


### El Programa Más Médicos en áreas remotas: la experiencia del Grupo Especial de Supervisión en el estado de Pará, Brasil

**Raphael Augusto Teixeira de Aguiar<sup>(a)</sup>**

<raphael@medicina.ufmg.br> 

**Harineide Madeira Macedo<sup>(b)</sup>**

<hmmacedo@unb.br> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, Sala 801, Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG, Brasil. 30130-100.

<sup>(b)</sup> Centro de Educação a Distância, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

El Programa Más Médicos (PMM) abarca la supervisión académica realizada por las Instituciones Supervisoras (IS) que hayan firmado documento de adhesión con el Ministerio de la Educación (MEC). La supervisión académica es parte de las ofertas educativas e implica una visita periódica y regular a los médicos del PMM. Sin embargo, debido a las dificultades de algunas IS de la región Norte para cumplir sus responsabilidades en el ámbito del PMMB, el MEC creó el Grupo Especial de Supervisión (GES), que actúa desde 2014 en la región. Este artículo registra la experiencia del GES en el estado de Pará en el período de enero de 2015 a mayo de 2017. Su contribución es hacer posible la asistencia a una población que habita una vasta región con notable escasez de médicos, una vez que la supervisión de los profesionales es obligatoria y si no la hubiera inviabilizaría el Programa en el Estado de Pará.

**Palabras clave:** Recursos humanos en salud. Área sin atención médica. Atención primaria de la Salud. Política pública. Capacitación en servicio.

## Introducción

El empleo de médicos extranjeros en contextos de escasez de esos profesionales en diferentes sistemas de salud, particularmente en la Atención Primaria, es una constante en diversos países. Conocidos comúnmente como *International Medical Graduates* (IMG), esos profesionales contribuyen significativamente para el funcionamiento de la Atención Primaria en países tales como Estados Unidos<sup>1-5</sup> y Canadá<sup>6-9</sup>. Gran Bretaña, por ejemplo, en 2013 contaba con el 16% de IMG's entre sus médicos generalistas (GP's) con edad entre treinta y cincuenta años y el 19% en el rango de edad superior a los cincuenta años<sup>10</sup>.

Los motivos de esa escasez, por lo general, se atribuyen a una menor propensión de los médicos de esos países para seguir carreras en la atención primaria, o debido a una mayor rotación de los profesionales que actúan en ese contexto, buscando mejores condiciones de trabajo<sup>11,12</sup>. Con el objetivo de enfrentar ese problema, diferentes países desarrollaron programas o iniciativas para la provisión de médicos, extranjeros o no, en regiones con historial de escasez de esos profesionales. Se citan como ejemplos los programas canadienses de *return for service*<sup>13</sup>, los programas estadounidenses de visado especial para médicos extranjeros (*J-1 Visa Waiver*)<sup>14</sup> y los incentivos para atraer médicos extranjeros para la atención primaria de la salud en el Reino Unido<sup>15</sup>. También es posible encontrar en la literatura internacional ejemplos de políticas de provisión médica en Bangladesh<sup>16</sup>, Noruega<sup>17</sup> y Australia<sup>18</sup>, entre otros países.

Como ejemplos de incentivos para la atracción y establecimiento de profesionales de salud en países en desarrollo se citan, a título de ejemplo, iniciativas de reclutamiento y entrenamiento en áreas rurales (Tailandia), trayectorias educativas prácticas, orientadas para la resolución de problemas y enfocados en el estudiante y en la comunidad (Etiopía, Gana y Kenia), uso de incentivos financieros, facilidades para capacitación y servicio obligatorio (Indonesia, Tailandia, Sudáfrica, Zambia, México y Ecuador); enfoque en la mejora de las condiciones de vida y vivienda en áreas remotas (Tailandia y Zambia)<sup>19</sup>.

