

Debilidades que alejan y retos para la fijación de médicos de la Estrategia de Salud de la Familia*

Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família

Vulnerabilities that push away and challenges for the establishment of doctors in Family Health Strategy

Recibido: 28/04/2020

Aprobado: 28/12/2020

Publicado: 19/02/2021

Vera Gardênia Alves Viana¹

Maysa Ferreira Martins Ribeiro²

El objetivo de este estudio es comprender qué aspectos contribuyen a alejar a los médicos de la Estrategia de Salud de la Familia. Estudio descriptivo, exploratorio y de carácter cualitativo con contribución a la Teoría Basada en Datos. Los datos se recogieron entre enero y julio de 2016, con entrevistas semiestructuradas. Participaron 10 médicos que trabajan en la Estrategia de Salud de la Familia, en municipios del sudoeste de Bahía. El proceso de análisis sistemático de los datos permitió la construcción de un modelo teórico para interpretar el fenómeno del estudio, titulado: *Debilidades que alejan y retos para la fijación de médicos de la Estrategia de Salud de la Familia y comprometen la asistencia*, sustentado en tres categorías: *Déficit de formación médica y falta de incentivo para trabajar en la APS, representando condiciones que comprometen la fijación del médico en la ESF; Influencia político-partidaria y Comodidades para trabajar en la ESF, que destaca acciones e interacciones que debilitan el sistema; y, Rotatividad y pérdidas en la asistencia, señalando las consecuencias del déficit en la operacionalización del sistema*. Los fallos en la formación, la falta de un plan de carrera y los déficits operativos alejan a los médicos de la Estrategia de Salud de la Familia, comprometiendo el derecho de la población a la salud.

Descriptores: Estrategia de Salud de la Familia; Atención primaria de salud; Médicos de familia; Reorganización del personal.

O objetivo deste estudo é compreender quais aspectos contribuem para afastar os médicos da Estratégia Saúde da Família. Estudo descritivo, exploratório de cunho qualitativo com aporte na Teoria Fundamentada nos Dados. A coleta de dados foi feita entre janeiro e julho de 2016, com entrevistas semiestructuradas. Participaram 10 médicos que atuam na Estratégia da Saúde da Família, em municípios do sudoeste baiano. O processo de análise sistemática dos dados permitiu construir um modelo teórico interpretativo do fenômeno do estudo, intitulado: *Fragilidades que afastam e desafios para a fixação dos médicos da Estratégia Saúde da Família e comprometem a assistência*, sustentado por três categorias: *Déficits na formação médica e falta de incentivo para atuação na APS, representando condições que comprometem a fixação do médico na ESF; Influência político-partidária e Comodidades para atuação na ESF, que destaca ações e interações que fragilizam o sistema; e, Rotatividade e prejuízos na assistência, apontando as consequências do déficit na operacionalização do sistema*. Falhas na formação, ausência de um plano de carreira e déficits operacionais afastam os médicos da Estratégia de Saúde da Família, comprometendo o direito da população à saúde.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Atenção primária à saúde; Médicos de família; Reorganização de recursos humanos.

This study aims to understand which aspects contribute to distance doctors from the Family Health Strategy. It is a descriptive, exploratory, qualitative study based on the Grounded Theory. Collection between January and July of 2016, with semi-structured interviews. The participants were 10 doctors who work in the Family Health Strategy, in municipalities in the southwest region of the state of Bahia. The process of systematic analysis of data allowed the construction of a theoretical interpretive model of the phenomenon of the study, entitled: *Vulnerabilities that push away and challenges for the establishment of doctors in Family Health Strategy and compromise assistance*, supported by three categories: *Deficits in medical training and lack of incentive to work in FHS, representing conditions that compromise the doctor's establishment in FHS; Political party influence and Comfort for action in the FHS, which highlights actions and interactions that weaken the system; and Turnover and losses in assistance, pointing out the consequences of the deficit in the operationalization of the system*. Training failures, absence of a career plan and operational deficits keep doctors away from Family Health Strategy, compromising the population's right to health

Descriptors: Family Health Strategy; Primary health care; Physicians, family; Personnel turnover.

* Fuente de financiación - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás. Proceso n.º 201510267000644.

1. Enfermera. Especialista en Administración Hospitalaria. Maestra en Asistencia a la Salud. Coordinadora del Programa de Educación Continua en el municipio de Ibiassucê, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-6318-5151E-mail: veraviana96@gmail.com

2. Fisioterapeuta. Especialista en Fisioterapia Hospitalaria. Maestra, Doctora e Investigadora Posdoctoral en Ciencias de la Salud. Profesora de Maestría en Salud de la Pontificia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. ORCID: 0000-0002-7871-6987 E-mail: maysafmr@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud brasileño presenta un desajuste entre el proyecto de Atención Primaria a Salud (APS) y su implementación, que resulta principalmente del proceso centralizador que no considera la heterogeneidad y diversidad de los municipios¹. El panorama económico y político nacional, al mismo tiempo, impone serias amenazas al Sistema Único de Salud (SUS) y a la APS, con el establecimiento de un techo para los gastos primarios y un amplio recorte en la financiación del SUS^{1,2}.

El desafío de garantizar la sustitución de más de 8.000 médicos que salieron del país en noviembre de 2018 persiste en el obstáculo para la asistencia de millones de brasileños, especialmente los que viven en regiones de difícil acceso^{3,4}. En vista de ello, la Asociación Brasileña de Salud Colectiva propuso al gobierno y al Ministerio de Salud (MS) la adopción de medidas para evitar daños a la asistencia a salud, entre ellas, activar el proceso de convocatoria pública de médicos para cubrir las plazas vacías⁵.

