

ANÁLISIS DEL RECLUTAMIENTO INTERNACIONAL DE PROFESIONALES DE SALUD PARA EL PROGRAMA MÁS MÉDICOS DEL BRASIL.

Autor: Fabiano Tonaco Borges
Departamento de Planificación en Salud
Instituto de Salud Colectiva
Universidad Federal Fluminense (UFF)
Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.
fabianotonaco@id.uff.br

Resumen

Analizamos el eje de provisión de emergencia de médicos del *Programa Mais Médicos* (PMM) bajo el enfoque de Gestión de Flujos de Profesionales de Salud. Se utilizaron métodos cualitativos mediante cuestionarios semi-estructurados para la recolección de los datos. Se entrevistó a profesionales del Sistema Único de Salud encargados de la gestión local del PMM y de la inserción de los profesionales reclutados en los servicios de salud en dos estados de Brasil. Evaluamos el PMM como un programa de ampliación de la cobertura, como resultado de la contratación y fijación de médicos en áreas aisladas y metropolitanas. La percepción del trabajo de los médicos fue positiva. El PMM se caracteriza como una acción de gestión de flujos útil para el aprovisionamiento de emergencia de médicos, y es bien valorado por los participantes en la investigación.

Palabras-Clave: Internacionalización, Cooperación Internacional, Médicos Graduados Extranjeros, Área Carente de Atención Médica, Salud Pública.

I. INTRODUCCIÓN

El *Programa Mas Médicos* (PMM) para el Brasil ha sido una política pública que propone cambios estructurales en el ámbito de la formación y provisión de profesionales médicos. Contempla así mismo nuevas inversiones en infra-estructura en la red de Atención Primaria en Salud y el reclutamiento de médicas(os) en Brasil y en el exterior con el fin de llevar profesionales a áreas sin atención médica^{1,2}.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar el eje de provisión de emergencia bajo el enfoque de Gestión de Flujos de Profesionales de Salud³ desde la percepción de los gestores y profesionales técnicos del SUS. Sin la pretensión de evaluar el programa, nos hemos concentrado en el análisis del eje provisional, fruto de la cooperación triangular entre Brasil, Cuba y la Organización Panamericana de la Salud (OPAS).

El PMM no se habría logrado sin esta articulación, basado en un esquema de cooperación interna y externa que se resume en la figura 1. Ella provee los médicos de Cuba (llamados de cooperados) mediante reclutamiento internacional mientras y hace viable la ejecución del Programa mediante el pago de la Beca de los profesionales de intercambio (incluyendo a los brasileños y a los de otras nacionalidades) y la supervisión de las condiciones de trabajo de los profesionales. Orgánicamente el Programa ha sido ejecutado por los tres entes federados con coordinación del Ministerio de la Salud. Los municipios han participado activamente con la provisión de los medios necesarios de vivienda y provisión de los servicios¹. Resaltamos también la participación de las universidades en la tutoría de los profesionales implicados capacitándolos y garantizándoles el ejercicio profesional en el SUS^{1,6}. A pesar del PMM ¿nos preguntamos si el Sistema Único de Salud (SUS) carece aún de una estrategia que de continuidad a la ampliación de cobertura y a la sostenibilidad de la organización y gestión del trabajo en salud? ¿Esto podría ser viable en el marco de un plan nacional de carrera para los trabajadores del sistema público como propone Campos et al.⁷?

A. *Marco general de la movilidad profesional y la cooperación internacional en salud*

Entendemos por gestión de flujos migratorios de profesionales los movimientos administrados de personal calificado entre países para prevenir y evitar descompensaciones, siendo empleados de preferencia con acuerdos de cooperación^{3,8}. Excluimos los flujos que son por definición autónomos e incontrolables en el marco de los derechos humanos⁹.

