos subrayar que diversos municipios discuten y formulan leyes de complementación de becas tanto para residentes como para preceptores.

Otro aspecto relevante fue la percepción del impacto positivo de estas acciones en la calificación de la enseñanza en la graduación, debido a la ampliación de las posibilidades de preceptoría y calificación de los escenarios de práctica en la AB, tanto para los primeros años del curso como para el internado, puesto que las unidades con mejor evaluación eran aquellas en donde los internos acompañaban a los residentes. Pensando en esa integración enseñanza-servicio que califica a ambos, uno de los cursos de medicina en el semiárido del Estado de Paraíba creó una residencia regional con 36 plazas anuales, envolviendo diversos municipios, por creer que, para tener un curso calificado, necesitarían calificar primero la red de servicios.

Finalmente, analizando de una forma más cuantitativa el resultado general de las intervenciones en el estado, el gráfico 1 muestra una gran expansión de las plazas de RMFC, con el aumento de más de diez veces entre los años de 2010 a 2017. A su vez, la tasa de ocupación de los programas es actualmente del 87%, siendo 2,5 veces superior a la tasa nacional. La tasa de ocupación varió durante el período y presentaba una tendencia de baja entre 2013 y 2015, cuando hubo una reversión de este proceso, con el regreso a los niveles anteriores en el mismo momento en que se fortalecían estrategias nacionales de ocupación y plazas y se realizaban las estrategias estaduais de hacer que la AB del Estado de Paraíba fuera un centro formador. En el ámbito nacional, como puede verse en el gráfico 2, entre 2010 y 2017 hubo un aumento de 4,5 veces del número de plazas, con una baja tasa de ocupación de las plazas, de solamente el 25%, mostrando un problema crónico a pesar de las medidas nacionales de inducción. Al comparar los datos nacionales y del Estado de Paraíba se observa una mayor efectividad en el proceso de expansión y ocupación de las residencias. Este desempeño está relacionado con mecanismos de integración enseñanza servicio y a la actuación sinérgica entre los gestores del SUS y la IES generando movimientos singulares conforme establecido por la PNEPS.

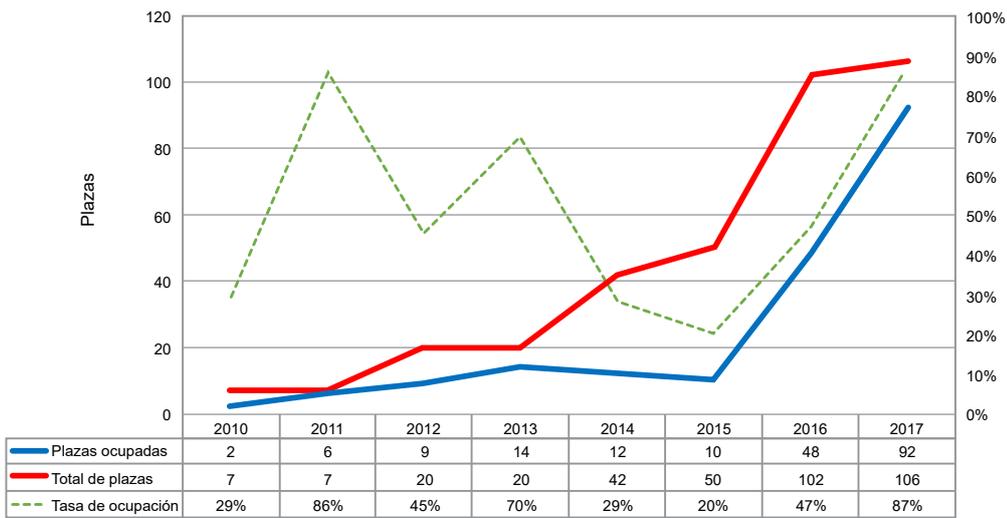


Gráfico 1. Evolución en el número total de plazas y plazas ocupadas en Programas de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad y tasa de ocupación, 2010 a 2017, Estado de Paraíba.

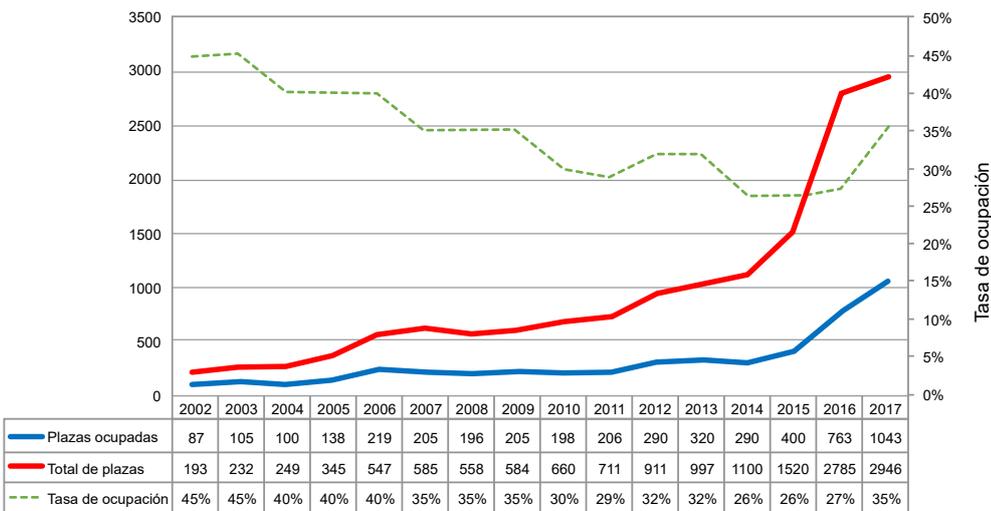


Gráfico 2. Evolución en el número total de plazas y plazas ocupadas en Programas de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad y tasa de ocupación, 2002 a 2017, Brasil.