Los datos de la encuesta demográfica médica en Brasil indican que el país cuenta con 2,18 médicos por cada mil habitantes, cifra inferior a la media internacional de 3,4. En cuanto a las especialidades médicas, la Medicina de Familia y Comunidad es la primera opción para sólo el 1,5% de los recién licenciados. La opción por la ESF alcanzó el 32,1% en la región Norte frente al 17,5% en la región Sudeste. Para el 84% de los titulados, las condiciones de trabajo son el principal factor determinante para establecerse en una institución o ciudad⁵. La media brasileña de 4,1 citas médicas por habitante por año también está por debajo de la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que es de 6,6⁶.

El modelo educativo y las políticas públicas juegan un papel importante en la estructuración de recursos humanos capacitados, motivados y apoyados que trabajen en línea con las propuestas de desarrollo equitativo en salud⁷. Brasil ha hecho grandes avances en la atención a salud, pero aún tiene grandes retos, como la necesidad de actualizar el currículo de los cursos de formación profesional, con énfasis en la atención integral, la promoción de la salud, la prevención, los derechos humanos y la diversidad cultural. También es urgente promover acciones de valorización profesional⁸.

En 2019, el gobierno federal aprobó la Ley n.º 13.958 que instituye el Programa Médicos por el Brasil (PMB)⁹, así como la Ley n.º 12.871/2013 del Programa Más Médicos (PMM)¹⁰ que tiene como objetivo proporcionar médicos en regiones de difícil acceso, promoviendo la formación de especialistas en Salud de la Familia y Comunidad.

El PMB presenta cambios en la forma de contratación de personal con flexibilidad de becas y mayor libertad para las relaciones con el sector privado, es decir, la nueva ley exhibe nuevas modalidades de contratos de gestión, que serán realizados por la Agencia para el Desarrollo de la Atención Primaria (ADAP)⁹. Esta nueva agencia se encargará de la gestión de los contratos con entidades públicas o privadas, permitiendo incluso la externalización del servicio.

Las lagunas propuestas se refieren a los contratos comúnmente firmados a través de entidades jurídicas como los municipios. La proyección es que estos contratos acaban minando cualquier posibilidad de que los médicos reciban derechos laborales, ya que es cada vez más común que los trabajadores sean personas jurídicas. Este hecho acentúa el dilema crítico de la precariedad de los vínculos, presentado en los servicios de salud de los municipios¹¹.

A pesar de la legislación, el problema de equipar y fijar a los médicos en la ESF sigue siendo un obstáculo para el acceso universal a la salud. El médico es una parte esencial del equipo de salud de la familia, y su permanencia es esencial para establecer prácticas eficientes de gestión de la atención en el servicio y establecer los principios de la APS.

Incluso con los constantes cambios en la política y la legislación en materia de APS, hay problemas que impiden su alcance. La organización del proceso de trabajo y la desvalorización de los trabajadores pueden ser uno de los principales obstáculos. El servicio de salud brasileño

tiene una desarticulación entre la calidad del servicio y los que prestan la asistencia. Es imposible producir una salud pública de calidad sin tener en cuenta al que la produce.

Este trabajo busca ampliar el alcance de informaciones sobre la dinámica de trabajo de los médicos que trabajan en la ESF, de modo que sea posible entender sus dificultades en el trabajo, la rutina del servicio, las experiencias en la atención de la salud y los factores que interfieren en su permanencia en este servicio. Así, el objetivo de este estudio es comprender qué aspectos contribuyen a alejar a los médicos de la Estrategia de Salud de la Familia.

MÉTODO

Este es un estudio descriptivo y exploratorio de carácter cualitativo con aportaciones de la teoría basada en datos (TFD). La TFD utiliza pautas sistemáticas para la comprensión de los fenómenos sociales, generando procesos teóricos que permiten la comprensión del comportamiento humano¹². Los datos que surgen del proceso cíclico de recogida y análisis, realizado a través de pasos rigurosos y sistematizados, permiten identificar patrones de comportamiento, nombrar y comparar códigos, con el propósito de comprender las experiencias humanas y elaborar una explicación teórica representativa¹².

El estudio se realizó en Unidades de Salud de la Familia (USF), ubicadas en tres ciudades del sudoeste de Bahía, pertenecientes al Núcleo Microrregional de Salud de Guanambi. Los municipios fueron: Ibiassucê, Lagoa Real y Rio do Antônio, que tienen una cobertura del 100% de la ESF, por lo que este es el principal acceso al servicio de salud. La población está entre 10.062 y 14.815 habitantes, la región se encuentra a 796 km de Salvador-BA, Brasil¹³, lejos de los principales centros urbanos del país. Los tres municipios seleccionados tienen similitudes geográficas y de población y hay proximidad entre ellos, lo que facilitó el acceso a los encuestados.

Se entrevistó a los médicos que trabajaban en la ESF. Criterios de inclusión: médicos que trabajasen en la ESF y estuviesen inscritos en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud de la ESF del municipio seleccionado. Criterios de exclusión: profesionales que hayan trabajado en la ESF durante menos de seis meses y médicos extranjeros. Estos criterios se aplicaron por considerar que estos profesionales podían tener poca experiencia con la realidad estudiada.

Los datos se recogieron entre enero y julio de 2016, mediante entrevistas semiestructuradas. Se estableció un primer contacto con los médicos en una reunión de equipo con el coordinador de atención primaria. En esta fase se solicitó el proceso de consentimiento libre e informado, que constituyó las explicaciones sobre la investigación y la invitación. Los que aceptaron firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado y se programó el día y el lugar de la entrevista.

El instrumento de recogida de datos estaba compuesto por preguntas de caracterización social y profesional, y un guion de preguntas sobre la experiencia de los médicos en la ESF y los aspectos que contribuyen a alejarlos de la ESF. Se utilizó un diario de campo para registrar las observaciones e impresiones de la investigadora sobre las conversaciones informales obtenidas durante el proceso de acercamiento al campo de recogida y los momentos que precedieron o sucedieron a la entrevista.

