


El Programa Más Médicos y la reorganización de la formación de residencia médica con enfoque en Medicina de Familia y Comunidad


Felipe Proenço de Oliveira^(a)

<proenco@ccm.ufpb.br> 


Cássia de Andrade Araújo^(b)

<cassia.araujo@fiocruz.br> 


Odete Messa Torres^(c)

<odete.torres@unb.br> 


Alexandre Medeiros de Figueiredo^(d)

<potiguar77@gmail.com> 

Priscilla Azevedo Souza^(e)

<priscilla.souza@saude.gov.br> 

Francisco Arsego de Oliveira^(f)

<farsego@hcpu.edu.br> 

(continúa p. 14)

^{a, d)} Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Jardim Universitário, s/no, Castelo Branco. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900.

^{b)} Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF, Brasil.

^{c)} Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

^{e)} Departamento de Atención Básica, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

^{f)} Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

^{g)} Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil.

El Programa Más Médicos, creado en 2013, buscaba enfrentar problemáticas como la insuficiencia y mala distribución de médicos y el inadecuado perfil de formación para las necesidades poblacionales en Brasil. Sus ejes buscan cambios en la formación médica, reorganización y ampliación de residencias, y proponer una plaza para cada egresado del curso de medicina. Este artículo analiza documentación, bases de datos oficiales y revisa la literatura buscando evaluar propuestas y objetivos alcanzados por el programa en las residencias. Se identificaron avances importantes en: la distribución de plazas de residencia en las regiones del país, la interiorización de la formación, la regulación de las plazas de residencia médica con enfoque en medicina de familia y comunidad y la cualificación de la preceptoría. La conclusión señala los desafíos enfrentados por el programa para alcanzar efectivamente sus objetivos.

Palabras clave: Atención básica. Educación médica. Residencia médica. Programa Más Médicos.

Introducción

La formación de especialistas por medio de programas de residencia médica se ha considerado la regla de oro en todo el mundo. Por otro lado, la discusión sobre las alternativas para superar la falta de médicos y su mala distribución geográfica se han intensificado en diversos países, señalando la necesidad de cambios profundos que exigen planificación a largo plazo¹.

La residencia médica en Brasil describe sus primeros programas en la década de 1940, pero pasa a ser reconocida por medio de ley en 1981². A pesar del largo período de existencia, de la creación posterior del Sistema Único de Salud (SUS) y de iniciativas de cambio en la formación en salud, siempre hubo una gran dificultad para establecer una política pública que asegurara una formación de especialistas adecuada a las necesidades de salud de la población^{3,4}.

Uno de los marcos de cambio en este escenario fue el Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Médicos Especialistas en Áreas Estratégicas (Pro-Residencia), creado en 2009 por iniciativa conjunta de los Ministerios de la Salud y de la Educación (MEC)⁵, con el objetivo de apoyar la formación de especialistas en regiones y especialidades prioritarias para el SUS. Desde el inicio del Programa, la Medicina de Familia y Comunidad (PRMFC) se presentaba como especialidad prioritaria. El Programa amplió la financiación de becas concedidas por el MS, convirtiéndolo en uno de los principales mantenedores en ámbito nacional⁴. La expansión ocurrió principalmente en las regiones que tenían menor oferta de programas de residencia, siendo las regiones Nordeste y Norte las que presentaron el mayor aumento proporcional de la oferta de plazas de residencia⁶. Otro marco importante es el Decreto Presidencial nº 7.562 de 2011, que determina que las instituciones y los Programas de Residencia Médica (PRM) consideren la necesidad de médicos especialistas de acuerdo con el perfil socioepidemiológico de la población, en consonancia con los principios y las directrices del SUS⁴.

A pesar del proceso de expansión proporcionado por el Pro-Residencia, todavía persistían déficits significativos, especialmente en la Medicina de Familia y Comunidad. En 2013, había casi 3.250 Médicos de Familia, lo que representaba menos del 1% de los médicos del país⁷, siendo esta cifra muy inferior al 40% determinado por la Organización Mundial de la Salud, considerando los más de 34 mil Equipos de Estrategia Salud de la Familia (ESF) existentes en la época⁶. Este déficit de médicos se presentaba como limitador de la expansión de la ESF, en un contexto de valorización de la Atención Básica (AB), incluso bajo la perspectiva de ordenación de la red de atención a la salud⁸. Además de la insuficiencia de especialistas, la expansión de plazas de RMFC promovida por el Pro-Residencia resultaba insuficiente, lo que se agravaba con altos índices de plazas no ocupadas^{6,9}.

En este contexto, el Programa Más Médicos (PMM), creado en 2013, presenta dos propuestas en el ámbito de la formación de especialistas: la garantía de universalización del acceso a la residencia médica, para alcanzar la oferta de plazas de acceso directo equivalente al número de egresados de la graduación en Medicina y la necesidad de realización de uno a dos años de Residencia de Medicina de Familia y Comunidad (RMFC) como prerrequisito para la inserción en buena parte de los demás programas de residencia médica, haciendo que la MFC pasara a ser una especialidad troncal en la formación de especialistas¹⁰. Combinando estas dos estrategias, el PMM tiene la meta

de crear 12.400 plazas para la universalización de la residencia, prioritariamente en RMFC².

La combinación de políticas federales de gestión del trabajo y de la educación en salud y de expansión de la atención básica con diversas iniciativas, principalmente en el ámbito municipal, ha brindado un momento sin precedentes para la RMFC^{2,4,11}. La puesta en práctica de esas estrategias, principalmente en su ámbito regulatorio, puede equiparar Brasil a otros países en los que la proporción de plazas de RMFC corresponde a más del 30% de las plazas de residencia en el país¹²⁻¹⁴, al mismo tiempo que posibilitaría la provisión, a largo plazo, de médicos calificados para actuación en el ámbito de la atención básica⁴.