En Brasil, la escasez de profesionales médicos en determinadas regiones geográficas se estudia por lo menos desde la década de 1970, cuando el sanitarista Carlos Gentile de Mello publicó los primeros estudios sobre el tema<sup>11</sup>. Desde entonces, varios programas gubernamentales trataron de atenuar el problema como, por ejemplo, el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS) en 1976, el Programa de Interiorización del Sistema Único de Salud (PISUS) en 1993, el Programa de Interiorización del Trabajo en Salud (PITS) en 2001, el Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (PROVAB), en 2011, y más recientemente el Programa Más Médicos (PMM), en 2013<sup>20</sup>. Este último fue creado por la Ley 12.871/2013<sup>21</sup>, con el objetivo de la mejora del cuidado primario de la salud para las poblaciones residentes en áreas consideradas prioritarias del Sistema Único de Salud (SUS).

En la propuesta del PMM hay un componente o eje de acción denominado provisión de emergencia de médicos que se compone del Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB). Los demás ejes se refieren a la inversión en infraestructura en las Unidades Básicas de Salud (UBS), a la ampliación de plazas en los cursos de medicina y de residencia médica, esta última enfocada en especial en la Medicina de Familia y Comunidad (MFC) y en las Directrices Curriculares Nacionales (DCN), que fueron revisadas

y republicadas con definición de ejes estructuradores para los cursos de Medicina, en junio de 2014.

El PMM es administrado principalmente por el Ministerio de la Salud, pero tiene alianza con diversas instituciones, incluso con el Ministerio de la Educación (MEC), que es corresponsable por la gestión del PMMB, respondiendo por las capacitaciones iniciales y el proceso de supervisión académica continuada, es decir, por la mayoría de los elementos que componen el eje de provisión de emergencia.

El presente artículo es un relato de experiencia que aborda la formación y actuación del Grupo Especial de Supervisión del Programa Más Médicos en el Estado de Pará (GES/Pará), instituido por el MEC por medio del Decreto Administrativo Normativo nº 28, del 14 de julio de 2015. Por tratarse de un relato, los hechos y datos presentados se basan en documentos oficiales y en la experiencia y análisis de los procesos de trabajo por parte de los autores, vinculados al GES desde sus primeros meses.

### **Estrategias de supervisión profesional en programas de provisión médica**

Los programas de provisión de profesionales médicos se planifican con estrategias específicas de supervisión y calificación profesional, puesto que, además de contar con profesionales formados fuera del contexto en el que actuarán, esos programas también precisan proporcionar beneficios que cuenten como incentivo el establecimiento de esos profesionales. Esas estrategias también tienen importancia legal cuando, en algunos escenarios, el ejercicio profesional sin la habilitación exigida se encuentra condicionado a acciones periódicas de supervisión y capacitación.

Para asegurar una capacitación adecuada a esos profesionales, así como la adaptación necesaria a sus contextos, los países que suelen emplear médicos extranjeros cuentan con diferentes estrategias. En Noruega, por ejemplo, se diseñan programas de formación específicos en medicina de familia y salud pública, con base en la capacitación en servicios y grupos tutoriales, para realizarse en cualquier área del país<sup>17</sup>. En el Reino Unido, tanto médicos formados en otros países como aquellos graduados en el país, con el fin de adquirir el registro profesional pleno, tienen que pasar por un proceso conocido como *approved practice setting* (APS), compuesto por un esquema de supervisión profesional directa y evaluaciones<sup>22</sup>. Países como Canadá, Australia y Nueva Zelandia también mantienen la exigencia de práctica profesional supervisada para médicos extranjeros que actúan en servicios de atención primaria<sup>25</sup>.

En Brasil, la participación en actividades de integración enseñanza-servicio es condición para la permanencia de los médicos en el Programa Más Médicos. Por ese motivo, las acciones de calificación profesional se componen de dos ciclos formativos: el primero subdividido en los ejes educativos “Especialización y Supervisión Académica”, mientras que el segundo se encuentra subdividido en “Perfeccionamiento y Extensión”. Hay también la formación selectiva, conocida como “Módulo de Acogida y Evaluación” (MAAv, por sus siglas en portugués), por el cual pasan los médicos formados en el exterior, brasileños o extranjeros, que desean ingresar en el PMM. Mientras que el MAAv se realiza en el formato presencial, los cursos de especialización, realizados en los dos primeros años de permanencia del profesional en Brasil, y el eje de perfeccionamiento y extensión, realizado después de la terminación de aquellos, se realizan en la modalidad a distancia.