El reclutamiento de profesionales extranjeros se utiliza como medio de solución a corto plazo para crisis de déficit de personal de la salud con garantías que deben estar de acuerdo con los preceptos éticos que protejan el profesional y el país donador de trabajadores^{3,10}. La mayoría de los estudios realizados sobre cooperación internacional relacionada con la movilidad profesional en el área de la salud se han centrado en las dinámicas Norte-Sur (movimientos del Norte para el Sur), sobre el paradigma de la acción humanitaria, muchas veces de corto o medio plazo y como reacción de apoyo a desastres, conflictos o crisis, no siendo de carácter estructural^{11,12,13}, con excepción de algunas medidas preventivas contra amenazas epidémicas¹².

Por otra parte, los estudios sobre los movimientos de personal calificado del Sur-Norte tienen en general como objeto el reclutamiento estructural de profesionales de la salud para suplir necesidades de la población de los países ricos, como consecuencia del déficit de personal sanitario, o de la migración individual voluntaria^{14,15}. Los flujos Sur-Sur en el área de la salud aún no han sido objeto de gran atención científica^{3,16,17}.

El PMM pudiera ser entendido también desde el marco del humanitarismo transnacional¹⁸. Esa podría ser una descripción académica que englobaría la participación de agencias como la OPAS/OMS en la organización de programas de salud y ayuda humanitaria, funcionando como justificación política y moral para desarrollar intervenciones de tal amplitud, basados en contextos específicos, como vamos a ver a continuación.

B. Breve Contextualización de la implantación del PMM

Desde la constitución del SUS la universalización del acceso a la salud no se había logrado por la escasez de profesionales de la salud en áreas remotas y vulnerables¹⁹. El Brasil contaba en octubre de 2015 con 399.692 médicos y una población de 204.411.281 habitantes, 1,95 médicos por 1.000 habitantes. En la misma fecha el número de médicos registrados en los Consejos Regionales de Medicina era de 432.870, lo que significa 2,11 médicos por 1.000 habitantes. La diferencia de 33.178 entre el número de médicos y los registros de médicos se refiere a las inscripciones secundarias de profesionales registrados en más de un estado de la federación²⁰.

Pero el 55,24% de los médicos trabaja en las grandes ciudades brasileñas, en especial en aquellas más desarrolladas desde el punto de vista socioeconómico, lo que confirma la concentración desigual de los recursos humanos en lo que se refiere a salud. La relación médica/1.000 habitantes existente en Brasil hasta 2015 pone en evidenciaba esa situación: 4,84 médicos/1.000 habitantes para las capitales y 1,23 médicos/1.000 habitantes para el interior. El interior de las regiones Norte y Noroeste tienen razón inferior a 1, con 0,42 y 0,46, respectivamente²⁰. Los números no son muy distintos que los registrados por Machado²¹ en los años 1990. Ninguna de las iniciativas previas llevadas a cabo a lo largo del tiempo para favorecer la atracción y fijación de profesionales de salud en regiones consiguió atraer profesionales para las áreas remotas en la magnitud necesaria para suplir la demanda de los municipios^{22,23}.

Sin embargo, tras 27 años de la construcción del SUS sería adecuado preguntar: ¿Por qué en Brasil se recurrió a políticas de atracción internacional de recursos humanos para llevar a cabo la atención de la salud? Nuestra hipótesis consiste en que todavía se reproduce en el SUS la contradicción del proceso de formación de recursos humanos de la salud bajo la base hegemónica del modelo biomédico. Este fenómeno se encuentra tensionado tanto por el logro del derecho a la salud como por las reformas neoliberales en América del Sur^{7,24,25,26}.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Buscamos conocer el trabajo *in loco* del PMM en las ciudades brasileñas que se adhirieron al Programa. La pregunta de investigación ha sido cual es el mérito del reclutamiento internacional para la provisión de emergencia de profesionales médicos en el SUS. Hemos desarrollado un análisis cualitativo, asumiendo una aproximación de intimidad con el objeto de estudio y los sujetos implicados, tal cual enuncia Minayo y Sanches²⁷. Utilizamos una perspectiva centrada en los actores^{28,29,30}, basada en la antropología social, entendida como un movimiento intencional de los investigadores de legitimación del proceso de subjetivación de la realidad por los actores-sociales, aquellos sujetos que están al mismo tiempo insertos en, y actuando dentro de las estructuras institucionales³¹. Exploramos también en este análisis la meta-narrativa del altruismo, del carácter misionero

de la medicina cubana^{32,33} basada en el humanitarismo, desde una perspectiva moral y política¹⁸.

