

Programas gubernamentales de provisión: perfil y motivaciones de los médicos que migraron del Provac para el Más Médicos en 2016

Cássia de Andrade Araújo^(a)

Fernando Canto Michelotti^(b)

Tuanny Karen Souza Ramos^(c)

(a,b,c) Ministério da Saúde, Área de Planejamento e Dimensionamento, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar. Zona Cívico. Brasília, DF, Brasil. 70.058-900. cassia.andrade.nutri@gmail.com; fcmichelotti@gmail.com; tuanny.ramos89@gmail.com

El Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (Provac) y el Programa Más Médicos son estrategias diferentes adoptadas en paralelo por el Ministerio de la Salud para enfrentar la falta de médicos en la Atención Básica del Sistema Brasileño de Salud (SUS) que convergen en el objetivo de atraer a brasileños para que actúen en áreas vulnerables del país. Este artículo analiza el perfil y las motivaciones de los egresados del Provac que migraron para el Más Médicos en 2016. Se utilizaron datos secundarios del MS de una survey de monitoreo del Provac. Los resultados señalan que el Provac atrajo a recién egresados de medicina y dan indicios de que el bono del 10% ofrecido a los que lo concluyen ha convertido al Provac en una vía alternativa de acceso al Más Médicos para médicos con poca experiencia e indecisos sobre los rumbos profesionales, pero que demuestran un entusiasmo creciente con relación a la Atención Básica.

Palabras clave: Provac. Precedencia. Más Médicos. Atención Básica.

Introducción

Durante sus más de 25 años de existencia, el SUS ha enfrentando sucesivos desafíos para hacer valer su directriz constitucional de universalizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional. Incluso ante la conquista del marco legal que fue

la Constitución Federal de 1988¹, y de la posterior reglamentación de la salud en la ley orgánica del SUS, la desigualdad en la provisión de servicios de salud se mantuvo entre los ciudadanos que residen en localidades con oferta de infraestructura y mano de obra especializada y los que se encuentran total o parcialmente sin asistencia.

Con el objetivo de contornar la profunda carencia de servicios esenciales que penaliza a ciudadanos del norte al sur del país, principalmente en el medio rural y en las periferias de las grandes ciudades, el gobierno federal realizó una apuesta en el comienzo de la década de 1990 por la expansión de la oferta de servicios básicos de salud por medio de incentivos financieros para que los municipios adoptasen el programa, actualmente estrategia, de salud de la familia, que colocó a Agentes Comunitarios de Salud (ACS), enfermeros y médicos en la línea de vanguardia. Diferente del caso de los dos primeros que tuvieron un crecimiento vertiginoso en los sistemas locales de salud, los médicos estuvieron a la contracorriente de esta expansión, lo que acabó penalizando, principalmente, a regiones de mayor vulnerabilidad social.

La literatura que profundizó sobre las razones para tamaña dificultad de atraer médicos y fijarlos fuera de los centros más ricos y urbanizados ya señaló algunos factores como los que más influyen sobre la decisión médica²⁻⁵. La alta inestabilidad fiscal de los presupuestos municipales y los vínculos precarios de contratación, la concentración territorial de escuelas médicas y de plazas de residencia médica, las malas condiciones de trabajo y de vida para sí mismos y sus familiares y el aislamiento profesional, con menores probabilidades de especialización y de avance en la carrera, han contribuido para la dificultad de fijar médicos en esas áreas y llevado a la alta rotación de profesionales en varias localidades, perjudicando la consolidación de un modelo de atención que siga las directrices establecidas por el Ministerio de la Salud (MS) para una atención básica a la salud resolutive y de calidad, basado longitudinalmente en el cuidado.

Ante la persistencia de este déficit asistencial en regiones vulnerables, el MS trató de revertirlo desde los años 1990 por medio del lanzamiento de sucesivas iniciativas cuyo objetivo era atraer médicos para el SUS, tanto por medio de acciones

dirigidas a subsanar de modo inmediato la falta de esos profesionales, a ejemplo del Programa de Interiorización del Sistema Único de Salud (PISUS) y del Programa de Interiorización del Trabajo en Salud (PITS), o de acciones con el objetivo de inducir cambios en la formación médica, con efectos a largo plazo como, por ejemplo, el Programa de Incentivo a Modificaciones Curriculares en los Cursos de Medicina (Promed) y del Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pro-Salud). Este artículo trata exactamente de una iniciativa cuyo objetivo fue condensar en un único programa los ejes de la provisión y de la formación, el Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (Provab), señalizando de tal forma, un nuevo momento de concentración de esfuerzos del gobierno federal en pro del fortalecimiento de la atención básica en el SUS⁶⁻⁹.