Lo que aquí se propone es hacer una reflexión sobre cuáles fueron los elementos decisivos en la formulación e implementación de los cambios en la Residencia Médica causados por el PMM.

Metodología

En este artículo se analizan las propuestas declaradas oficialmente como objetivos del eje de formación médica, en el ámbito de la residencia, del PMM^{4,10,15,16} buscándose responder a cuestionamientos tales como: ¿cuáles fueron las principales propuestas del Programa Más Médicos en el ámbito de la Residencia Médica? ¿El PMM consiguió realizar efectivamente una ampliación de la Residencia Médica mayor que en los períodos anteriores con el objetivo de la universalización? ¿Cuáles fueron las estrategias utilizadas para viabilizar la ampliación de los PRM? ¿De qué forma el Programa buscó priorizar la RMFC? ¿Los cambios son sostenibles o posibilitan la reanudación de esa estrategia en el futuro?

Para ello, se realizó un análisis documental retrospectivo con base en las normativas disponibles (leyes, decretos, decretos administrativos y resoluciones), así como informes técnicos de talleres y momentos de formulación y realización del PMM. Un elemento importante para el análisis fue el Informe del Taller de Residencia Médica en Medicina General de Familia y Comunidad¹⁷, documento elaborado por el Ministerio de la Salud en evento realizado en julio de 2015.

Por lo tanto, se configura como un estudio documental, en el cual, además del análisis de normativas, se realizó una revisión no sistemática de las bases Pubmed y Scielo con los términos “Programa Más Médicos”, “Más Médicos” y “Residencia” a partir de 2013, año de la creación del PMM. En esa búsqueda se encontraron 17 artículos, seleccionándose seis que estaban más directamente relacionados al PMM. Se percibió la poca disponibilidad de referencias sobre el tema, siendo que el material encontrado hablaba sobre experiencia de programas de residencia (principalmente de iniciativa municipal) y problematizaba las acciones de regulación de médicos especialistas en Brasil.

A partir de esos documentos se busca la identificación de evidencias de cambios producidos en indicadores que podrían describir el programa utilizando referencias y directrices metodológicas del campo de estudios del análisis de políticas^{18,19}, así como elementos que fueron importante para comprender la elaboración y las repercusiones del PMM en la Residencia Médica.

También se realizó el análisis de las bases de datos del Departamento de Desarrollo de la Educación en Salud (DDES), de la Secretaría de Educación Superior (Sesu) del

MEC, incluyendo el Sistema de Información de la Comisión Nacional de Residencia Médica (SisCNRM), y del Departamento de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud (DEPREPS), de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SGTES) del MS, incluyendo el Sistema de Informaciones Gerenciales del Pro-Residencia (SIGResidências). Los datos referentes a las becas financiadas por el Pro-Residencia por el MS tienen actualización hasta 2015. Los demás, que incluyen el número total de plazas autorizadas por la CRM por estado y la ocupación de plazas de RMFC tienen actualización del inicio de 2016 y 2017, respectivamente. Los datos de la población tienen como fuente el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Se realizó un análisis descriptivo de los datos con producción de tablas, gráficos y mapas en Microsoft Excel.

Con esa base, se crearon las categorías siguientes: construcción del proyecto de cambios en el ámbito de la Ley del Más Médicos, la elección de la MFC como especialidad prioritaria en el contexto el MM, trayectoria de implantación de la propuesta de universalización de las residencias médicas, expansión de la residencia y ocupación de plazas de RMFC, experiencias ya existentes y el conocimiento acumulado en la formación de preceptores.

Resultados y discusión

Construcción del proyecto de cambios en el ámbito de la Ley del Más Médicos

La promulgación de la Medida Provisional (MP) n° 621 en 2013 generó una serie de debates sobre la formación médica. Siendo así, el capítulo de la Formación Médica en la conversión de la MP para la Ley del PMM fue el que más sufrió alteraciones, conforme estudio realizado de las enmiendas parlamentarias²⁰. Una de las más significativas fue la eliminación de los trechos referentes a la creación de un Segundo Ciclo en la formación médica envolviendo capacitación en servicio en la AB, con una duración mínima de dos años.

De esa forma, se mantuvo la duración del curso de medicina, pero se dispuso un cambio importante para la formación del especialista, con inserción en la MFC y una meta de universalización de la residencia con oferta de plazas para todos los alumnos que concluyeran la graduación, con implantación progresiva hasta 2018. Ese modelo, conforme publicación del MS⁴, se inspiró en la trayectoria formativa de otros países con sistemas universales de salud en donde hay plazas de residencia para todos los médicos que concluyen la graduación^{13,14,21}.

Esa perspectiva dialoga con la necesidad de regular el acceso a los programas de residencia médica, modificando la disponibilidad de plazas en ellos⁸. El PMM estableció, por medio de decreto presidencial previsto en la Ley n° 12.871, el Catastro Nacional de Especialistas. El objetivo de ese Catastro es reunir informaciones relacionadas a los profesionales médicos para dar subsidios al MS y al MEC para la definición de parámetros de acciones de salud pública y de formación en salud, por medio del dimensionamiento del número de médicos, su especialidad médica, su formación académica, su área de actuación y su distribución en el territorio nacional.

La publicación del decreto hizo más reñido el debate con las entidades médicas que, entre otros argumentos, sostenía que habría un deterioro en la calidad de formación de especialistas en Brasil²². Como el decreto reglamenta básicamente un catastro de los especialistas en el país, se analiza que es posible que el principal temor de las entidades fuera el tenor regulatorio de las disposiciones para la residencia, puesto que el PMM brindó mecanismos para vincular la formación médica con las necesidades del SUS⁶.