La supervisión académica, que debe ocurrir durante toda la permanencia del profesional en el país, suele ser mensual y presencial. Sin embargo, la vasta extensión del país y la baja densidad observada en diversos lugares crean dificultades propias e inherentes a esas condiciones, puesto que no siempre es posible la presencia mensual de supervisores profesionales en determinadas áreas. Por ese motivo se creó el Grupo Especial de Supervisión del Programa Más Médicos en 2014 para actuar en la región Norte del país, en donde se observan las condiciones anteriormente mencionadas.

### **El grupo especial de supervisión**

El Grupo Especial de Supervisión (GES) surgió en un contexto en el que había dificultad de mantenimiento, por parte de las Instituciones Supervisoras (IS) de la región Norte, de la regularidad de las supervisiones académicas realizadas por los profesionales vinculados a ellas. Se trata de una estrategia de gestión para enfrentar el desafío de realizar la supervisión académica en esa región del país, en colaboración con las IS y los Consejos de secretarios municipales de Salud (COSEMS) locales y las Fuerzas Armadas, a partir de pactos firmados por el núcleo gestor del MEC con la Presidencia de la República y el Ministerio de la Defensa.

Es el Decreto Administrativo 28/2015<sup>26</sup> el que ampara al GES y aclara y normaliza los objetivos del Grupo, que son los siguientes:

Art. 2º Los objetivos del GES serán:

- I - Realizar Supervisión Académica, de forma permanente o temporal, a profesionales actuantes en el PMMB, en área de difícil desplazamiento de supervisores de las Instituciones Supervisoras;
- II – Restablecer el contacto del médico participante con las acciones pedagógicas del Proyecto Más Médicos para Brasil;
- III – Establecer alianza con la Institución Supervisora local sobre las informaciones de la situación de los médicos acompañados ante el PMMB;
- IV - Realizar diagnóstico situacional de la Supervisión Académica con devolutiva al gestor local o a su representante legal;
- V – Fortalecer los procesos evaluativos de la Supervisión Académica antes los médicos participantes;
- VI - Fortalecer la alianza intersectorial, en el ámbito del Proyecto Más Médicos para Brasil.

Las actividades del GES comenzaron en diciembre de 2014 con el embarque del primer equipo de supervisores destinado a visitar médicos de áreas más remotas, incluso actuantes en área indígena, en el estado de Amazonas. Desde entonces, la estrategia se ha perfeccionado con revisión de áreas de cobertura, siempre realizado pacto con los equipos locales de las Instituciones Supervisoras.

Aunque actúe con especificidades logísticas, el GES se compone de los mismos profesionales que actúan en todo el Programa Más Médicos y que se encuentran especificados en la ley de su creación (Ley 12.871/2013<sup>21</sup>): el “supervisor”, profesional médico responsable por la supervisión profesional continua y permanente del médico participante del programa y el “tutor académico”, docente médico responsable por la

orientación académica y por la coordinación del trabajo de los supervisores. Hasta el inicio de 2015, había solamente un tutor responsable por el GES en el estado de Pará que era responsable por todos los supervisores que actuaban en aquel estado en el ámbito del Grupo. A partir de la misión realizada en noviembre de 2016, dos tutores pasaron a coordinar el GED debido al gran número de supervisores y a la complejidad logística requerida para la planificación de las misiones. En total, entre su inicio y hasta el final de 2017, seis tutores pasaron por el GES, siendo que dos de los cuales todavía actuaban al final de aquel período.