El Provab fue lanzado por el MS en 2011 (Decreto Administrativo MS N°. 2.087) y desde su creación previó incentivos educativos presenciales y a distancia, así como la supervisión realizada por un profesional vinculado a una institución de enseñanza y un curso de especialización en salud de la familia promovido por UNA-SUS. Esta era una apuesta por revertir el aislamiento profesional y fortalecer una especialidad que refuerza el papel del médico en la atención básica. Con la conciencia de que la dificultad de atraer médicos haría inviable el éxito de esta iniciativa, se aprobó en la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) una resolución (N° 3/2011) con previsión de la concesión de un bono del 10% en los procesos selectivos para el ingreso en la residencia médica a quienes concluyeran el Provab. Esta resolución sufrió una alteración en 2015 (N° 2/2015), cuando el bono pasó a ser exclusivamente para uso en programas de residencia de acceso directo. Esta medida ya estuvo asociada a una estrategia de inducción del MS para la formación de especialistas en áreas básicas y reconocidamente prioritarias para el SUS o con escasez de oferta.

En 2014, cuando el Programa Más Médicos (Ley N° 12.871/2013) ya se había creado, el MS innovó al permitir una migración cruzada de los participantes entre los programas, siempre y cuando permanecieran en el mismo municipio. El objetivo de esta medida era no perjudicar los sistemas locales de salud en los cuales ya estuvieran actuando los profesionales. La posibilidad de transferencia, sin embargo, no anuló la

estructura propia de incentivos de cada programa. En 2015, se reformuló el proceso selectivo para el reclutamiento de médicos con el lanzamiento de un único pliego de condiciones (Nº. 2/2015), que pasó a utilizar la nomenclatura “modalidad con el 10%” para el Provac y “modalidad sin el 10%” para el Más Médicos. Otro cambio fue la institución de una transferencia en una única dirección, del Provac para el Más Médicos, creándose lo que se denominó de precedencia, que es la preferencia para ocupación de una determinada plaza por parte del médico que concluye el Provac que opte por continuar trabajando en el municipio, de tal forma que la plaza deja de ofrecerse en pliego de condiciones para reclutar a nuevos interesados. De tal forma, caso haya concluido el Provac con concepto satisfactorio y la solicitud sea validada por el gestor municipal, el médico se transfiere automáticamente al Más Médicos.

Desde que el MS creó una vía de acceso directo del Provac al Más Médicos creció el número de médicos brasileños que opta por migrar de modalidades y permanecer más tiempo en la atención básica. Para que nos hagamos una idea de la magnitud de ese fenómeno, el número de los médicos que decidieron ampliar el tiempo de actuación por la vía de incentivos del gobierno federal, aumentó más de cuatro veces entre 2014 y 2016. De los 3.040 médicos que concluyeron el Provac en 2014, solamente 277 decidieron migrar. En 2015, el número subió para 890, aunque el de concluyentes se haya mantenido prácticamente igual, 3.101. En 2016, el número de concluyentes sufrió una ligera caída, mientras que el de los que optaron por transferirse al Más Médicos creció y llegó al 55% del total: fueron 1.245 de 2.247 médicos.

Revelar quiénes son esos médicos y cuáles son las motivaciones de una actitud aparentemente tan inusitada, surgida de una categoría reticente a cualquier decisión gubernamental que parezca disminuir su autonomía profesional o interferir sobre su mercado de trabajo, podrá suministrar pistas para entender el diseño institucional que el MS adoptó en el caso del Provac y al relación de este con el Más Médicos, cuya “unión” exitosa parece haber dependido exactamente de la creación de incentivos que contornasen la contrariedad de la categoría médica sin dejar de atraer el interés de sus miembros. Es sobre el perfil de médico que más se interesa por estos programas y el

modo como la estructura de incentivos puede afectar su decisión de permanecer más tiempo en la Atención Básica que este artículo tratará en las páginas siguientes.

Método

La investigación utilizó datos secundarios, cuyo acceso se realizó mediante concordancia de la Coordinación Nacional del Programa Más Médicos, vinculada al DEPREPS/SGTES/MS, responsable institucional por poner a disposición los bancos de datos, después de firma previa del Compromiso de Responsabilidad por parte de los solicitantes. Los datos los produjo el MS por medio de una *survey* para fines de monitoreo de sus programas.

Se envió un formulario electrónico al universo de los 1.245 participantes del Provab 2015 que solicitaron su permanencia en el Más Médicos por medio del pliego de condiciones N° 02/2016. De los 1.245 médicos que tuvieron acceso al formulario, 477 respondieron. El cuestionario contenía 20 preguntas, siendo 16 cerradas y cuatro abiertas. 11 preguntas cerradas trazaron el perfil sociodemográfico, de formación y de trayectoria profesional de los médicos. Otras dos preguntas cerradas, referentes a las razones para participar en el Provab y para migrar para el Más Médicos contenían opciones de enumeración por orden de prioridad, con exclusión de la opción de neutralidad y escalas de importancia. Las tres restantes trataban de la evaluación del médico sobre su participación y si recomendaría o no el Provab para otros médicos, las cuales se desconsideraron en este análisis.