Sólo hubo una reunión con cada participante. Las entrevistas tuvieron lugar en un lugar reservado y tranquilo, elegido por los participantes, y la mayoría de ellos eligieron la unidad sanitaria en la que trabajaban. Las entrevistas duraron aproximadamente 40 minutos, se grabaron digitalmente y se transcribieron íntegramente para su análisis.

Las etapas de recogida, análisis y categorización de los datos se realizaron simultáneamente mediante un análisis comparativo constante, de acuerdo con las orientaciones de la TFD¹². Se escucharon las entrevistas, se transcribieron y se realizó el análisis de datos y la codificación inicial. En esta fase, las entrevistas se examinaron a fondo, línea por línea, para identificar los incidentes, los pasajes que merecían ser destacados y que, posteriormente, dieron origen a los códigos.

En el siguiente paso, los códigos se compararon entre sí y se agruparon por similitudes para formar las categorías. Durante el proceso de codificación, se registraron las ideas y percepciones que dieron lugar a la redacción de memorándums, que se constituyeron por medio del registro de observaciones, *insight* e interpretaciones de los investigadores. El memorándum permite ajustar la continuidad de la recogida de datos y dirigir las siguientes entrevistas, además de recoger información relevante para ayudar en las demás fases de la recogida, el análisis de datos y la preparación del texto final.

Desde el inicio de la recogida hasta la redacción del texto, hubo un proceso exhaustivo y cíclico de análisis y comparación de incidentes, códigos, relectura de entrevistas, redefinición de códigos, elaboración de memorándums, construcción de categorías, agrupación de categorías y subcategorías, identificación y definición de categorías centrales y análisis interpretativo de los datos (modelo teórico). Se construyeron varios diagramas y se modificaron varias veces en un intento de identificar el mejor diseño que representara las categorías del modelo teórico.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Pontificia Universidade Católica de Goiás (dictamen n.º 1.107.155). Tras recibir el dictamen favorable al estudio, se invitó a los participantes y se les informó sobre los objetivos, la metodología propuesta y los riesgos y beneficios de la investigación.

Antes de la recogida de datos, los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. Se garantizó el anonimato de los participantes, sustituyendo sus nombres por la letra M de médico y un número que correspondía al orden de la entrevista. Todos los procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo con las directrices éticas para la investigación con seres humanos, establecidas por la Resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

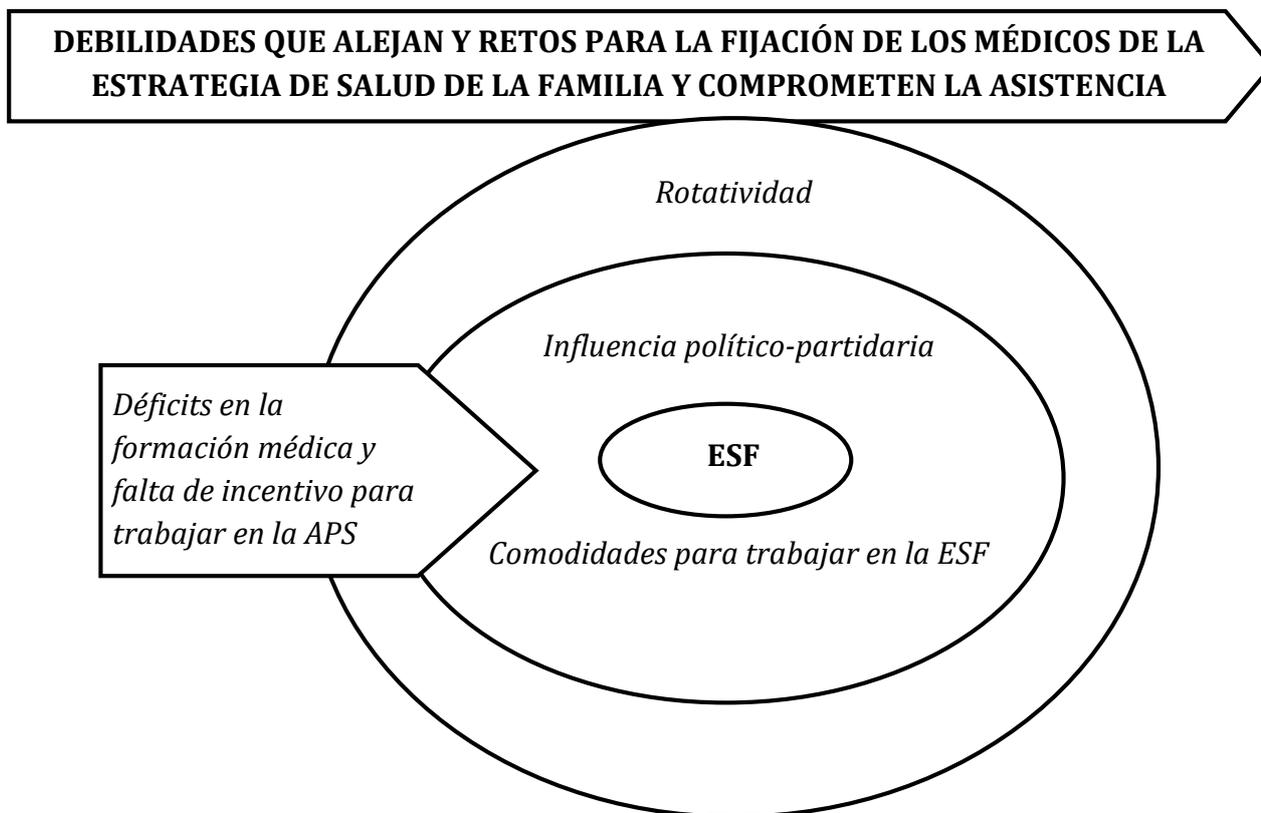
La muestra teórica de este estudio estaba formada por diez médicos, nueve hombres y una mujer. El más joven tenía 25 años, el mayor 60 y la edad media de los participantes es de 31,5 años. Los médicos tenían contratos provisionales con los municipios. La contratación fue directa, es decir, sin la intermediación de organizaciones, cooperativas como las Organizaciones Sociales (OS) o las Organizaciones de la Sociedad Civil de Interés Público (OSCIP).