Elegimos como campo de estudio un estado ubicado en la región de la Amazonía brasileña, con ciudades que tuvieran áreas con economía basada en el agro-negocio y que al mismo tiempo contuvieran áreas indígenas. Abordamos también otro estado de la región sudeste del Brasil que representa el otro extremo del primero (industrializado), teniendo como *locus* de producción de las entrevistas una metrópoli que también posee grandes áreas de pobreza. Los municipios fueron seleccionados por conveniencia y según la disponibilidad de los gestores y profesionales para participar en las entrevistas.

Los sujetos de investigación fueron escogidos en función de su participación en la conducción local del Programa. Entrevistamos a 10 profesionales implicados en la gestión y supervisión del PMM, de los cuáles 6 eran mujeres y cuatro hombres. La mayor parte de ellos eran gestores o supervisores de los profesionales, solo 2 trabajaban junto de los médicos de intercambio en la atención de salud. En la tabla 1 se resume esta información.

Como instrumento de investigación utilizamos la entrevista semi-estructurada, empleando dos categorías para encaminar la construcción del guion:

- Política de incentivos o programa para retener o atraer profesionales de la salud para trabajar en zonas remotas o de difícil acceso;
- Política de incentivos para atraer o retener profesionales de la salud extranjeros para cubrir el déficit de estos profesionales;

A partir de ellas, emprendimos la recogida de datos con los sujetos participantes entre los meses de octubre de 2015 y febrero de 2016. Las entrevistas fueron inmediatamente transcritas y analizadas. Utilizamos el análisis de contenido^{34,35} por medio del Análisis Temático. Identificamos y presentamos el eje temático Política pública de expansión de la cobertura

Presentaremos el análisis en formato de narrativa con las citas que ilustran cada el tema.

III. RESULTADOS

Al analizar la estructura legal del PMM, percibimos fuertemente en los sujetos de la investigación la idea de una intervención en el sistema de formación médica del país como meta-narrativa. Hemos seleccionado unos comentarios de una de las participantes con doble inserción en el PMM (como jefe y supervisora de los médicos de intercambio) sobre el contexto de la provisión de médicos en el SUS:

“[...] había sitios donde no se conseguía tener médicos y nosotros pasamos a tener [...] ha mejorado, pero a pesar de todo eso, yo creo que se falta una carrera médica si [...] como los militares tienen [...] el PMM, la llegada de los extranjeros y todo, la idea es que no sea perpetuo ¿vale? Pero con la creación de nuevos cupos, todas que fueran creadas, de curso de medicina, las residencias, la ida de los estudiantes y residentes para las unidades de salud, pienso que todo eso va a cambiar mucho la forma como las unidades de salud van a funcionar ¿vale? [...]” (Supervisora y gestora de servicio de salud 1).

El Ministerio de la Salud justificó la contratación del personal médico en el exterior con el argumento de la existencia de déficit de médicos en un país que cuenta con un sistema universal de salud. Notamos esa percepción con una de las participantes que trabaja en la educación de los trabajadores de la salud. Ella, de inicio, afirmó que la falta de médicos es real (según nuestra percepción, contraponiéndose al discurso que se opone al programa) y añadió a este hecho el problema de la no estabilidad de los médicos: “nosotros estábamos con una gran dificultad para conseguir la estabilidad, haciendo cuatro, cinco concursos al año, y procesos selectivos de emergencia” (Coordinadora 2). Ella complementó su análisis afirmando que es un hecho que en su municipio la cobertura en salud de la familia ha aumentado en 100% con el programa, mayoritariamente con los médicos cubanos.