Con relación a las preguntas abiertas, los respondedores podían incluir comentarios para justificar las preguntas cerradas referentes a las razones de los médicos para ingresar en el Provab, para migrar al Más Médicos y para recomendar o no el programa a otros médicos. Finalmente, había una pregunta específica para obtener sugerencias de mejora de los programas de provisión. Por el hecho de que la respuesta de las preguntas abiertas no era obligatoria, en el conjunto de los 477 cuestionarios obtenidos, la pregunta referente al Provab tuvo 109 comentarios y la del Más Médicos 98.

Se realizó un cálculo para certificarse de que la tasa de respuestas permitiría inferencias para el universo de los que tuvieron acceso al formulario. La tasa de respuestas fue del 38,31% (n=477). Este número es representativo de la población estudiada, puesto que alcanzó el valor mínimo para una muestra representativa (n=300), considerando intervalo de confianza del 95% y margen de error del 3,62%.

Otra información cuya evaluación se consideró importante fue si existía una correlación entre los 477 respondedores y el universo de 1.245 participantes en lo que se refiere a su distribución territorial, de acuerdo con los ocho perfiles de vulnerabilidad de los municipios definidos por el Más Médicos. El objetivo de la comparación fue certificar que las respuestas expresaban opiniones de médicos viviendo experiencias profesionales en realidades tan diferentes como las que el Provab proporciona. Los datos referentes a los 477 médicos revelaron que ellos se asignaron a 350 municipios situados en las cinco regiones del país. Después, los municipios se encuadraron en los perfiles de municipios del Más Médicos y el resultado se comparó con la distribución de los 1.245 médicos en los mismos perfiles, certificándose de la fuerte correlación obtenida de tal cruce.

El método utilizado para análisis de los datos cuantitativos fue el estadístico descriptivo y los resultados de frecuencia se presentaron en la forma de gráficos con los respectivos porcentajes, utilizándose el *software* SPSS para procesamiento estadístico de las informaciones.

En lo que se refiere al análisis de los datos cualitativos, las dos preguntas sumadas generaron un conjunto de 207 respuestas que se leyeron y categorizaron de modo inductivo en motivaciones de tenor “pragmático”, “entusiasta”, “dedicado” e “idealista”. Esas cuatro categorías se crearon a partir del análisis del contenido de las respuestas, subrayando que cada respuesta podía encuadrarse en una o más categorías. A su vez, las categorías generaron sub-categorías, clasificadas de acuerdo con el tenor de los argumentos usados para justificar las razones señaladas. Para fines de ejemplificación de cómo se realizó el análisis, reproducimos a continuación la categorización de una de las respuestas en relación a los motivos que llevaron al médico a ingresar en el Provab, en 2015:

[además del curso de especialización]→ Dedicación (categoría) → Postgrado (sub-categoría) [también hay la voluntad de participar activamente en el ámbito de la atención básica]→ Entusiasmo (categoría) → Identificación AB (sub-categoría) [estando más próximo de la población que más necesita atención]→ Idealismo (categoría) → Equidad (sub-categoría).

A continuación, la descripción de los criterios usados para incluir las respuestas en las respectivas categorías:

Tabla 1. Descripción del criterio para inclusión de las respuestas en las respectivas categorías:

Categoría	Descripción de motivaciones
Entusiasmo	Orientadas por intereses profesionales asociados a la atención básica. Se expresan en diálogos que revelan una identificación y preferencia por actuar en esta área, un deseo de acumular experiencia profesional y de contribuir para calificarla. Idea central: “vivencia práctica valoriza al médico que actúa en la básica”
Pragmatismo	Se basan en un cálculo en términos de costo-beneficio para servir de base a la toma de decisión. Hay una racionalización que justifica la adhesión al programa, expresada por diálogos que subrayan los beneficios provenientes de los incentivos ofrecidos por el programa. Idea central: “recompensas compensan eventuales obstáculos y responsabilidades de participar”.
Dedicación	Proviene de intereses vinculados a la oportunidad de titularse como especialista, juntamente con la valorización del conocimiento y del aprendizaje envuelto en la participación en un programa que integra enseñanza-servicio y prevé tiempo de estudio en la carga horaria semanal, incluso para prepararse para las pruebas de residencia médica. Idea central: “dedicación a los estudios califica la actuación del médico”.
Idealismo	Carácter altruista, destacándose una preocupación por la cuestión de los efectos que la inequidad genera en la salud de los ciudadanos. El

médico es un sujeto activo de transformación que debería comprometerse personalmente y profesionalmente con la comunidad a la que atiende y, al hacerlo, puede desencadenar micro-cambios en las prácticas de salud y en el modelo de formación médica que estén más sintonizadas con las directrices del SUS. Idea central: “provocar cambios sociales y políticos es inherente al médico que actúa en la Atención Básica”.