Los contratos duraban de seis meses a un año y no se garantizaban los derechos laborales (vacaciones, decimotercero y otros). Estaban al principio (8 M) o al final de la carrera (1 M), sólo un decía estar en la ESF como opción de carrera, era el único con especialización en el área, pero también otra especialidad en la que divide su tiempo. El tiempo en la ESF osciló entre seis meses y 13 años (1 M).

Todos tenían otro trabajo además de trabajar en la ESF, sólo tres vivían en el municipio donde trabajaba. Los demás vivían en ciudades cercanas, donde tenían algún vínculo familiar o ciudades que presentaban mejores opciones para la familia (escuela, trabajo y ocio). De los diez, sólo dos declararon su intención de permanecer en la ESF. Siete dijeron que tenían la intención de seguir otra carrera y uno todavía tiene dudas sobre el futuro profesional.

El proceso de análisis sistemático de los datos permitió construir un modelo teórico interpretativo del fenómeno de estudio, titulado *Debilidades que alejan y retos para la fijación de los médicos de la Estrategia de Salud de la Familia y comprometen la asistencia*. Este modelo está representado por un diagrama (Figura 1), apoyado en tres categorías, que son: a) *Déficit de formación médica y falta de incentivo para trabajar en la APS, representando condiciones que comprometen la fijación del médico en la ESF*; b) *Influencia político-partidaria y Comodidades para trabajar en la ESF, que destaca acciones e interacciones que debilitan el sistema*; e c) *Rotatividad y pérdidas en la asistencia, señalando las consecuencias del déficit en la operacionalización del sistema*.

Figura 1: Modelo teórico: *Debilidades que alejan y retos para la fijación de los médicos de la ESF y comprometen la asistencia.* Interior de Bahía, 2016.



En la categoría '**Déficit de formación y falta de incentivos para trabajar en la atención primaria**', los participantes describen en general una formación médica con planes de estudio que no preparan para satisfacer las necesidades del sistema público de salud. Para ellos, la formación es fragmentada, curativista y centrada en las especialidades hospitalarias. Valoran que la especialidad 'medicina de la familia y comunidad' recibe poco énfasis y demanda porque no aporta prestigio, no garantiza estabilidad y la rentabilidad económica es poco atractiva. También destacan que la falta de preparación para actuar en la atención básica compromete la asistencia, haciendo que ésta tenga una característica inmediateista, curativista y de baja resolutiveidad:

A decir la verdad, la formación actual en la gran mayoría de los cursos de medicina debía formar médicos preparados para actuar en la atención primaria, pero no es así. [...] ¿Cómo lo hacen? Ellos hacen así: si no sabes lo que pasa – haga exámenes [...] Los médicos se están formando sin autonomía, sin seguridad absoluta, están ahí para recetar medicamentos para la gripe, para el dengue, para la infección de garganta, para el dolor muscular y para renovar una receta de medicamentos controlados, eso es lo que veo. (M4)

Las personas que entraron a la universidad ahora terminan construyendo esta cultura de volver más a la parte curativa, me doy cuenta de eso, hay gente ahí que piensa que la ESF no funciona, creo que hay un cierto incentivo en el Sudeste para actuar más en la parte curativa. [...] Nos damos cuenta de que las residencias siguen teniendo plazas en la atención primaria, porque existe esta cultura de volver a la parte terciaria y porque desde el momento en que haces una especialidad en otra área tienes una forma de realizar tu servicio más amplia y compensar económicamente quizás lo que ganas en el PSF. Si hago un área de ortopedia, puedo atender en varios segmentos, público-privado en más de un lugar... en atención primaria no hay como, si trabajo aquí en PSF, tengo que cumplir con esa carga de trabajo. (M8)

Cuatro médicos informaron de que su formación se basaba en el aprendizaje basado en problemas. Sin embargo, consideran que los "nuevos modelos de aprendizaje" son poco atractivos y señalan que los estudiantes de medicina y la población prefieren el modelo biomédico tradicional:

[...] entraron en mi universidad o en las universidades estatales y acabaron saliendo porque pensaron que ese método no sería el ideal, porque pensaron que ese método sólo formaría a generalistas o a profesionales de salud de la familia. (M1)

Por mucho que hagamos salas de espera, grupos y digamos que la prevención es importante [...] la población nos sigue buscando en el mismo esquema que antes, de medicalización de la salud. (M5)

Los entrevistados no ven la ESF como una carrera prometedor para el médico y destacan que trabajar en la atención básica no permite el crecimiento profesional, no añade prestigio, es desvalorizado por la propia clase médica, por la población, por los gestores y está sujeto a prejuicios. Hacen hincapié en la necesidad de concienciar sobre el papel y la importancia de las actividades preventivas y la educación en salud, que son poco valoradas:

Seguro que será así, cuando llegas a una reunión de graduación de 10 años, hay un cardiólogo, un neurólogo, hay un pediatra y llegas y dices: - Hice salud de la familia. Lo primero que pensarán de ti es que ya no querías estudiar, que sólo querías paz. Hay mucho prejuicio. (M1)