Para los gestores, existe la comprensión del PMM como una política de provisión de médicos, como enunciado en los textos oficiales. Los siguientes pasajes demuestran eso:

[...] yo veo el PMM como una política del Gobierno Federal para cubrir las necesidades de la falta de médicos [...] el programa existe para poder suplir esos lugares, donde esos profesionales no quieren trabajar, donde los otros profesionales no quieren trabajar (Gestora 1).

Otra línea de preguntas del guion estaba relacionada con las causas que llevaron a Brasil a reclutar médicos en el exterior. Las respuestas de los Supervisores recayeron en la formación médica. Las cuestiones de fondo de la mala distribución de médicos en el Brasil se dan, según uno de los supervisores, porque las elites mantienen el privilegio de ocupar los cupos en los cursos de medicina, o sea, ellos (los participantes) recurrieron a las iniquidades de clase para explicar las contradicciones de la formación médica brasileña. Para esos participantes, es incierto que el PMM resuelva el problema del déficit de médicos en el Brasil, aunque contemple la pertinencia del aumento de cupos de medicina por las universidades públicas y privadas.

Uno de los participantes reconoció que hay movimientos de ingreso de ciudadanos de las clases más pobres en los cursos de medicina, resaltando la importancia de la democratización del acceso a la enseñanza, pero que el PMM no conseguirá resolver eso en un corto espacio de tiempo. El participante expone:

[...] para poder tener acceso a medicina, entonces, es complejo eso, es necesario que haya una re-estructuración de todo el sistema educacional que no es solo en la facultad, pero el PMM el actúa directamente en las facultades, en el sentido de buscar valorizar la formación de ese médico dentro del contexto de las comunidades, a través de la integración enseñanza, servicio y comunidad (Supervisor 1).

Los supervisores del PMM reconocieron el impacto del programa en las áreas más pobres, donde no había cobertura de médicos, y el programa hizo posible el acceso a la salud, tal y como propuso el gobierno federal. En el siguiente extracto, el otro supervisor analiza el escenario de los nombramientos de emergencia:

[...] hoy allá, ellos tienen un equipo, el acceso para aquella comunidad, que nunca había tenido médico y con la llegada del médico eso cambio centrándose para la comunidad, y en ese municipio tenía gran rotación de los profesionales brasileños, ellos iban y se quedaban un año y los municipios pasaban seis meses, ocho meses sin el profesional, y hoy usted tiene un profesional allá (Supervisor 2).

Sin embargo, analizan que hay una carencia en el PMM porque se centró en el problema del médico, principalmente por las contingencias impuestas por el modelo asistencial practicado en el Brasil, que está guiado por la enfermedad, tal como en la mayoría de los países occidentales. Ese modelo, según los médicos supervisores, promueve una asistencia muy superficial, trayendo de rebote un aumento de la demanda para la actuación de los médicos en consultorio, con el predominio del modelo técnico.

IV. CONCLUSIONES

De hecho, percibimos la coherencia de la acción del PMM con normas internacionales de reclutamiento profesional y gestión de flujos. Las dimensiones ético-moral del humanitarismo¹⁸ fueran movilizadas correctamente, siendo aprehendidas por nuestros participantes. El proveimiento de emergencia de médicos en el PMM nos pareció coherente con el humanitarismo transnacional evocado por las misiones cubanas en exterior^{32,33}. Sin embargo el trabajo en el SUS se hace muy diferente de la mayoría de las misiones cubanas, por qué el proveimiento se dio en un escenario de un sistema público ya instalado como política de Estado. Los cubanos se acostumbrarán con situaciones de construcción de sistemas de salud en locales desproveídos de los mismos, lo que no es el caso brasileiro o en casos de emergencias humanitarias. Concluimos que el objetivo del programa emergencia de proveimiento de médicas(os) ha sido bien valorado por actores-sociales, todavía la democratización de la medicina está lejos de lograrse en Brasil. Investigaciones sobre que asocien clase social y acceso a medicina (en ambos caminos de recibir cuidado o ser un profesional) son necesarios.