Para fines comparativos, se utilizaron informaciones puestas a disposición por el DEPREPS sobre el perfil de los médicos que optaron por migrar al Más Médicos después de haber concluido el Provac en 2014 y en 2015. Debemos subrayar que el trabajo tiene limitaciones en sus conclusiones, tanto por la naturaleza secundaria de los datos cuantitativos obtenidos y por la fragilidad del instrumento utilizado para la verificación de las motivaciones, como por el bajo número de respuestas a las preguntas abiertas; por eso, la opción de dejar explícitos lo máximo posible los criterios adoptados en el análisis de los datos cualitativos.

Resultados y discusión

1 Perfil de los médicos que concluyeron el Provac que migraron para el Más Médicos 2016

El análisis de los datos colectados por el MS por medio del formulario electrónico reveló que esos programas atrajeron predominantemente a médicos jóvenes, todavía sin familia constituida, recién diplomados y con poca experiencia y formación profesional en la Atención Básica, pero dispuestos a aprender más sobre el área en la práctica. El setenta y dos por ciento de los médicos estaban en el rango de edad de los 30 años en el momento de la inscripción y eran, en su mayoría, solteros (69%), con un año de diplomados (61%). Coherentemente con la corta experiencia profesional, el 88% no había realizado ninguna especialización antes del Provac y, entre el 55% que tenía actuación anterior en la Atención Básica, el 62% se limitaba a un

año de actuación en el área. Esos hallazgos indican que el Provac se ha considerado como una alternativa atractiva de ingreso en el mercado de trabajo, muchas veces para que los profesionales puedan actuar en sus regiones de origen, o regresar a ellas, después de la conclusión del curso de medicina; estas son hipótesis reforzadas con datos de la *survey* discutidos en esta investigación.

En lo que se refiere a los datos de raza/color de los participantes, el 41% de ellos son negros (mulatos y negros). Ese índice puede parecer bajo cuando se compara al número de blancos que son mayoría (55%), cuyo índice es incluso superior al detectado en el Censo del IBGE de 2010 (48%). No obstante, considerando que el alto número de blancos en los campi universitarios brasileños es una situación más común cuando se lleva en consideración a los estudiantes matriculados en el curso de medicina que llega al 74%, segundo Ristoff¹⁰, mientras que los negros y mulatos antes de la ley de las cuotas solamente representaba al 5,6% de los alumnos en 2002¹¹, el 41% de negros y mulatos son realmente un porcentaje bastante expresivo. Ese alto índice verificado en un curso de graduación conocido por reclutar un perfil blanco y de altos ingresos que generalmente proviene de una familia de médicos, es un indicativo de que las políticas de expansión e interiorización de plazas de los cursos de graduación en medicina y de cambios en las reglas de acceso con destaque para el acceso por cuotas, ha permitido diversificar el origen socio-económico de los egresados.

En lo que se refiere al origen, casi la mitad de los participantes proviene de la región nordeste (48%). Esto puede explicarse por el hecho de que el Provac se convirtió en una alternativa de trabajo que diversifica las opciones de actuación profesional en una región que tiene una menor oferta de plazas de residencia médica y de empleo en el sector privado, comparativamente con las regiones sur y sudeste. Si esta hipótesis parece que se aplica al sur, debe no obstante relativizarse y ampliarse a la región sudeste, por el simple hecho de que esta es la región que suministra el segundo mayor número de participantes: el 25% de ellos eran provenientes del sudeste, cifra bastante superior, por lo tanto, a los números encontrados en el centro-oeste (10%), norte (8%) y sur (8%) del país.

En el caso del nordeste, que supera el índice del sudeste, el 48% puede atribuirse en gran medida al aumento del 216% en el número de cursos y del 152% en el número de plazas de graduación en medicina por instituciones públicas y privadas de enseñanza superior, en el período de 2000 a 2010, según datos del Sistema de Indicadores de las Graduaciones en Salud (SIGRAS)¹². Pero, de la misma forma, tal hipótesis debe relativizarse puesto que participantes provenientes de la región norte fueron tan solo el 8%, siendo que esta fue la región que tuvo el mayor crecimiento en números porcentuales en Brasil entre 2000 y 2010, una tasa expresiva del 375% en el número de cursos y del 370%, en el número de plazas en medicina.