No sé si el gestor no quiere invertir en el área o si no quiere ver los beneficios, al igual que muchos médicos no quieren ver [...] un buen número de gestores no ven la medicina preventiva como algo productivo a largo plazo. (M2)

Creo que hay una falta de conciencia en la población de lo que es el PSF, se termina trabajando más como médico de emergencias que como PSF [...] No tienen el hábito de la prevención [...] no entienden y se termina perdiendo un poco la característica del PSF. (M9)

En la categoría **'Influencia político-partidaria y facilidades para trabajar en la ESF'**, los entrevistados describen las facilidades que atraen a los médicos a la ESF y reconocen dos momentos concretos en la vida de los médicos en los que eligen trabajar en la ESF: el principio y el final de sus carreras. Al principio de la carrera, la falta de experiencia y la especialización no representan un obstáculo para la inserción en la ESF. Además, la "flexibilidad" de horarios permite conciliar otros trabajos, ampliando las fuentes de ingresos y el salario. Con esto, es posible tener condiciones financieras para planificar el futuro en otro lugar. La ESF se convierte en un "puente" hacia la especialización en otras áreas de mayor prestigio o una forma de entrar en la carrera política:

Acabamos viendo la 'salud de la familia' como el principio o el fin. Para un médico que está empezando su carrera y necesita trabajar y tal vez sea la forma más fácil de entrar en el mercado laboral o ese médico que ya está al final de su carrera, que está cerrando, que no quiere hacer más guardias, que piensa que la rutina del hospital es demasiado intensa [...] La ESF es un trabajo más tranquilo, sin duda. (M1)

La perspectiva es llegar a ser secretario de salud, alcalde, quiere un mecanismo político [...] es más político que una carrera en sí. Sería un área espectacular si hubiera un plan de carrera. (M3)

Para los participantes, los médicos que buscan la ESF al final de su carrera quieren un "lugar tranquilo", son profesionales que han desarrollado un trabajo curativista a lo largo de su carrera y que no van a desarrollar acciones preventivas y de promoción de la salud:

Los médicos van a la ESF a hacer lo que siempre han hecho, centro de salud, tampoco cambian su mente, por mucho que se intente hacer cambiar, nunca cambian. (M5)

En parte, lo que encontramos es que PSF es para esos médicos viejos, cansados y que se jubilan, lamentablemente lo sigue siendo. (M6)

Los médicos lamentan el impacto negativo de la influencia política en la administración de la salud municipal. Por otro lado, destacaron las comodidades que permiten "burlar el sistema", como la flexibilización de horarios y la posibilidad de no cumplir con la carga de trabajo. Los médicos y los gestores llegan a acuerdos informales, hechos para lograr la adhesión al trabajo y compensar la falta de estructura, la estabilidad profesional y el desfase salarial. Se sienten frustrados por la imposición de intereses políticos que comprometen la asistencia a la población:

La forma que nosotros, médicos y los gestores, encontramos para poder burlar un poco este desfase (salarial) es en relación con la carga de trabajo. Así que no trabajo 40 horas a la semana. (M4)

Lo que nos desanima un poco es el hecho de que trabajamos mucho como el SUS, estamos constantemente frustrados por la falta de equipos, muchas veces por la influencia política que hay en la atención, personas se adelantando, algo así... Hay algunas interferencias externas, por lo que también acaba molestando. (M7)

Trabajar directamente con el ayuntamiento es complicado [...] cambia el alcalde, el otro alcalde ya tiene a alguien interesado en ese puesto, así que te sacará. (M1)

En la categoría **“Rotatividad”**, todos los médicos citan el escaso tiempo de permanencia en la ESF como un obstáculo para lograr una práctica médica completa y garantizar la calidad de la atención. Señalan que el cambio frecuente de profesionales afecta al vínculo y a la confianza entre el profesional y la población.

La rotatividad se debe a la fragilidad de los contratos de trabajo (que no garantizan los derechos laborales), a las interferencias político-partidarias y a la precariedad de las condiciones de trabajo. Los médicos insisten en la necesidad de un plan de carrera (que permita la estabilidad, un buen salario y la posibilidad de crecimiento profesional), la inversión en condiciones físicas y materiales y en la formación continua. Se describieron varias dificultades relacionadas con la falta de estructura que garantice la operatividad del trabajo. Reclaman condiciones para la derivación a la asistencia de media y alta complejidad y lamentan la baja resolutivez de los problemas de la población:

La principal devaluación de los que quieren trabajar en la salud pública es algo que se llama falta de vinculación. [...] No hay un plan de carrera, no hay seguridad [...] lo que creo que desanima a la gente es esta falta de vinculación. [...] es muy malo, pierde el médico, pierde el servicio y la población. (M5)

Creo que la primera cosa, una estabilidad, seguridad en el trabajo, las condiciones de trabajo, tanto en la parte física, la estructuración física y todo lo demás, sabes que tienes un municipio que está bien estructurado, pero hay otros que vas a atender en una zona rural en los que no tienes donde sentarte [...]. (M8)

Acá es muy diferente de la teoría. Especialmente en esta unidad en la que estamos, carecemos de la estructura necesaria para funcionar como un programa de salud de la familia [...] no podemos supervisar los programas como dicta la ordenanza. (M2)

DISCUSIÓN

Los informes de los médicos revelan que varios aspectos actúan conjuntamente y contribuyen a la rotatividad. El conocimiento construido permite ampliar la comprensión sobre las fragilidades del sistema que alejan a los médicos de la ESF y comprometen la longitudinalidad y la calidad de la atención.

El modelo teórico elaborado revela las fragilidades que alejan a los médicos de la ESF y comprometen la atención a la salud de la población. Los médicos no se sienten preparados y están desmotivados para actuar en la atención básica. Las inversiones en la enseñanza de la medicina de familia no pueden superar los obstáculos culturales, económicos y sociales que fomentan el modelo hospitalocéntrico y especializado.