### **Antecedentes del GES en el estado de Pará**

La llegada del GES en el estado de Pará no sucedió de inmediato, sino solamente en 2015, después de sucesivas reuniones con la institución responsable por la supervisión académica. El territorio del estado de Pará tenía en aquella época la supervisión de una única IS, la Universidad Federal de Pará (UFPA), que no conseguía supervisar la totalidad del territorio bajo su responsabilidad, puesto que no había candidatos locales a supervisor interesados en la realización de viajes para locales remotos en el estado y debido a las dificultades en los trámites de financiación del desplazamiento por parte del MEC.

La puesta en práctica de la supervisión académica, conforme prevista por la ley, es responsabilidad del Ministerio de la Educación que la realiza por medio de Término de Adhesión firmado con las IS. El incumplimiento de lo previsto en la Ley lleva a que el MEC sea directamente responsabilizado, aunque la IS esté en el intermedio directo de la acción<sup>27,28</sup>. Por esa razón, una vez constatada la existencia de regiones asistidas por médicos sin supervisión académica, fue necesario realizar un pacto con la UFPA en relación al ingreso inmediato del Grupo Especial en aquel territorio, con el objetivo de superar la falta de visitas a los médicos de las regiones remotas de Pará. Después de casi seis meses de reuniones y negociaciones, en marzo de 2015 se realizó la primera visita del GES en Pará, en las microrregiones del Bajo Amazonas, Carajás y Araguaia, incluyendo el área indígena de Itaituba que hasta el inicio del año en cuestión no recibía regularmente visitas de supervisión.

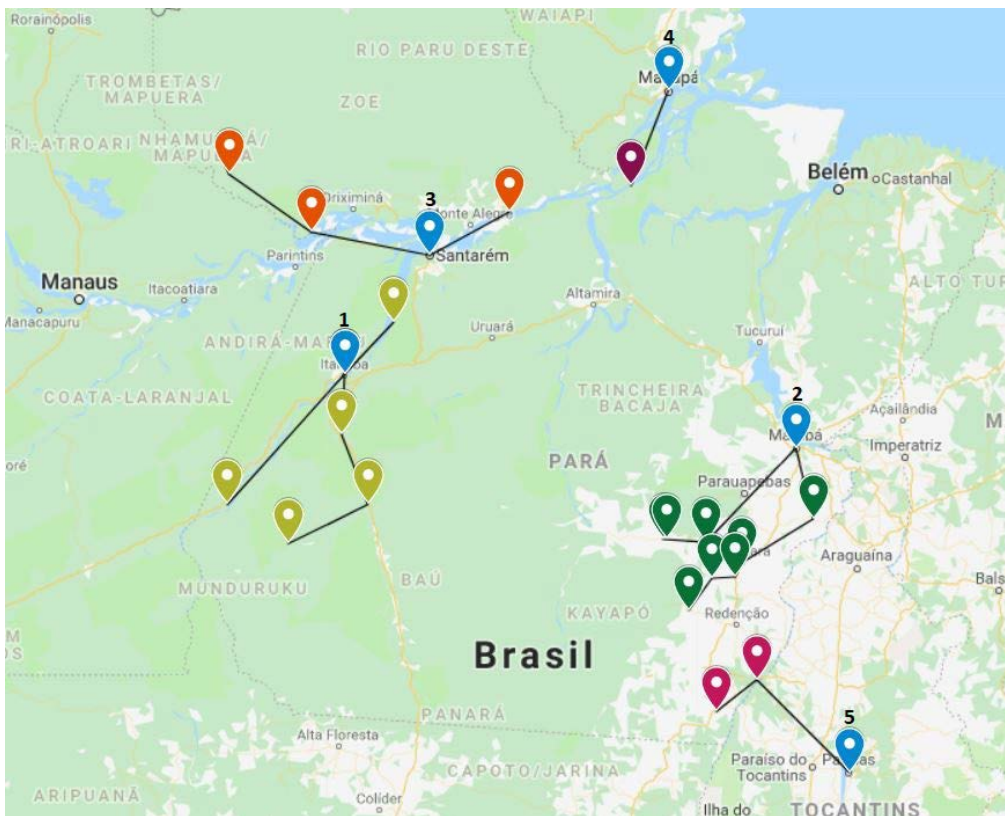
Durante el período analizado, una segunda Institución Supervisora, la Universidad Estadual de Pará (UEPA), realizó su adhesión al PMMB y asumió buena parte del territorio del estado.