Una línea de explicación para subsidiar esos datos sería el argumento de que el local en donde los médicos realizan la graduación influye sobre la decisión de donde van a trabajar después de egresados y de que razones financieras para un curso de larga duración limitan las probabilidades de migración interregional, aunque la unificación nacional de procesos selectivos de acceso a la enseñanza superior haya incentivado esa migración. Eso ayudaría a explicar el porqué el sudeste y el nordeste están a la vanguardia en número de participantes, puesto que son las regiones que tienen el mayor número absoluto de cursos de medicina, sumándose las instituciones públicas y privadas¹².

Los datos sobre las motivaciones corroboran esa hipótesis en la medida en que “la proximidad del domicilio de origen” se consideró un factor “muy importante” para el 45% de los respondedores cuando se les preguntó sobre las razones para migrar, por encima incluso del “valor de la beca”. Para el ingreso en el Provac, el 36% otorgó “prioridad 1” a la categoría “localización del municipio”, tasa que es todavía más expresiva considerando que el Provac exige del médico que permanezca solamente un año en el municipio elegido, pero aún así los médicos consideraron la localización como un importante criterio de adhesión.

Algunos estados de las regiones nordeste y sudeste se destacan cuando se analiza el origen, el local de graduación y la actuación de esos médicos. Ceará es la unidad de la federación en donde se origina el mayor número de participantes (el 12%, seguido del estado de Minas Gerais con el 11%) y es en donde más eligen actuar (el

12%, seguido por el estado de Bahia con el 10%), mientras que Minas Gerais se destaca como la unidad de la federación en donde los médicos más concluyen la graduación (el 13%, seguido por el estado de Paraíba con el 10%).

Los resultados presentados revelaron una fotografía de los que concluyen el Provac que solicitaron precedencia en 2016, que no es discrepante de los resultados referentes al conjunto de 2.412 médicos que optaron por la misma trayectoria desde 2014.

Aunque el indicador de género de los participantes, si consideramos el margen de error, demuestre una división por igual entre mujeres (52%) y hombres (48%) del grupo que solicitó precedencia en 2016, los datos agregados del conjunto de las ediciones permitieron verificar que ya fue menor el número de hombres a la proporción del 10% (hombres el 45%/ mujeres el 55%), diferencia que fue diluida en el grupo ingresado en 2015. En números absolutos, los datos desde 2014 revelaron que permanecer en el Más Médicos ha atraído más a las mujeres. No obstante, ese barniz de género debe aplicarse con cautela en inferencias de esta naturaleza, puesto que la demanda mayor puede deberse al mayor número de mujeres diplomadas, conforme revela la tendencia de “feminización” de la medicina en el país, señalada en la edición 2015 de la Demografía Médica en Brasil que indica que, considerando a médicos de 29 años o menos, las mujeres ya son mayoría, alcanzando el 56,2%, contra el 43,8 de los hombres²; índices que están muy próximos a los encontrados en el conjunto de los 2.412 médicos que solicitaron precedencia.

La comparación entre los datos agregados y los referentes solamente a 2016, hecha con base en los hallazgos de la Demografía Médica², señala en la dirección de un aumento del número de médicos hombres interesados en permanecer en el Más Médicos, después del fin del Provac. Ese número creció entre 2014 a 2016: el 43,7% de hombres solicitan precedencia en 2014, el 44,8% en 2015 y el 48% en 2016, aunque el número de médicas lo supera siempre en términos absolutos en todas las ediciones en el mismo período. El fenómeno de la “feminización” afecta también la competitividad entre géneros por las plazas de residencia médica y sugiere que, como consecuencia de esa tendencia, puede ser que esté ocurriendo un aumento relativo en el número de

mujeres que ingresan en la residencia, reorientando, al menos a corto plazo, los rumbos que los médicos hombres recién formados dan a su carrera. En un escenario de competencia reñida en el proceso selectivo, el bono del 10% concedido a los participantes que finalizan con éxito el Provac es señalado en los datos cuanti y cualitativos como un incentivo fundamental para la adhesión al programa. Tal vez el Más Médicos pase a constar cada vez más en el rol de opciones de los médicos para quienes aplazan el proyecto profesional de realizar la residencia médica, asegurando el 10% para selecciones futuras y el beneficio de las horas semanales de estudio.

A su vez, los datos que indicaron la amplia adhesión de los médicos naturales del Estado de Ceará al Provac y su posterior disposición para migrar al Más Médicos, discutidos anteriormente, obtienen un refuerzo cuando se analizan los datos de origen y local de graduación y actuación en el Provac para el conjunto de los 2.412 médicos. El estado de Ceará se mantiene como la unidad de la federación en donde nació el mayor número de participantes y la que tiene, considerando todas las ediciones, el mayor número actuando en el Provac, además de asumir el liderazgo como la unidad de la federación en la cual los participantes más concluyeron la graduación, quedando el estado de Minas Gerais en el segundo lugar. Eso parece efecto de las altas tasas de crecimiento de plazas y cursos de medicina en la región nordeste, pero también refleja la alta adhesión de los municipios del estado de Ceará en los años iniciales del Provac.