Se considera que ese continúa siendo un debate fundamental para tratar sobre el modelo de formación de especialistas que Brasil necesita. La resistencia de algunos sectores, más específicamente de las entidades médicas (que ocupan la mitad de los lugares de la CNRM), en entender la necesidad de expansión de las plazas de residencia ha generado dificultades para alcanzar las metas del Programa, especialmente la de universalización de la residencia y la de la viabilidad de la MFC como especialidad prioritaria. Se observa que hubo un cambio en el discurso de las entidades médicas, que se enfocó en una alegada pérdida de calidad de la residencia con el PMM a partir del momento en que perdieron el debate público sobre la llegada de médicos extranjeros²³.

Debemos también subrayar que las disposiciones para la formación se entienden como iniciativas fundamentales para tratar de la necesidad de médicos en Brasil a largo plazo⁴, incluyendo la meta de llegar a 2,6 médicos por mil habitantes en 2026. El proceso de expansión de plazas de graduación y residencial de PMM tiene el objetivo de formar médicos para substituir las acciones de provisión con médicos extranjeros. Esa planificación llevó, incluso, a la denominación del eje de provisión como siendo de emergencia.

Con base en esa planificación comenzó una disminución del número de ingresos en la provisión por medio del Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (PROVAB) a partir de 2015, con el redireccionamiento de la supervisión del PROVAB para incentivar la creación de plazas de RMFC²⁴ y se publicó la resolución nº 02 de 2015 de la CNRM en donde el egresado de RMFC pasó a tener una puntuación adicional del 10% para ingreso en otros programas de residencia. Además, la Programación Anual de Salud de 2016 programó metas de aumento de provisión. De esa forma, se esperaba contar con cada vez más preceptores, residentes y egresados de la RMFC en las ESF y menos con médicos contratados por pliego de condiciones del PMM.

Elección de la MFC como especialidad prioritaria en el contexto del PMM

Analizando el proceso de definición de la RMFC como especialidad prioritaria, pueden identificarse en el contexto algunos elementos que ejercieron influencia para que la cuestión de la AB pasara a ser un programa de gobierno. Es posible remontar su origen en el modelo de atención implantado en Inglaterra a partir de 1920, con el Informe Dawson. En 1978, la Organización Mundial de la Salud, realizó la I Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Salud en Alma-Ata. Esta Conferencia señaló la organización de la atención primaria como condición para alcanzar un mayor nivel de salud de la población²⁵.

En Brasil, la AB se instituyó a partir de la implantación de los primeros centros de salud en 1924 y de la creación del Servicio Especial de Salud Pública (Sesp) en la década de 1940, enfocado en las áreas de extracción del caucho, de mayor relevancia económica, ampliándose en las décadas de 1950 y 1960 a otras regiones del país. A

continuación, hubo otros programas puntuales hasta que en 1988 la Constitución Federal (CF) señala las directrices que orientan la AB en su texto constitucional^{26,27} y a partir de entonces se destaca la creación del Programa de Salud de la Familia en 1994, constituyéndose en estrategia principal para reorganizar los sistemas municipales de salud, con énfasis en la reorganización de la atención de la salud, además del enfoque en las familias y comunidades y en la integración de la atención con la promoción de la salud²⁸.

En la 14ª Conferencia Nacional de Salud, realizada en 2011, se aprobó como directriz que todas las familias y todas las personas deben tener asegurado el derecho a una ESF. El Plan Nacional de Salud 2012/2015 del MS señalaba como estrategia fundamental la organización del sistema de salud basado en las Redes de Atención de la Salud (RAS), que deber ser ordenadas por la AB. Por lo tanto, la expansión y la calificación de la AB, organizada por la Estrategia de Salud de la Familia, forman parte del conjunto de prioridades presentadas por el MS y aprobadas por el Consejo Nacional de Salud (CNS). Esa modalidad de atención se orienta por los principios de la universalidad, de la accesibilidad, del vínculo, de la continuidad del cuidado, de la integralidad de la atención, de la responsabilidad, de la humanización, de la equidad y de la participación social.

Se entiende que la necesidad de formar médicos que estén bien preparados para actuar en la AB es una prerrogativa para la consolidación del modelo de atención propuesto para el SUS. Por lo tanto, con base en el artículo 200 de la CF que confiere al SUS la ordenación de la formación de recursos humanos de salud, el PMM definió la MFC como especialidad central en la formación de los especialistas del país, de tal forma que los médicos reciban formación en una especialidad que los prepara para la práctica del cuidado integral y humanizado, con la capacidad de comprensión del contexto personal, familiar y comunitario de los ciudadanos. Se sabe también que la presencia de especialistas y de procesos formativos en los servicios de AB mejora el cuidado con la población y su satisfacción con el servicio²⁸. Un estudio reciente señala una mayor reducción de Internaciones por Causas Sensibles a la Atención Primaria en equipos con médicos especialistas en MFC²⁹.

La ventana de oportunidad presentó un conjunto de condiciones favorables, tales como la entrada de nuevos temas en las agendas gubernamentales y de decisión, lo que sucede cuando los flujos de problemas, de soluciones y políticos convergen³⁰. Se subraya que, para esta propuesta, además del momento político favorable a los cambios, de la presión y movilización de grupos en pro de la necesidad de médicos y del fortalecimiento de la AB, los avances garantizados por la ampliación de la AB en indicadores de salud, la viabilidad técnica y el presupuesto, como instrumento de influencia y coordinación de políticas, fueron fundamentales para la viabilidad del plan de gobierno en las fases de formulación y toma de decisión.