Inicialmente, el MEC identificó áreas que no recibían visitas de supervisión y se reunió con la primera IS para identificar las áreas que permanecerían bajo la supervisión del GES. En aquella ocasión se acordó que los objetivos de ese tipo de supervisión serían algunos municipios con mayor dificultad de acceso o aquellos en condición precaria de mantener un supervisor, tales como los municipios de la región de Altamira y el municipio de Placas, además de otros de la región de Carajás y del Bajo Amazonas. Posteriormente, la gran parte de áreas remotas pasó para la UEPA, permaneciendo con el Grupo Especial de Supervisión solamente los municipios que esta institución no tendría condiciones de asumir.

## Cómo el Grupo Especial de Supervisión opera en Pará

El desplazamiento de los supervisores se pone en operación envolviendo recursos del PMMB para el desplazamiento de sus locales de origen hasta las ciudades-polo. A partir de esos puntos, las Fuerzas Armadas se encargan de llevarlos hasta el local de actuación de los médicos participantes.

Hasta mayo de 2017 la configuración del GES/Pará contaba con cinco ciudades-polo y dieciocho municipios, cuyas visitas se realizaron bajo las siguientes rutas:



**Figura 1.** Mapa con rutas de las ciudades-polo y municipios – GES/PA

Fuente: DDES/MEC y Google Maps

Subtítulo:

1. Itaituba – municipio de acceso a los médicos que actúan en Itaituba y región, Incluso área indígena, Jacareacanga, Trairão y Aveiro.
2. Marabá - municipio de acceso a los médicos que actúan en Piçarra, Água Azul do Norte, Tucumã, Cumaru do Norte, Xinguara, Bannach, Rio Maria y Ourilândia do Norte.
3. Santarém - municipio de acceso a los médicos que actúan en Prainha, Faro y Terra Santa.
4. Macapá - municipio de acceso a los médicos que actúan en Gurupá.
5. Palmas - municipio de acceso a los médicos que actúan en Santa María das Barreiras y Santana do Araguaia.

La definición de las ciudades-polo fue una decisión del MEC, en acuerdo con el Ministerio de la Defensa que consideró las condiciones de las carreteras, horarios de vuelos de llegada y salida del supervisor, el tiempo de desplazamiento y la cantidad de médicos a supervisar. Ese pacto exigió la ida de un miembro de la coordinación del MEC al comando del ejército en Belém, a fin de presentar los objetivos del Grupo y alinear logísticas de desplazamiento y hospedaje de los supervisores, después de innumerables

dificultades de comunicación entre las instancias militares en el inicio de las actividades en Pará. De esa forma, la logística que correspondió a las Fuerzas Armadas envolvió la elección de la modalidad de transporte en cada microrregión (aéreo, terrestre o fluvial) y, en algunos casos, seguridad armada. El tipo de transporte utilizado en cada situación se muestra en la tabla a continuación.

**Cuadro 1.** Municipios GES/PA con ciudad-polo y tipo de transporte

Ciudad-polo	Municipio locus de la supervisión	Tipo transporte
Santarém/PA	Faro/PA	Fluvial
Santarém/PA	Terra Santa/PA	Fluvial
Santarém/PA	Prainha/PA	Fluvial
Macapá/AP	Gurupá/PA	Fluvial
Itaituba/PA	Itaituba/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Trairão/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Jacareacanga/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Aveiro/PA/PA	Fluvial
Marabá/PA	Tucumã/PA	Terrestre
Marabá/PA	Bannach/PA	Terrestre
Marabá/PA	Ourilândia do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Cumaru do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Água Azul do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Piçarra/PA	Terrestre
Marabá/PA	Xinguara/PA	Terrestre
Marabá/PA	Rio Maria/PA	Terrestre
Palmas/TO	Santa Maria das Barreiras/PA	Terrestre
Palmas/TO	Santana do Araguaia/PA	Terrestre