Aunque los cursos de pregrado de medicina han insertado metodologías innovadoras, no hay una acción integradora de contenidos, teoría y práctica, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, prevalece el modelo tradicional centrado en las disciplinas y con poca interacción con los servicios de la red primaria de atención a la salud¹⁴.

Otras investigaciones indican que las reformulaciones curriculares no fueron capaces de acompañar las necesidades inherentes a la expansión de la APS en el SUS y señalan la necesidad de avanzar en la calificación profesional, con la implementación de estrategias de educación permanente^{1,15-16}. Sumado a esto hay un modelo históricamente construido en la valorización de las especialidades médicas, en la práctica curativista y que no tiene tradición de desarrollar en los estudiantes un perfil empático para actuar en la ESF. En consonancia, las especialidades médicas que se centran en la medicina de salud de la familia reciben poca demanda y no aportan prestigio.

Las dificultades se amplían cuando se considera el contexto de la región que acogió este estudio, el sudoeste de Bahía, que es una región con pocos atractivos para la fijación de los médicos. El estudio sobre la rotatividad médica en Brasil destaca que varía según las características geopolíticas, ya que es mayor en los municipios más pequeños, de hasta cien mil habitantes, y con bajos indicadores económicos. En estos municipios las oportunidades de crecimiento personal y profesional son limitadas. La mayor rotatividad de personal en las regiones del sudeste y del sur puede deberse a que el mercado laboral es más competitivo y a los incentivos para permanencia¹⁷.

La mala distribución y la escasez de médicos, especialmente en zonas remotas y poco atractivas, son reconocidas internacionalmente como obstáculos para el desarrollo eficiente de los sistemas de salud. Esta cuestión motiva los esfuerzos y estrategias nacionales y de cooperación internacional para mejorar la formación, fijar a los médicos y mejorar la calidad y la capacidad de resolución de problemas de la APS^{7-8,18}.

Anteriormente, el Programa Más Médicos (PMM) influyó para reformular los planes de estudio de los cursos de medicina, con la ampliación de la carga de trabajo en la APS, los incentivos financieros y la educación para actuar y fijar los profesionales en el SUS. Estos programas representaron avances que repercutieron en el aumento del número de puestos de trabajo y la ampliación de la cobertura de la APS. Sin embargo, en la práctica, los desafíos persisten y representan obstáculos para el SUS. Los informes de la OCDE llaman la atención sobre la necesidad de adoptar medidas para reducir las desigualdades de acceso y garantizar la calidad de los servicios públicos de salud¹⁹.

La desvalorización a los ojos de los colegas de profesión, de la población y de los gestores contribuye a desanimar a los médicos a trabajar en la APS. Según ellos, hay prejuicios y falta de prestigio. Entre las estrategias señaladas por los participantes como importantes para la valorización del trabajo está la educación en salud centrada en estrategias de prevención, la creación de planes de carrera y las condiciones que garanticen una mejor operatividad de los servicios y la resolución de problemas.

La satisfacción laboral en la APS está relacionada con varios aspectos, entre ellos las buenas condiciones de trabajo, la remuneración justa, la estabilidad laboral, el apoyo a los distintos niveles de complejidad del sistema de salud¹⁶, el gusto por lo que hace, la satisfacción de los usuarios con la asistencia recibida, la cooperación en equipo y el vínculo entre profesionales y usuarios²⁰. Por otro lado, en las insatisfacciones influyen la estructura física inadecuada, la falta de recursos materiales, el déficit salarial, la falta de valoración del trabajo, los problemas en la gestión, el exceso de horas de trabajo, la falta de cualificación del equipo y las deficiencias en la organización del trabajo, la sobrecarga de trabajo, el exceso de demanda y burocracia²¹. Los médicos también señalan la desvalorización ante los colegas y la opinión pública, el elevado número de citas y la limitación de la autonomía²².

Una investigación de enfoque cualitativo realizada con 51 médicos de cinco regiones de Brasil, con el propósito de conocer los factores de atracción y retención en áreas remotas, destacó el salario como el más citado, pero llamó la atención sobre la necesidad de combinar incentivos financieros y no financieros. Entre los incentivos no financieros se encuentran la flexibilidad y el tiempo libre en el trabajo, la infraestructura de la unidad de salud, las oportunidades de formación/actualización y las opciones de ocio en el municipio²³.

La flexibilización de la carga de trabajo fue descrita por los médicos como resultado de acuerdos políticos. El Ministerio de la Salud conoce desde hace tiempo la práctica de flexibilización y reducción de la carga de trabajo de los médicos en las ESF y ha puesto en marcha medidas para su reconocimiento legal¹⁷. La flexibilización es una reivindicación de los médicos y los secretarios municipales, justificada por la dificultad de conciliar otros vínculos, aumentar los ingresos y conseguir la provisión y fijación de los profesionales.

En un análisis de las acciones de incentivo al trabajo en municipios con dificultad para atraer o retener médicos, se evidencia que la flexibilización puede repercutir en la fragmentación del trabajo, discontinuidad de la asistencia y fragilidad de los vínculos (entre los miembros del equipo y entre el equipo y la población)²⁴. Las pérdidas pueden amplificarse con la reformulación de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) de 2017, que permite la relativización de la cobertura universal y adopta medidas que pueden contribuir a una mayor flexibilización de los horarios de trabajo de los médicos, a la fragmentación del proceso de trabajo y al menor vínculo entre el equipo de salud y la población^{2, 25-26}.