Trayectoria de implantación de la propuesta de universalización de las residencias médicas

Considerando la necesidad de creación de un número importante de nuevas plazas de RMFC, se pensó en estrategias diversificadas que fueron discutidas con los gestores

en las tres esferas del SUS y con programas de gestión municipal de experiencia exitosa en la gestión de programas de RMFC. Fruto del debate entre esos autores se propusieron estrategias en tres ámbitos: expansión de plazas por parte de las Instituciones de Enseñanza Superior (IES) en alianza con municipios, expansión de plazas de RMFC por parte de los gestores de municipios y estados y Escuelas de Salud Pública y la creación de plazas en el Programa Nacional de RMFC¹⁷.

La expansión de plazas por parte de las IES (creadas antes y después del PMM) en los municipios se consideraba una estrategia prioritaria e incluía diversos incentivos, tales como: financiación de becas para las instituciones, cambios en los criterios de evaluación de las instituciones para inducir la creación de plazas de residencia para todos los egresados, con al menos el 70% de RFMC, obligatoriedad de creación de plazas de RMFC para los nuevos cursos de medicina privados seleccionados por pliego de condiciones y decreto administrativo de incentivo financiero de estructura y costeo para que las IES creasen o ampliaran plazas de residencia.

La expansión de plazas de RMFC por parte de los gestores de municipios y estados y Escuelas de Salud Pública tenía diversos incentivos, tales como: beca del residente pagada por el MS, financiación de la ESF creada con residente, formación de gestores de programas de residencia, formación de preceptores de programas de residencia (con concesión de beca) y mecanismos de fijación del profesional al término de la residencia.

A su vez, la creación de plazas en el Programa Nacional de RMFC (desarrollado por el Grupo Hospitalario Conceição en alianza con el MS) partía de la definición de municipios en donde la plaza del PMM se transformaría en Programa de Residencia, con el supervisor desempeñando apoyo en educación a distancia al preceptor local que desarrolla actividades presencialmente. Ese programa exigió la creación de una normativa nacional específica, representando una estrategia inédita, respaldada por la CNRM, al posibilitar el desarrollo de la residencia en otros estados además del de la sede de la RMFC con apoyo de la gestión local.

En este escenario se destaca el lanzamiento de pliego de condiciones del Pro-Residencia específico para PRMFC y la creación del Plan Nacional de Formación de Preceptores (PNFP) para los PRMFC como medidas para subsidiar estas tres estrategias².

Otro marco para la RMFC es la Resolución nº 1 de 2015 de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) que reglamenta los requisitos mínimos para los programas de RMFC. La misma fue discutida y formulada por la Cámara Técnica de Atención Básica, espacio específico para pensar la formación en la AB creado en la CNRM en 2014 y constituido por diversas representaciones de instituciones de enseñanza, trabajadores y gestores del SUS. Esa resolución estableció cuáles eran las competencias esenciales para la formación en MFC y dispuso sobre parámetros que consideraban la realidad de la AB en Brasil y la necesidad de expansión de la RMFC.

A pesar de los esfuerzos de universalización de las plazas, se evalúa que la CNRM no avanzó en el formato de reglamentación de los programas de Residencia Médica para los cuales la RMFC sería un prerrequisito de ingreso y cuál sería el tiempo necesario para ingresar en otras especialidades³. Tal laguna regulatoria limita avances en la formación de especialistas médicos en todas las áreas, orientados por la AB, para actuación en las redes de atención de la salud, coherentes con los principios y directrices del SUS³¹.

Expansión de la residencia y ocupación de plazas de RMFC

A principios de 2013, año de la creación del PMM, hubo modificaciones en el pro-Residencia como el incentivo a la expansión de plazas por medio del pago de becas para plazas preexistentes de residencia médica financiadas por otras fuentes pagadoras, siendo que, a cada dos nuevas plazas creadas por la institución, una plaza ya existente pasaba a ser financiada por el MS⁴. Otra iniciativa fue el Decreto Administrativo nº 1.248/2013³² que definió incentivos para costeo, reforma y ampliación de servicios de las Redes de Atención de la Salud de los PRMFC incluyendo a 22 instituciones públicas, de los estados, municipios y distritos, así como hospitales privados sin fines de lucro y 13 instituciones federales vinculadas al MEC.

El proceso de expansión de la financiación de becas de RMFC por el pro-Residencia se intensificó después de la creación del PMM. La Figura 1 demuestra que entre 2010 y 2015 se crearon 1.213 becas financiadas en la especialidad, siendo 634 plazas (52,3%) solamente en los últimos dos años. El mayor número de plazas creadas fue en 2015, siendo producto de la publicación de los resultados de dos pliegos de condiciones para la concesión de becas por el MS, uno de ellos exclusivo para los programas interesados en la apertura de plazas de RMFC.

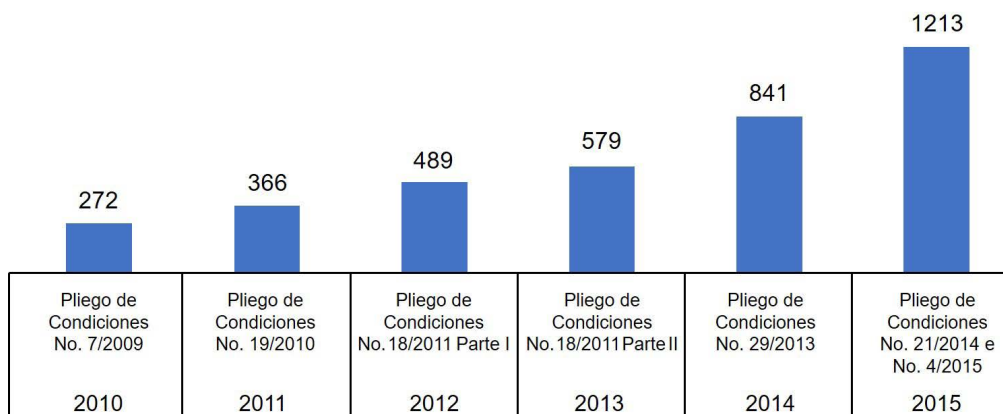


Figura 1. Acumulativo de becas de programas de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad financiadas por el Pro-Residencia/MS 2010-2015, Brasil

Fuente: DEPREPS, 2015.