Fuente: DDES/MEC

Aunque las distancias entre las ciudades-polo y los municipios *locus* en línea recta no sean significativas, debemos subrayar que las vías terrestres y fluviales son muchas veces tortuosas, lo que hace que esa distancia no corresponda a la realidad en relación con las dificultades de acceso. Por ese motivo, en la Amazonía no se suele contar distancias en kilómetros, sino en horas o incluso en días de navegación, en el caso de los transportes fluviales. Los viajes de las localidades de Fato y Terra Santa, por ejemplo, duran casi treinta horas en desplazamiento fluvial, aunque la primera se encuentre a 365 Km. de la ciudad base y la segunda a 203 Km. en línea recta. La duración exacta del viaje depende, muchas veces, de la velocidad del transporte.

El transporte aéreo solamente se utilizó en el comienzo de las actividades del Grupo, habiendo sido rechazado por el equipo gestor del MEC debido a la precaria seguridad ofrecida por la única empresa que poseía aeronaves disponibles para flete. El trecho atendido por vía aérea se sustituyó por transporte terrestre y fluvial, en especial para la supervisión de médicos actuantes en Distrito Especial Indígena (DSEI).

Se subraya que, en el primer año del GES, el MEC contó con la participación de la Marina de Brasil para desplazar supervisores a la ciudad de Prainha, pero en 2016 ese desplazamiento pasó a ser realizado por el ejército, así como el de los demás supervisores.

Entre 2015 y mayo de 2017, el GES/PA realizó supervisiones mensuales de los aproximadamente sesenta y dos médicos participantes del PMMB, conforme registrado en el sistema informatizado utilizado por el MEC - el Webportfolio/UNASUS. No

obstante, cuando se verifica el tipo de supervisión, hubo cuatro viajes presenciales en 2015 y cinco en 2016. En 2017 hubo un único viaje para supervisión presencial, en el mes de marzo, en virtud de las dificultades enfrentadas por el MEC debido a cambios en la macro-gestión y en los equipos técnicos, además de la escasez de recursos financieros en el gobierno federal que afectó a ambos ministerios, el de la Educación y el de la Defensa. Siendo así, entre su creación, en 2015, y el final de 2017, se realizaron diez supervisiones presenciales.

### Proceso de educación permanente del equipo

El PMM opera bajo las directrices de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, ya sea por medio de las ofertas educativas formales o por acciones que envuelven a todos los actores. Es importante subrayar que en el GES se dio preferencia a un espacio para la educación permanente (EP) de supervisores, apoyo MEC y tutores, con el objetivo de la calificación de la supervisión académica y la consecuente mejora en el apoyo pedagógico que el médico recibe.

Considerando la variedad de tipos de transporte y los horarios de transporte aéreo, la EP de los envueltos en el GES/PA se organizó primeramente en Belém (Estado de Pará), lo que significaba desplazar a cada supervisor para esa ciudad después de la realización de la supervisión en los municipios. A partir de 2016, hubo nuevos ajustes y la EP pasó a realizarse en dos ciudades: Itaituba (Estado de Pará) y Belém (Estado de Pará), exigiendo mayor precisión en el desplazamiento realizado por los militares.

La metodología de los encuentros de EP, por lo general, envolvía la discusión de problemas y situaciones específicas observadas durante el proceso de supervisión, así como el de la normalización relativa al GES y al propio Más Médicos. En esos encuentros también se discutieron diversos sucesos relatados por los supervisados, en la mayoría de las veces cuestiones administrativas no solucionadas por el Ministerio de la Salud (MS), registradas por el Apoyo MEC y traspasadas a las instancias estaduais del MS.

Además de esos encuentros de EP presenciales, el equipo también participó en exposiciones dialogadas e intercambio de ideas, por medio de *webconferências* planificadas y realizadas por los tutores.