Consideraciones finales

El proceso de expansión y ocupación de las RMFC en el Estado de Paraíba tiene resultados positivos y mejores que la media nacional. La combinación de políticas federales de gestión del trabajo y de la educación en la salud y de la expansión de la AB con la actuación sinérgica en el ámbito loco-regional, propiciaron una serie de innovaciones enfocadas en el fortalecimiento de la integración enseñanza servicio y de la construcción de espacios conjuntos de planificación y gestión entre instituciones de enseñanza y gestores locales del SUS.

En resumen, se percibe por lo tanto que una política que en muchos locales se limitó a la provisión de médicos, en el Estado de Paraíba se consolidó como una estrategia de inducción en la formación de profesionales, articulando a los diversos actores del SUS para la construcción de esa red de formación y asistencia adecuados a las necesidades de la población del Estado de Paraíba.

Además, el desarrollo de los programas regionales de residencia y su organización, a partir de la CIR, ponen en evidencia el gran potencial de la integración enseñanza servicio para el fortalecimiento del proceso de regionalización y del propio SUS. Señalan también la posibilidad de un mayor protagonismo de los gestores de municipios de todos los portes poblacionales de componer una red de formación de especialistas en MFC, lo que puede ser esencial en un país continental y compuesto por ciudades de pequeño y mediano porte que, por lo general, tienen necesidades diferentes de las de los municipios de mayor porte.

Otro punto importante es que iniciativas municipales de fomento a la preceptoría y de complementación de becas pueden mejorar las tasas de ocupación de los programas siendo, no obstante, importante pensar también en dispositivos de establecimiento de estos profesionales después de la conclusión de la residencia. Se debe subrayar que en el estado la complementación de becas no envolvió al tercer sector y la realiza exclusivamente el municipio, lo que puede ser un potencial en los debates para la creación de leyes municipales para consolidar esa política.

La puesta en práctica de esas estrategias, principalmente en su aspecto regulatorio, puede equiparar Brasil a otros países en donde la proporción de plazas de MFC corresponde a más del 30% de las plazas de residencia, al mismo tiempo que posibilitaría la provisión, a largo plazo, de médicos calificados para la actuación en el ámbito de la AB.

El intenso debate a partir del inicio del PMM demuestra, por otro lado, que para que el estado ejerza su papel de ordenador de la formación de trabajadores es necesario también disputar conceptos ya instituidos en la sociedad actual, entre ellos, el de mérito, agregando al concepto existente la lógica del compromiso y la responsabilidad social con la población brasileña y, en consecuencia, con la consolidación del SUS. Además, es preciso dar un nuevo significado al papel de los gestores del SUS y de las IES y establecer nuevos mecanismos de gestión y de diálogo entre todos los actores que participan en la formación médica.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente de todas las etapas de elaboración del manuscrito.

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. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(3):783-94.
2. Costa JSD, Teixeira AMFB, Moraes M, Boing AF, Strauch ES, Silveira DS, et al. Redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2):359-66.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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.
4. Pérez PB, López-Valcárcel BG, Vega RS. Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas em Brasil: proyecciones a 2020; 2011. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2012.
5. Dias HSA, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
6. Alessio MM, Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
7. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
8. Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de Setembro de 2015. Institui, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2013.
12. Brasil. Secretaria de Regulação do Ensino Superior, Ministério da Educação. Edital nº 6/2014/SERES/MEC. Edital de seleção de propostas para autorização de funcionamento de cursos de medicina em municípios selecionados no âmbito do edital nº 03, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União*. 23 dez 2014.
13. Seixas PHDA, Correa AN, Moraes JC. Migramed - Migração médica no Brasil: tendências e motivações. São Paulo: Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo; 2014.
14. Adler B, Biggs WS, Bazemore AW. State patterns in medical school expansion, 2000-2010: variation, discord and policy priorities. *Acad Med*. 2013; 88:1849-54.
15. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 1/2015. Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2015.



16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.147, de 28 de Dezembro de 2012. Institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Holliday OJ. Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias. In: Seminario ASOCAM; 2001; Cochabamba. Cochabamba: Intercooperation; 2001.
18. Bernardes JS, Santos RAS, Silva LB. A Roda de Conversa como dispositivo ético-político na pesquisa social. In: Lang CE, Bernardes JS, Ribeiro MAT, Zanotti SV, organizadores. Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas. Maceió: EDUFAL; 2015. p. 13-34.
19. Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2000.
20. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.
21. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
22. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:14-29.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.921, de 28 de Novembro de 2013. Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
25. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 20/01/18.
Aprobado el 08/10/18.