Considerando el rango de edad y el tiempo de formación de los participantes, de los 2.412 médicos, el 78% tenían menos de 30 años y el 85% se habían recibido en medicina a partir de 2012, por lo tanto, después del lanzamiento del Provac, lo que indica que esos participantes conocieron el programa cuando todavía eran estudiantes. Ese hallazgo, en particular, refuerza que el diseño institucional del Provac por medio de incentivos selectivos para atraer al perfil recién recibido fue exitoso. Pero, en realidad, ¿qué ha motivado a los médicos recién formados a vislumbrar hasta siete años, uno de Provac y otros seis de Más Médicos, de dedicación profesional a la Atención Básica?

En la próxima sección se discuten las motivaciones que parecen estar por detrás de esas opciones. Como no toda decisión está orientada pragmáticamente, el

bono del 10%, asegurado al final del Provac, conforme mencionado, mostró ser un incentivo para la adhesión al programa, pero no puede ser considerado un estímulo para migrar al Más Médicos ni tampoco es el único, puesto que si lo fuera, los que concluyen el Provac no tendrían razón para solicitar su transferencia al Más Médicos. No obstante, es eso exactamente lo que sucede y cada vez más. Debemos subrayar que esos números todavía pueden crecer, puesto que datos del MS muestran que, en el promedio, el 75% de las opciones en el momento de la inscripción han sido en la dirección del Provac. Es, por lo tanto, en esa “modalidad con el 10%” que se encuentra un gran contingente de médicos brasileños.

2 Motivaciones de los médicos que concluyen el Provac para migrar al Más Médicos

En esta sección se presentan los datos resultantes de las preguntas cerradas sobre las motivaciones de los médicos para el ingreso en el Provac y para la migración al Más Médicos, sistematizados a continuación:

Figura 1. Razones que llevaron al médico a participar en el Provac

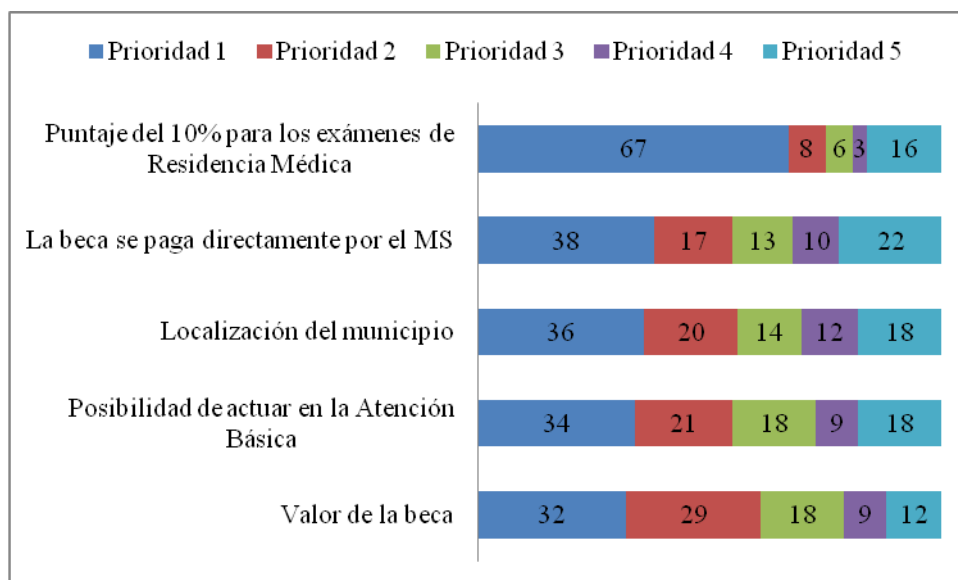
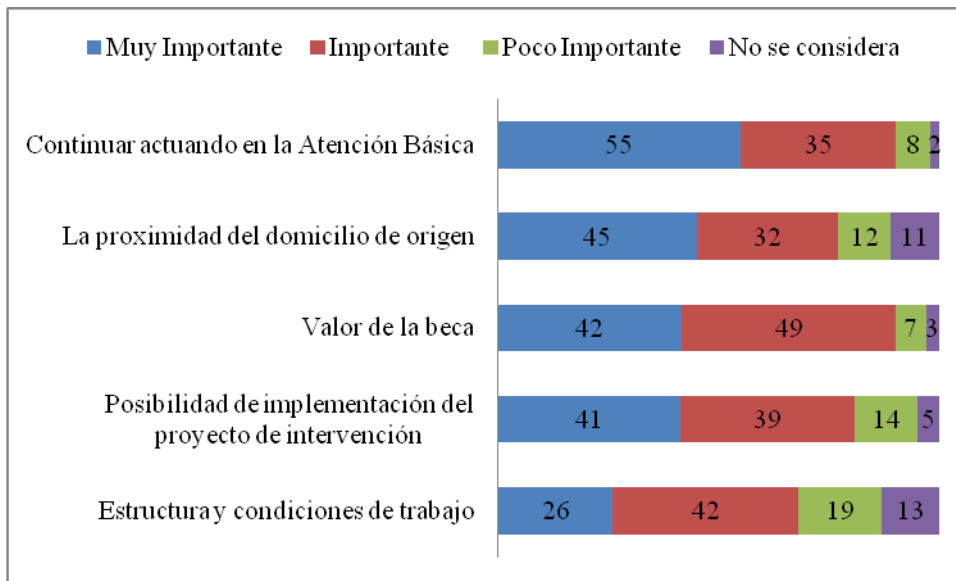