### Desafíos encontrados y posibles soluciones

La puesta en operación del GES en el estado de Pará se mostró un gran desafío con relación a los otros grupos de supervisión especiales, principalmente debido a los siguientes puntos: a) la cantidad de ciudades-polo creadas para mayor aproximación de los locales de actuación de los médicos participantes; b) al tamaño y a las diversidades geográficas de esa unidad de la federación que exigen mayor planificación y articulación con el Ministerio de la Defensa; c) a las dificultades de comunicación con el polo de Itaituba; d) a las dificultades de desplazamiento de supervisores hasta el polo de Itaituba por vuelo comercial; e) a la necesidad e alineamiento constante con los aliados de las Fuerzas Armadas, considerando que cada polo está bajo la coordinación de un comando diferente; f) a la necesidad de seguridad armada debido a la violencia observada generalmente en algunos locales del estado; g) al hecho de haber habido cuatro substituciones de tutores desde el inicio de las actividades del Grupo.



La actuación del GES en Pará siempre exigió del MEC una mirada más atenta y prontitud para ajustar cada aspecto. La preocupación general era la tutoría que, conforme mencionado, se substituyó diversas veces. Debido a los cambios logísticos habidos, posteriormente fue necesaria la inclusión de un segundo tutor al frente del proceso. Además, imprevistos durante las supervisiones presenciales programadas causaban cambios en la planificación que afectaban tanto a las Fuerzas Armadas como a tutores y supervisores. Entre esos imprevistos podemos citar los siguientes: bloqueo en la carretera debido a un asalto ocurrido en una ciudad próxima, avería mecánica en vehículos fletados por las Fuerzas Armadas y accidente automovilístico en la carretera envolviendo a un grupo de supervisores, sin mayores consecuencias.

A pesar de todo, fue posible realizar las supervisiones programadas en 2015 y 2016 y consolidar espacios para la educación permanente de los envueltos.

## Consideraciones finales

El Grupo Especial de Supervisión del Programa Más Médicos en el estado de Pará, creado para asegurar la supervisión académica local de los médicos participantes del Programa Más Médicos para Brasil de ese estado, han conseguido cumplir los seis objetivos explícitos en la resolución 28/2015<sup>26</sup> mediante articulación constante entre el Ministerio de la Educación, las Fuerzas Armadas y las instituciones locales supervisoras en el estado de Pará. No obstante, debido a las dificultades usualmente observadas con relación a la logística de su actuación, se hace necesaria una atención constante por parte de las instituciones mencionadas para que su actuación se mantenga constante y con capacidad de resolución.

El Grupo ya se considera una experiencia exitosa del PMM, puesto que consiguió realizar la supervisión académica conforme las directrices del Programa y de las políticas nacionales de salud. La experiencia de supervisión a los médicos por parte del equipo del Grupo Especial contribuyó para consolidar el diseño del PMM en lo que se refiere a la provisión de emergencia y demostrar que es posible realizar la supervisión con la calidad y sensibilidad necesarias para la atención de la población que habita en las áreas remotas del territorio brasileño. La formación en servicio con las especificidades atendidas por el GES solamente fue posible con una educación permanente desarrollada por un equipo potente. Se espera que, con la ruptura en la macro-gestión ocurrida en el país en 2016, las políticas públicas de salud consideren las áreas prioritarias del SUS para inyección de recursos y mantengan la calidad que la APS requiere.