Además de la flexibilización de las jornadas de trabajo, los entrevistados describieron cómo los gestores municipales utilizan la influencia político-partidaria y los intereses

personales para repartirse los puestos, lo que favorece la rotatividad y la discontinuidad de la asistencia. Estas prácticas no son nuevas y, desde luego, no se limitan al municipio que acogió esta investigación. Representan una grave desviación ética y moral, comprometen la calidad de la atención y no consideran los principios de universalidad, integralidad y equidad del SUS.

Un estudio sobre la provisión y fijación de médicos de la ESF en el estado de Bahía presenta como solución la creación de una carrera intermunicipal a través de la Fundación Estatal de Salud de la Familia (FESF). Sin embargo, la propuesta no fue bien aceptada por los municipios²⁷. Los elevados valores de los contratos ofrecidos por la fundación no se corresponden con el presupuesto que las tres instancias (federal, estatal y municipal) ponen a disposición para financiar la ESF.

Desde el punto de vista financiero, es más ventajoso para los municipios adherirse al PMB. Sin embargo, a pesar de garantizar la prestación de servicios médicos, la ley no resuelve el problema de los derechos laborales. Este hecho perpetúa que la ESF sea un trabajo temporal para los médicos, como citan los entrevistados. Las medidas para la fijación de profesionales en la ESF deben planificarse a largo plazo, no sólo de forma urgente y transitoria. Las consecuencias de las medidas presentadas por la actual ley del PMB van en contra de los principios de la APS y configuran caminos para una posible comercialización de uno de los servicios más relevantes y de interés público de la red del SUS¹¹.

Además, los cambios en la financiación agravan aún más la situación de los recursos para la APS. La reducción progresiva de la financiación impuesta por el techo de gasto en la salud puede llevar a limitar la universalidad del acceso a los servicios²⁸. En cuanto al trabajo médico, las limitaciones presupuestarias y la poca financiación agravan el mantenimiento de los gastos de los servicios, especialmente en lo que respecta a los costes de las encargos de trabajo de los profesionales.

Además de la crisis y las adversidades que se han producido en APS en los últimos años, hay otro factor preocupante. El Ministerio de la Salud ha manifestado su apoyo a la creación de planes de baja cobertura que ahora ofrecerán también servicios de salud de la familia también en la salud complementaria. Este nuevo puesto de trabajo más flexible en el sector privado debilita los esfuerzos realizados con el PMM para proporcionar, retener y reducir la escasez de médicos en las regiones remotas. Los nuevos planes serán otra alternativa precarizada. Representan puestos de trabajo alternativos que pueden atraer tanto a los trabajadores como a la población. Sin embargo, podrían debilitar aún más los vínculos que necesita la ESF²⁹.

El escenario que se observa se refiere a un futuro incierto. Los avances logrados en la APS desde la creación de la ESF se ven seriamente amenazados. Las nuevas disposiciones legales abren resquicios para la mercantilización de los servicios médicos, que retoman el formato de APS selectivo y curativista. Anteriormente se asociaba a la idea de un programa “pobre para pobre”. La falta de profesionales y/o la falta de vinculación con el programa y con la población compromete el trabajo con énfasis en la familia y la comunidad, centrado en la integralidad de la atención.

Teniendo en cuenta todas las debilidades mencionadas, hay que considerar que promover la fijación del médico en la ESF es un gran reto. ¿Cómo cambiar la visión del profesional que busca un lugar de “empleo fácil”, con condiciones que le permitan “burlar el sistema”? ¿Cómo combatir la influencia político-partidaria? ¿Cómo evitar la rotatividad por la precariedad de las condiciones de trabajo? ¿Cómo resolver el grave problema de la precarización laboral? ¿Cómo puede la APS convertirse en la iniciadora de la Red de Asistencia a la Salud y garantizar el derecho de la población a la salud?

Es imposible pensar en una fórmula mágica para tantas debilidades. La política nacional debe estructurarse teniendo en cuenta la necesidad de servicios y de la población, que tiene derecho a una asistencia gratuita y de calidad. Es fundamental invertir en la formación de gestores, implicando a los servicios locorregionales y, sobre todo, pensar en una formación y valorización profesional que tenga en cuenta las especificidades locales de la salud, que además

del modelo médico hegemónico invierta en nuevas formas de producir cuidados y promover la vida³⁰.

CONCLUSIÓN

Este estudio revela la urgencia de reformulaciones en la formación médica, además de políticas que garanticen la financiación y la gestión eficaz y eficiente que atienda los problemas de la APS en el SUS. El derecho humano a una salud de calidad está amenazado, se descuidan los aspectos éticos y resulta chocante ver cómo se valora el interés propio en detrimento del interés colectivo y de las buenas prácticas de cuidados en salud.

También es necesario formular un plan de carrera que garantice las condiciones de trabajo, la remuneración justa, la estabilidad, los derechos laborales y las posibilidades de ascenso profesional; la disponibilidad de recursos (financieros, físicos, operativos); las estrategias éticas (y no acuerdos políticos) y las medidas que permitan a los profesionales de la salud establecerse en regiones poco desarrolladas.

Los datos revelan lagunas entre la teoría y la práctica del trabajo en la APS. Informan para la búsqueda de soluciones a cuestiones graves, que en algunos casos repercuten como denuncias, y comprometen profundamente la salud pública. En resumen, la solución de los problemas identificados depende de una política estatal integral, con una financiación adecuada, una gestión cualificada, una planificación, un seguimiento y una evaluación que deben compartir todas las instancias (municipales, estatales y federales).

No es posible tener un sistema de cuidados de salud eficaz sin una oferta suficiente de profesionales cualificados y motivados. La fuerza de trabajo es crucial para cambiar el modelo de atención, para implementar los preceptos del SUS y para garantizar un amplio acceso a los servicios de salud.