Figura 2. Razones que llevaron al médico a solicitar la precedencia



Aunque todos los ítems se hayan mostrado relevantes para la decisión de participar en el Provac, el bono del 10% para los exámenes de residencia médica surge como la principal razón para adherir al programa, alcanzando un porcentaje del 74% de prioridad 1 y 2 sumadas. Los comentarios adicionales realizados en la respectiva pregunta abierta reforzaron este hallazgo, puesto que los respondedores subrayaron claramente la relevancia de este factor, aunque ya constaba como una de las opciones evaluadas en la pregunta cerrada.

Considerando la categorización que se adoptó en el análisis de los comentarios, quedó claro que, de forma agregada, el tenor de las motivaciones se invirtió cuando se consideraron las razones de los médicos para ingresar en el Provac y para migrar al Más Médicos. Cuando lo que estuvo en juego fue comentar libremente las razones de los médicos, cuyo perfil está formado en su mayoría por recién egresados, para adherir al Provac, las dos categorías que son más genéricas y que tienen menos relación con la Atención Básica que son “pragmatismo + dedicación”, alcanzaron el 62% de las menciones, mientras que las que están más fuertemente relacionadas con la Atención Básica, “entusiasmo + idealismo” alcanzaron juntas tan solo el 39%. Los hallazgos del cuestionario corroboran ese resultado, puesto que la “posibilidad de actuar en la Atención Básica” permaneció en el cuarto lugar como prioridad 1 (34%), por detrás de razones pragmáticas que tuvieron destaque, estando

el “puntaje del 10% para los exámenes de residencia médica” con el 66% de prioridad 1. Caso se sumen prioridades 1 y 2, el “valor de la beca”, que estaba en quinto lugar cuando se considera solamente la prioridad 1, luego después de “la posibilidad de actuar en la Atención Básica”, acaba por superarla con un margen del 5% más. Se trata de un fuerte indicio de que el médico que sale casi que directamente de los pupitres escolares para entrar en el Provac no lo hace, de forma general, por causa de una identificación con el área de la Atención Básica y/o con los demás frentes de actuación del SUS o porque la breve experiencia con el área lo haya incentivado.

En realidad, sin que categorías ajenas a la Atención Básica pierdan espacio en las motivaciones, el interés en la Atención Básica gana nítidamente peso y nuevos colores en las motivaciones para que los médicos soliciten precedencia, tanto por medio del crecimiento relativo de las categorías pertinentes como por medio de la multiplicación y diversificación de las sub-categorías: “continuar actuando en la AB”, “vínculo con la comunidad”, “trabajo en equipo”, “identificación con la AB”, “calificar la atención”, “más experiencia” y “buena relación con la gestión”. Después de que los médicos experimentaron el Provac durante un año, se verifica que “entusiasmo + idealismo” superan a las otras con un expresivo porcentaje del 20%. En el cuestionario, “continuar actuando en la Atención Básica” alcanza el 55% de motivación “muy importante”, surgiendo en primer lugar proporcionalmente a las demás, lo que, juntamente con el índice del 41% de “muy importante” de la “posibilidad de implementación del proyecto de intervención”, revela que aumentó la identificación y el compromiso con la Atención Básica entre los médicos que vivieron el programa durante un año, después de haber tenido experiencia con la Atención Básica en la práctica. Pero debemos subrayar que los porcentajes de “entusiasmo + idealismo” con relación al Más Médicos (60%) no superaron los de “pragmatismo + dedicación” que los médicos señalaron inicialmente como motivaciones para ingresar en el Provac (62%), ni es irrelevante el 40% de “pragmatismo + dedicación” de los que solicitaron precedencia. A continuación, la tabla 2 muestra las categorías y sub-categorías sistematizadas.