### 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. Esmail A, Simpson J. International medical graduates and quality of care. *BMJ*. 2017; 356:j574.
2. Norcini JJ, Zanten M van, Boulet JR. The contribution of international medical graduates to diversity in the U.S. physician workforce: graduate medical education. *J Health Care Poor Underserved*. 2008; 19(2):493-9. doi: 10.1353/hpu.0.0015.
3. Pinsky WW. The importance of international medical graduates in the United States. *Ann Intern Med*. 2017; 166(11):840-1. doi: 10.7326/M17-0505.
4. Baer LD, Ricketts TC, Konrad TR, Mick SS. Do international medical graduates reduce rural physician shortages? *Med Care*. 1998; 36(11):1534-44.
5. Salsberg E, Grover A. Physician workforce shortages: implications and issues for academic health centers and policymakers. *Acad Med*. 2006; 81(9):782-7.
6. Yen W, Hodwitz K, Thakkar N, Martimianakis MA, Faulkner D. The influence of globalization on medical regulation: a descriptive analysis of international medical graduates registered through alternative licensure routes in Ontario. *Can Med Educ J*. 2016; 7(3):e19-30.
7. Wong A, Lohfeld L. Recertifying as a doctor in Canada: international medical graduates and the journey from entry to adaptation. *Med Educ*. 2008; 42(1):53-60.
8. McGrath P, Wong A, Holewa H. Canadian and Australian licensing policies for international medical graduates: a web-based comparison. *Educ Health (Abingdon)*. 2011; 24(1):452.
9. Mok PS, Baerlocher MO, Abrahams C, Tan EY, Slade S, Verma S. Comparison of canadian medical graduates and international medical graduates in Canada: 1989–2007. *Acad Med*. 2011; 86(8):962-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e318222e314.
10. British Medical Association. The contribution of IMGs to the NHS [Internet]. Londres: BMA; 2015 [citado 18 Jan 2018]. Disponível em: [https://www.bma.org.uk/connecting-doctors/img\\_doctors/m/downloads/281](https://www.bma.org.uk/connecting-doctors/img_doctors/m/downloads/281)
11. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saude Debate*. 2009; (44):13-24.
12. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004; 364(9449):1984-90.
13. Neufeld S-M, Mathews M. Canadian return-for-service bursary programs for medical trainees. *Health Policy*. 2012; 7(4):82-94.
14. Kahn TR, Hagopian A, Johnson K. Retention of J-1 visa waiver program physicians in Washington State's health professional shortage areas. *Acad Med*. 2010; 85(4):614-21. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181d2ad1d.
15. The NHS is investing £100m in a recruitment drive to hire foreign GPs. Independent [Internet]. 2017 [citado 21 Jan 2018]. Disponível em: <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/nhs-recruitment-drive-foreign-doctoroverseas-gps-100-million-investment-hiring-staff-shortage-a7921511.html>
16. Rawal LB, Joarder T, Islam SMS, Uddin A, Ahmed SM. Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: a policy analysis. *Hum Resour Health*. 2015; 13:36. doi: 10.1186/s12960-015-0030-6.



17. World Health Organization. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bull World Health Organ.* 2010; 88(5):390-4. doi: 10.2471/BLT.09.072686.
18. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health.* 2010; 18(3):102-9. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x.
19. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:19. doi: 10.1186/1472-6963-8-19.
20. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54):623-34. doi: 10.1590/1807-57622014.1142.
21. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 Dezembro 1993, e nº 6.932, de 7 Julho 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 23 Out 2013; sec. 1, p. 206.
22. NHS Health Careers. Information for overseas doctors [Internet]. Londres: NHS; 2015 [citado 16 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/information-overseas-doctors>
23. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Qualifying to practice medicine in Ontario [Internet]. Toronto: CPSO; 2018 [citado 16 Jan 2018]. Disponível em: <http://www.cpso.on.ca/Applicant-Information/International-Medical-Graduates/Qualifying-to-Practice-Medicine-in-Ontario>
24. General Practice Supervisors Australia. Supervising IMGs [Internet]. Bendigo: GPSA; 2016 [citado 17 Jan 2018]. Disponível em: <http://gpsupervisorsaustralia.org.au/supervising-imgs/>
25. Medical Council of New Zealand. Individual supervision plans [Internet]. Wellington: MCNZ; 2018 [citado 17 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.mcnz.org.nz/maintain-registration/supervision-img/supervisors-and-employers-of-international-medical-graduates/individual-supervision-plans/>
26. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 28, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 15 Jul 2015.
27. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 585, de 15 de Junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências *Diário Oficial da União.* 16 Jun 2015.
28. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 27, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a adesão de instituições de ensino e programas de residência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil enquanto das instituições supervisoras. *Diário Oficial da União.* 15 Jul 2015.



**Traductor:** Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 18/02/18.

Aprobado el 23/09/18.