Con esos esfuerzos, el MS pasó a tener un papel aún más decisivo en la financiación de la Residencia Médica y viabilizó la creación de plazas en especialidades y en regiones que antes carecían de esa oferta de formación.

Analizando en la Tabla 1 las plazas autorizadas por estado, en el período de 2013 a 2015, se puede verificar que las regiones Nordeste y Norte, que presentan déficits históricos de plazas, obtuvieron un buen porcentaje de crecimiento de la proporción plaza de residencia por cien mil habitantes, después de la creación del PMM. Las regiones Sur y Sudeste, polos de formación de especialistas para el país⁶, obtuvieron un aumento del 34% y del 26%, respectivamente. el Centro-Oeste a pesar de haber tenido un

aumento interior a las demás regiones amplió el 15% sus plazas en ese período. Estados con baja proporción de plazas de residencia por habitante como Tocantins (103%), Rondônia (93%), Espírito Santo (86%), Piauí (80%), Sergipe (65%), Maranhão (64%) y Paraíba (63%) presentaron crecimiento superior al 50% en tal proporción, conforme se muestra en la Figura 2. Esos datos demuestran que las medidas adoptadas en el período para inducción de la formación de especialistas en Brasil han alcanzado las regiones prioritarias.

Tabla 1. Plazas de residencia y proporción plaza de residencia por 100.000 habitantes, por unidad de la federación y macrorregión de Brasil, 2013 y 2015.

Região/UF	Vagas de residência		Relação vaga de residência por 100.000 habitantes	
	2013	2015	2013	2015
Acre	47	52	6,05	6,47
Amazonas	188	221	4,94	5,61
Amapá	34	37	4,63	4,83
Pará	221	300	2,76	3,66
Rondônia	36	71	2,08	4,02
Roraima	42	46	8,61	9,10
Tocantins	37	77	2,50	5,08
Norte	605	804	3,56	4,59
Alagoas	106	141	3,21	4,22
Bahia	587	839	3,90	5,52
Ceará	551	613	6,28	6,88
Maranhão	87	145	1,28	2,10
Paraíba	140	231	3,58	5,82
Pernambuco	637	801	6,92	8,57
Piauí	63	114	1,98	3,56
Rio Grande do Norte	156	194	4,62	5,64
Sergipe	83	140	3,78	6,24
Nordeste	2410	3218	4,32	5,69
Distrito Federal	551	598	19,75	20,52
Goiás	293	380	4,55	5,75
Mato Grosso do Sul	187	217	7,23	8,18
Mato Grosso	111	153	3,49	4,69
Centro-Oeste	1142	1348	7,62	8,73
Espírito Santo	160	304	4,17	7,74
Minas Gerais	1625	2224	7,89	10,66
Rio de Janeiro	2106	2379	12,87	14,37
São Paulo	5340	6945	12,23	15,64
Sudeste	9231	11852	10,93	13,82
Paraná	887	1215	8,07	10,88
Rio Grande do Sul	1233	1619	11,04	14,39
Santa Catarina	411	605	6,20	8,87
Sul	2531	3439	8,79	11,77
Total	15919	20661	7,92	10,10

Fuente: DDES y DEPREPS, 2015.