REFERENCIAS

1. Hernandez SS, Mora HS, Borges FT, Vallejo LAC, Martinez-Millán J.I. Análisis Comparados de Experiencias de Gestión de Flujos Migratorios de Profesionales de Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2016.
2. 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. Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.
3. Hernandez SS, González AR, Martinez-Millán JI, Pando MA. Experiencias de gestión de flujos migratorios de RHS de beneficio mutuo: revisión bibliográfica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Diário Oficial da União; 2013b.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União; 2014.
6. Cavalcanti L, Siqueira CE, Borges FT, Correa Filho H, Solano J, Tonhati T. I Relatório Parcial Pesquisa sobre a integração sociocultural dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos. Rio de Janeiro: Fundação Darcy Ribeiro; 2015.
7. Campos GWS, Bedrikow R, Santos JA, Terra LSV, Fernandes JA, Borges FT. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20 (56): 261-266.
8. Vincent RC, Castilho DL. Migraciones Profesionales LA-UE. Oportunidades para el Desarrollo Compartido. Revisión bibliográfica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2010.
9. Quintana PED, Iroumé MSB, Mercer H, Pérez PN, Martínez Millán JI, Davini C. Planificación de Recursos Humanos de Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2011.
10. World Health Organization (WHO). Evidence-based recommendations to improve attraction, recruitment and retention of health workers in remote and rural areas. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global Policy Recommendations; 2010.
11. Redfield P. Life in crisis: the ethical journey of Doctors without Borders. Berkeley: University of California Press; 2013.
12. Lakoff A. Two Regimes of Global Health. *Humanity*. 2010; 1 (1): 59–79.
13. Fassin D. Humanitarianism as a politics of life. *Public Culture*. 2007; 19 (3): 499–520.
14. Connell J. Migration and the Globalisation of Health Care: The Health Worker Exodus? Cheltenham: Edward Elgar; 2010.
15. Kingma M. Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy. Ithaca, NY: Cornell University Press; 2006.
16. Buss PM, Ferreira JR. Critical essay on international cooperation in health. *RECIIS*. 2010; 4 (1): 86-97.
17. Paiva CHA, Pires-Alves F, Hochman G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(3): 929-939.
18. Ticktin M. Transnational Humanitarianism. *Annu. Rev. Anthropol.* 2014; (43): 273–89.
19. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* . 2015; 19(54): 623-634.
20. Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina; 2015.
21. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

22. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17 (47): 913-26.
23. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011.
24. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
25. Koifman L. O processo de reformulação curricular de duas faculdades de Medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8 (14): 113-134
26. Teixeira M, Oliveira RG, Arantes RF. Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula *In*: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. *Políticas de Saúde no Brasil. Continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
27. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993; 9 (3): 237-248.
28. Long N. *Development Sociology: Actor Perspectives*. Routledge: London; 2001.
29. Bierschenk T, Chauveau JP, Olivier de Sardan JP. *Local Development Brokers in Africa. The Rise of a New Social Category*. (Working Papers 13). Department of Anthropology and African Studies. Johannes Gutenberg Universität, Mainz; 2002.
30. Olivier de Sardan J.P. *Anthropology and Development: Understanding Contemporary Social Change*. London, UK, New York, NY: Zed Books, 2005.
31. Terra LSV, Borges FT, Lidola M, Hernández SS, Martínez Millán JL, Campos GWS. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. *Cienc Saude Colet*. Jun 2016 [prelo].
32. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde CEBES. *Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores Cubanos*. Rio de Janeiro: ACHIAMÉ/CEBES; 1984.
33. Escola Nacional de Saúde Pública ENSP. Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ. *I Colóquio Brasil e Cuba de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 08-10dezembro; 2015.
34. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
35. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.