Cabe mencionar que el estudio presenta como limitación una muestra restringida a una región del estado de Bahía. Deben realizarse nuevos estudios en otras regiones del estado y también del país, que permitan un análisis de los diferentes territorios de salud para fundamentar las soluciones y retos en el trabajo de la ESF. A pesar de ello, este retrato se refiere a la posible realidad de muchas regiones del país, que deben ser exploradas más a fondo para el mantenimiento de los médicos en los territorios.

REFERENCIAS

1. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado en 10 feb 2019]; 34(8):e00029818. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>
2. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado en 10 feb 2019]; 34(8):e00056917. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf>
3. Lima LD, Carvalho MS, Coeli CM. Médicos, política e sistemas de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado en 10 feb 2019]; 35(1):e00237418. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00237418.pdf>
4. Reis V. Nota ABRASCO sobre a saída dos médicos cubanos do Mais Médicos [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 18 nov 2018 [citado en 11 de feb 2019]. Disponible en: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/nota-abrasco-sobre-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos-para-o-brasil/38190/>
5. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, CREMESP; 2018. 286p.
6. Lima CP. Comparando a saúde no Brasil com os países OCDE: explorando dados de saúde pública [Internet]. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 2016 [citado en 18 ene 2021]. 140p. Disponible en: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/16503>
7. Chen LC. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. Bull WHO [Internet]. 2010 [citado en 11 de feb 2019]; 88(5):323. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/10-078477/en/>

8. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado en 18 ene 2021]. Disponible en: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/relnacodm.pdf>
9. Presidência da República (Brasil). Lei nº 13. 958 de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil [Internet]. Brasília, DF; 2019 [citado en 11 nov 2020]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm
10. Presidência da República (Brasil). Lei nº 12871 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 [Internet]. Brasília, DF; 2013 [citado en 11 feb 2019]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
11. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG Aquino R, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado en 11 nov 2020]; 35(10):e00178619. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n10/1678-4464-csp-35-10-e00178619.pdf>
12. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. 4th ed. Los Angeles (CA): SAGE; 2015.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [citado en 06 abr 2017]. Disponible en: <https://cidades.ibge.gov.br/>
14. Stella RCR, Abdalla IG, Lampert JB, Perin GL, Aguilar-da-Silva RH, Costa NMSC. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. Rev Bras Educ Med. [Internet]. 2009 [citado en 18 feb 2019]; 33(Supl 1):63-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500007>
15. Cortez LR. The retention of physicians to primary health care in Brazil: motivation and limitations from a qualitative perspective. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2019 [citado en 15 mar 2019]; 57:2019. DOI: 10.1186/s12913-018-3813-3. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3813-3>
16. Goncalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev Bras Educ Med. [Internet]. 2009 [citado en 18 feb 2019]; 33(3):382-92. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>
17. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. Saúde Debate [Internet]. 2015 [citado en 11 feb 2019]; 39(106):637-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003006>
18. Alves SMC, Oliveira FP, Matos MFM, Santos LMP, Delduque MC. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2017 [citado en 18 feb 2019]; 22(7):2223-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03512017>
19. Organization for Economic Co-operation and Development (France). Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places [Internet]. Paris: OECD; 2016 [citado en 10 mar 2019]. Disponible en: <http://www.oecd.org/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm>
20. Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2014 [citado en 18 de feb 2019]; 18(1):17-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140003>
21. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia da Saúde da Família. Texto & Contexto Enferm. [Internet]. 2017 [citado en 15 mar 2019]; 26(3):e2500016. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>
22. Albuquerque GS, Cordeiro G, Murakami VYC, Taveira BLS, Carvalho ILF, Lima RL, et al. Satisfação dos médicos no trabalho da atenção primária à saúde. Rev APS [Internet]. 2017 [citado en 15 mar 2019]; 20(2):221-30. Disponible en: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15878>
23. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre os fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rota da escassez. Physis [Internet]. 2017 [citado en 10 de mar 2019]; 27(01):147-72 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100008>

24. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional da Atenção Básica: uma análise crítica. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2012 [citado en 10 mar 2019]; 7(22):5-9. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf7\(22\)417](https://doi.org/10.5712/rbmf7(22)417)
25. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado en 18 ene 2021]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
26. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate [Internet]. 2018 [citado en 15 de mar 2019]; 42(116):11-24. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>
27. Andrade LR, Pinto ICM, Soares CLM, Silva VO. Provisão e fixação de médicos na atenção à saúde no estado da Bahia. Rev Adm Pública [Internet]. 2019 [citado en 11 de nov 2020]; 53(3):505-19. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v53n3/1982-3134-rap-53-03-505.pdf>
28. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2020 [citado en 13 de nov 2020]; 25(4):1181-8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/>
29. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Medicina de família e comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado en 13 de nov 2020]; 35(11):e00068419. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n11/e00068419/pt/>
30. Cecílio LCO, Reis AAC. Notas sobre os desafios persistentes da atenção básica à saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado en 01 mar 2020]; 34(8):e00056917. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt>

Editora Asociada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Vera Gardênia Alves Viana contribuyó a la concepción del estudio, a la recogida y análisis de datos, a la redacción y a la revisión. **Maysa Ferreira Martins Ribeiro** participó en la concepción, la redacción y la revisión del estudio.

Como citar este artículo (Vancouver)

Viana VGA, Ribeiro MFM. Debilidades que alejan y retos para la fijación de médicos de la Estrategia de Salud de la Familia. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(Supl. 1):216-227. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

VIANA, V. G. A.; RIBEIRO, M. F. M. Debilidades que alejan y retos para la fijación de médicos de la Estrategia de Salud de la Familia. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, p. 216-227, 2021. Supl. 1. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Viana, V.G.A., & Ribeiro, M.F.M. (2021). Debilidades que alejan y retos para la fijación de médicos de la Estrategia de Salud de la Familia. REFACS, 9(Supl. 1), 216-227. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