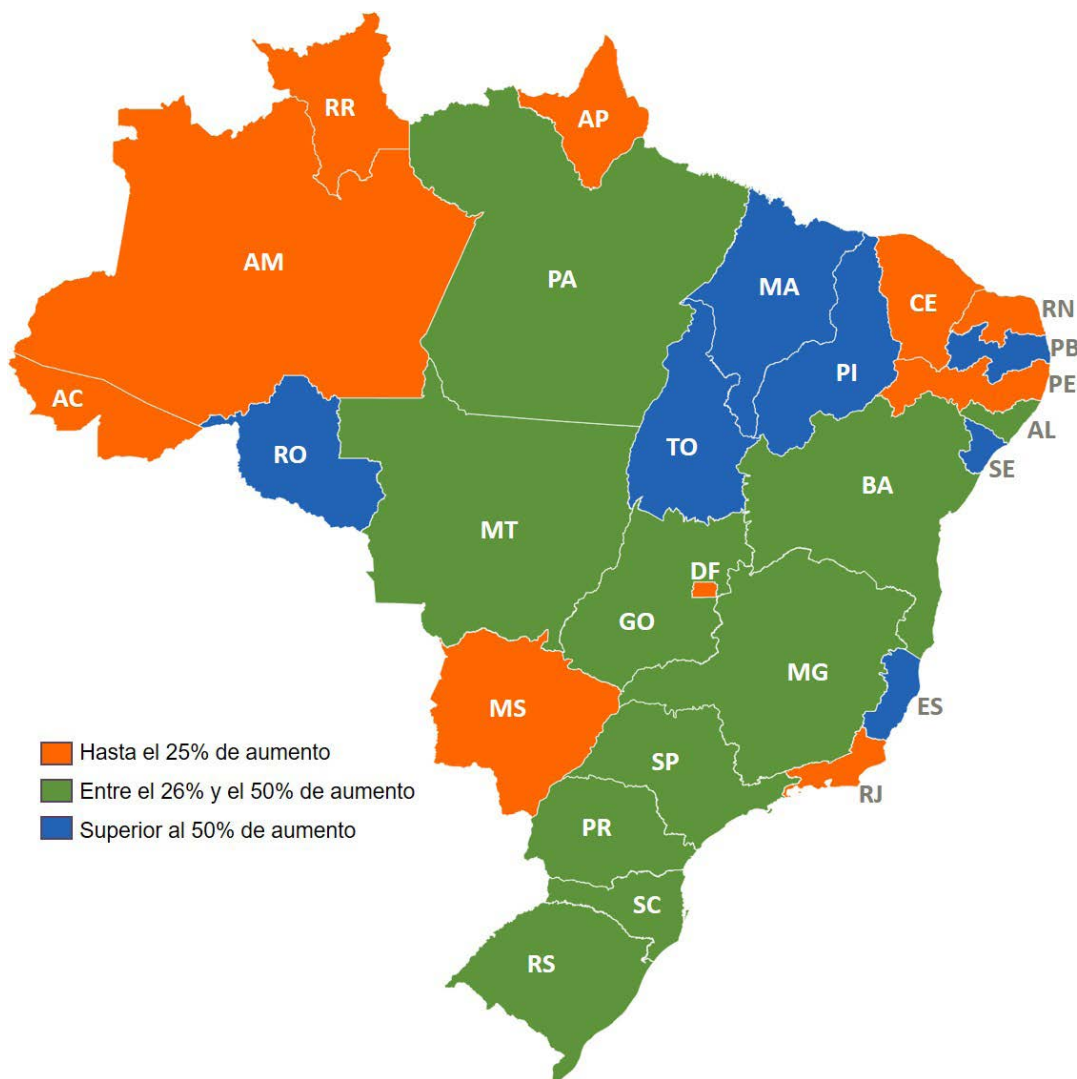


Figura 2. Porcentaje de crecimiento de la proporción plazas de residencia por 100.000 habitantes entre 2013 y 2015.

Fuente: DDES y DEPREPS, 2015.

Datos disponibles en el SisCNRm hasta el primer trimestre de 2016 demuestran que a partir de la implantación del PMM las acciones de fomento a la residencia indujeron a la apertura de un total de 6,7 mil plazas autorizadas por la CNRM, representando una tasa anual de apertura de más de 2.200 plazas al año. Una cantidad importante pero que no alcanza la meta establecida por la Ley¹⁰. Se subraya que la planificación para la expansión de plazas de residencia, preveía un aumento progresivo de la tasa de crecimiento anual hasta alcanzar la creación de 12.400 plazas en 2018, considerando que para una expansión con calidad era necesario en los primeros años formar preceptores, fortalecer alianzas con la red de servicios y envolver a gestores del SUS, haciendo de tal forma que el ritmo de crecimiento esperado fuera superior en los años subsiguientes.

Se considera también que con esas acciones es posible vislumbrar la universalización de plazas de residencia médica para los egresados de la graduación. Con la univer-

salización de las plazas, la Ley¹⁰ determina que todos los médicos que ingresan en la residencia cursarán por lo menos un año de RMFC, manteniéndose una posibilidad con una pequeña cantidad de plazas para insertarse en otras nueve especialidades de acceso directo: Genética Médica, Medicina del Trabajo, Medicina del Tráfico, Medicina Deportiva, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patología y Radiología.

En lo que se refiere a la ocupación de plazas de RMFC, conforme muestra la Figura 3, el número de residentes en el año 2017 era 11 veces superior a 2002, pero todavía muy por debajo de la necesidad de especialistas en MFC en el país. Además del desafío de la expansión de plazas de RMFC, también había una preocupación en lo que se refiere a la ocupación de esas plazas por los egresados de medicina. La tasa promedio de ocupación durante el período fue del 34,6% y presentaba una tendencia a la baja, llegando al 26,1% en 2014. Se entiende que la ociosidad es motivada por diversos factores, entre ellos la propia necesidad de cambio curricular de los cursos de medicina que todavía tienen poca vivencia en la AB. Aun así, la ociosidad no se entiende como un motivo para limitar la expansión, considerando a posibilidad de ocupar las plazas en corto espacio de tiempo conforme se implanten las medidas regulatorias y haya la expansión de la graduación, conforme parece suceder a partir de 2017 con un aumento en la tasa de ocupación en los niveles habituales y la existencia de 1.043 residentes, número el 36,7% superior al de 2016.

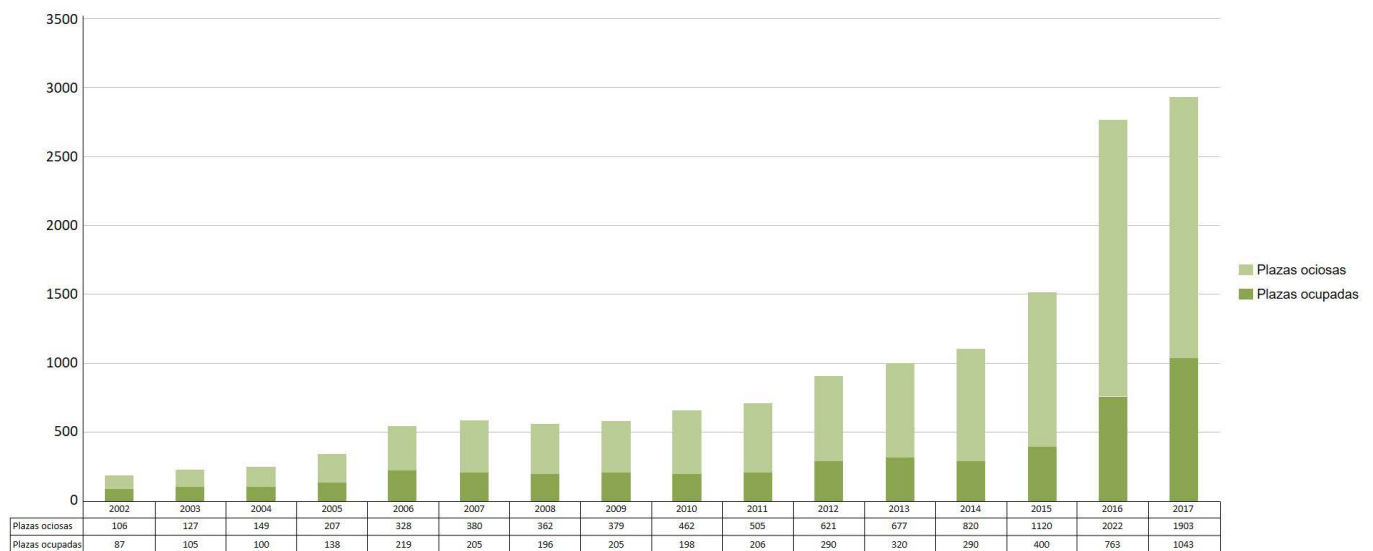


Figura 3. Plazas totales y ocupadas de PRMFC en Brasil, 2002 a 2017.

Fuente: SisCNRM, 2017.

Un estudio interno realizado en 2014 por el DEPREPS con veinte programas de RMFC señaló algunos factores que podrían influir sobre la ocupación de las plazas de la especialidad en Brasil, siendo ellos: la complementación de la beca federal por parte de los estados y municipios, el vínculo con institución formadora, la estructuración de

la red de servicios de salud, la oferta de incentivos educacionales por parte de la institución para los residentes como, por ejemplo, cursos de formación y maestría, la capacidad de atracción del municipio, la disponibilidad de preceptores de MFC y la articulación con la residencia multiprofesional. La elección de los programas estudiados tuvo por base el estudio realizado por Storti². No obstante, la temática todavía demanda nuevos estudios que profundicen el análisis de esos y de otros factores de atracción y ocupación de las plazas de RMFC, principalmente de la expectativa de los que todavía están cursando la graduación en medicina.

Experiencias ya existentes y el conocimiento acumulado en la formación de preceptores

La formación de preceptores es prioridad en la agenda de las Residencias en Salud desde 2003, por medio de pacto entre el MS y el MEC. Las innovaciones relacionadas con el cambio en la formación y en el trabajo en salud, a partir de la creación de la SGTES, dan impulso a iniciativas como el desarrollo de la RMFC.

La formación de preceptores pasa a ser una demanda estratégica para el desarrollo de las metas del PMM. Por lo tanto, se corrobora con la idea de que cabe al área de la formación un lugar central y final ante las políticas de salud³³.

Como respuesta a las necesidades del SUS, se crea el compromiso de formar a profesionales capaces de identificar problemas, construir soluciones conjuntas con los individuos y comunidades, trabajando en equipos multiprofesionales, de forma interprofesional, formulando saber de forma interdisciplinaria, a partir de prácticas integrales y humanizadas. Es este el perfil deseable del residente, lo que demanda la actuación de preceptores y de docentes calificados. Mucho más que técnicos, lo que se quiere es formar a ciudadanos conscientes de sus potenciales sociales y sujetos críticos capaces de identificar problemas, con capacidad de enfrentamiento para la búsqueda de soluciones³⁴.

Son muchos los desafíos que envuelven a la enseñanza-aprendizaje en la formación en preceptoría en el SUS. La construcción del perfil del preceptor, la experimentación de las metodologías activas de enseñanza-aprendizaje que desafían e instigan la participación del residente y envuelven a los trabajadores de los equipos de salud, movilizándolo el saber y el hacer, proporciona el factor diferencial necesario para el ejercicio de la práctica profesional deseada por el SUS y que se ha señalado en las principales tendencias de cambios en la formación en salud³³.

El PNFP forma parte del alcance de estrategias enfocadas en ese cambio. Creado en 2015, propone el aumento del número de profesionales capacitados para dar apoyo a la formación de la RMFC y su meta fue la formación de más de diez mil preceptores hasta 2018, para alcanzar un cuantitativo de 14,2 mil profesionales formados, considerando lo acumulado anteriormente. Durante el proceso formativo, el residente tiene la posibilidad de optar por la formación en preceptoría, realizada concomitantemente con la residencia, calificándolo en las dimensiones pedagógicas y permitiendo, después de la conclusión, la actuación como preceptor.

El principal objetivo del PNFP es asegurar la oferta de médicos preceptores para los PRMFC, con formación específica en preceptoría, en cantidad y calidad suficientes para asegurar la expansión de la MFC en Brasil. Proponiéndose a calificar la formación

médica en Brasil, asegurando mayor experiencia práctica, capacitar al médico-residente como multiplicador en el perfeccionamiento de la AB, fortalecer la Política de Educación Permanente en Salud, integrando a los médicos a la formación y el perfeccionamiento enseñanza-servicio, ampliar la comprensión médica de las políticas públicas de salud de Brasil y sobre los mecanismos de funcionamiento del SUS, incentivar la práctica de investigaciones en el campo de la AB y desarrollar la educación médica integrando enseñanza, servicio y comunidad y produciendo y sistematizando conocimiento².

La implementación del PNFP propone beneficiar a los municipios, a los programas de residencia, a los profesionales de la red de AB y, principalmente a los usuarios del SUS. El intercambio de conocimientos, la ampliación de la formación en RMFC, la inserción del médico-residente-alumno de especialización en preceptoría médica en la AB de los municipios que adhieran al PNFP fortalece la red de atención y promoción de la salud en beneficio de la población².

La apuesta de la formación en servicio, en las modalidades RMFC y la especialización en preceptoría son innovaciones contemporáneas para el fortalecimiento inmediato del SUS e imprimen cambios en la formación en salud que, a corto y mediano plazo, causarán impacto en la formación médica y en la MFC en Brasil.

Para la realización de cambios en la formación en salud en pro de la educación en servicio, son necesarias transformaciones de las organizaciones de los servicios que se abren para acoger la RMFC y de los procesos de formación en el apoyo y en la organización pedagógica de la formación de médicos-residentes y preceptores, presentes en todas las prácticas multiprofesionales. La salud y la educación son sectores complementarios, implicados e integrados que se reflejan en la práctica. Cuando estos campos no se integran demuestran las fragilidades de los aparatos formadores y de los órganos responsables por los servicios de salud, descontextualizando el objeto de la formación y de la atención de la salud que tiene su enfoque en el usuario³⁴.

La formación de preceptores para la RMFC tiene entonces un *locus* privilegiado en las políticas de salud y debe ser comprendida de esa forma por gobernantes, trabajadores, formadores y por la sociedad en general. El campo de la educación en salud debe asegurar un diálogo real entre los sectores de la salud y la educación, potencializando, dentro de la gestión de la salud, el debate de la formación y, dentro de la gestión de la educación, la garantía del debate de la salud³⁵.

Conclusión

Las evidencias disponibles permiten afirmar que el PMM indujo a la ampliación de las plazas de residencia médica en regiones vulnerables del país y en especialidades prioritarias. Además, desencadenó acciones estructuradoras como el PNFP y el Catastro Nacional de Especialistas.

A pesar de estos resultados, permanecen desafíos para la expansión y ocupación de plazas en áreas estratégica para el SUS como la AB. Caso la expansión de la residencia no se realice de la forma deseada, con el seguimiento de las acciones estructuradoras del PMM, es posible que no sea posible proveer médicos calificados en la Atención Básica, manteniendo la necesidad de médicos extranjeros en la periferia de las grandes ciudades y en áreas remotas. El proceso de expansión, durante el período estudiado, no fue sufi-

ciente para revertir completamente las desigualdades regionales en la oferta de plazas de residencia y todavía demanda atención.

Además, el eje de formación del PMM presenta innovaciones regulatorias importantes para el sector de la salud y que pueden expandirse para otras profesiones. Los dispositivos establecidos tienen como objetivo un mejor dimensionamiento y planificación de la fuerza de trabajo, posibilitando así una formación vinculada a las necesidades de salud y un equilibrio entre la oferta y la demanda de profesionales.

Brasil precisa ampliar la cantidad de médicos y mejorar su formación para poder responder a las razones que exigieron la creación del PMM y para que el país pueda avanzar más y de forma consistente en el camino de asegurar el derecho a una salud de calidad por medio de un sistema público, gratuito, universal, integral equánime y con participación popular.

Autores (continuación)

Maria Martins Alessio⁽⁹⁾



<maria.alessio@saude.df.gov.br>

Contribuciones de los autores

FP Oliveira, CA Araújo, OM Torres, AM Figueiredo y PA Souza participaron en la concepción y delineación del trabajo y en la redacción del manuscrito. FA Oliveira y MM Alessio participaron en la discusión de los resultados y en la revisión crítica del contenido. Todos los autores participaron en la revisión final del contenido.

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. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(10):950-7. doi: 10.1056/NEJMra1111610.
2. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1301-14.
3. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 29(1):136-46.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Petta HL. Descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(1):72-9.
6. Alessio MM. Análise da implantação do programa mais médicos. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.



7. Scheffer MC. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2015. v. 1.
8. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JTR. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
9. Alessio MM, De Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 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; 2013.
11. Trindade TG, Batista SR. Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca! *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2667-9.
12. Norman AH. A formação em medicina de família no Brasil: a necessidade de caminhos convergentes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(30):1-2.
13. López-Valcárel B, Pérez P, Vega R. Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil. Projeções para 2020 [Internet]. Las Palmas; 2011 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health workforce policies in OECD countries [Internet]. Paris: OECD; 2016 [3 Out 2018]. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-policies-in-oecd-countries_9789264239517-en. doi: <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
15. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(2):103-12.
16. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
17. Ministério da Saúde (BR). Oficina de residências em medicina geral de família e comunidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
18. Viana AL. Enfoque metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM, editor. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1997. p. 204.
19. Arretche MTS. Tendências no estudo sobre a avaliação. In: Rico EM, editor. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; 2001. p. 256.
20. Oliveira FP, Costa AM, Cardoso AJC, Trindade JS, Dias IMÁV. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saude Debate*. 2017; 41 Spe 3:60-73.
21. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2013: OECD indicators [Internet]. Paris: OECD; 2013 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
22. Associação Médica Brasileira. Sobre o Decreto 8497/2015 [Internet]. São Paulo: AMB; 2015 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/sobre-o-decreto-84972015/>



23. Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1103-14. doi: 10.1590/1807-57622016.0363.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde. Edital nº 10, de 26 de Abril de 2016. Edital de Seleção de Instituições Supervisoras para o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 26 Abr 2016.
25. Morosini MV, Fonseca AF, Pereira I. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
26. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
27. Victora CG, Barreto ML, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(9782):2042-53. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X.
28. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(9):1772-84.
29. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*. 2017; 7(12):e015322.
30. Oliveira APC, Poz MRD, Craveiro I, Gabriel M, Dussault G. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(2):1-16.
31. Araújo CA, Michelotti FC, Ramos TKS. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1217-28. doi: 10.1590/1807-57622016.0607.
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.248, de 24 de Junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Jun 2013.
33. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-77.
34. Torres OM. “Memórias inventadas”: o portfólio como ferramenta de ensino-aprendizagem. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; 2017.
35. Torres OM. O “Teatro Mágico” das residências em saúde no Brasil: caminhos de uma política pública [tese]. São Paulo: UNIFESP; 2015.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 09/02/18.

Aprobado el 01/10/18.