Tabla 2. Categorización de los comentarios realizados libremente por los participantes en relación a los motivos para ingresar en el Provac y para solicitar precedencia

MOTIVACIONES PARA INGRESAR EN EL Provac				MOTIVACIONES PARA SOLICITAR PRECEDENCIA				
				CATEGORÍA		SUB-SUB-CATEGORÍA		N
ENTUSIASMO	Identificación AB	7	54	ENTUSIASMO	Continuar actuando en la	38	39	
					Identificación MFC			16
	Experiencia	6	32		Trabajo en equipo	16	16	
					Calidad de la atención	6	12	
	Total		0		28	Total	98	53
	PRAGMATISMO	10% Residencia	9		28	PRAGMATISMO	Estabilidad-Beca pagada por el MS	19
Estabilidad-Beca pagada por el MS				11			18	
Localización municipio		5	22	Resultados positivos alcanzados	9		15	
				Conveniencia profesional	7		10	
Total		0	28	Total	98	53		

	Valor de la beca	7	10		Valor Beca	6	10
	Incentivos- ventajas ofrecidos	4	6		No tener interés en la aprobación en la RM	3	5
					Valorización profesional	3	5
					Preparación RM	1	2
					Incentivos- ventajas ofrecidos	1	2
					Apoyo del supervisor	1	2
			6				
	Total	8	38		Total	60	33
					Poner el aprendizaje en práctica	6	46
	Postgrado	1	72	DEDICACIÓN	Aprendizaje	4	31
DEDICACIÓN	Aprendizaje	2	28		Postgrado	3	23
			4				
	Total	3	24		Total	13	7
	Cambio total del modelo de atención	8	42		Equidad	5	38
	Equidad	6	32		Cambio modelo atención	4	31
IDEALISMO	Cambio formación médica	4	21	IDEALISMO	Compromiso con la comunidad	3	23
	Defensa SUS	1	5		Cambio formación médica	1	8

	1			
Total	9	11	Total	13 7
	1			
	8	10		10
TOTAL GENERAL	0	0	TOTAL GENERAL	184 0

Con la finalidad de perfeccionar los hallazgos anteriormente discutidos, se realizó un análisis complementario para averiguar cómo resultaría la categorización, caso se consideraran solamente los comentarios de los mismos médicos sobre las razones tanto para adherir al Provac como para migrar al Más Médicos. Del total, 69 médicos hicieron comentarios a ambas preguntas, resultando en 122 categorías en la primera y 127 en la segunda, lo que permite la comparación. Con referencia al Provac “pragmatismo + dedicación” fueron el 56% del tenor de los comentarios realizados; a su vez, “entusiasmo + idealismo” el otro 44%. El efecto invertido se potencia entonces cuando se trata de las motivaciones para ir para el Más Médicos, puesto que “entusiasmo + idealismo” totalizó, entonces el 65% del tenor de los comentarios, mientras que “pragmatismo + dedicación” solamente alcanzó el 35%. El mismo médico que había dado razones pragmáticas para continuar en el Más Médicos, no obstante, literalmente dobló el entusiasmo que pasó a tener por la Atención Básica, después de haber pasado un año en el Provac.

Consideraciones finales

El típico “provabiano” que permaneció en el Más Médicos en 2016 es una joven mujer nordestina soltera, auto-declarada blanca o mulata, que no descende de una familia de médicos. Ingresó en el programa, teniendo una breve trayectoria profesional y encara la experiencia más como una posibilidad de continuar los estudios y de aprender a “sentirse médica” en la práctica. El Provac contiene un fuerte carácter formativo en su esencia y es asimilado por sus participantes en esa forma. Indecisos sobre los rumbos que darán a la carrera, duramente conquistada, los participantes no ven el programa tan solo como un trampolín para la residencia

médica, sino que viven las contradicciones entre los atractivos de un mercado de trabajo activo y atractivo desde el punto de vista financiero y que demanda especialización y la situación dramática de la salud de una parte expresiva de la población que exige compromiso, aunque haya que actuar en condiciones precarias. Si al principio, los incentivos eran fuertemente necesarios para compensar eventuales obstáculos de la participación, la decisión de permanecer muestra señales de compromiso y dedicación, momento en el que muchos médicos optan por dar continuidad a su proyecto de intervención de salud en el territorio, muchas veces en atención a clamores de una población con historial de abandono por parte de las políticas públicas y preterida en lo que se refiere a cuidados médicos elementales.

Cuando se trata de los incentivos propios del Provac, el bono del 10% asume no solo la condición de factor momentáneo de atractivo por excelencia, lo que de hecho es, sino que sirve para fomentar la expansión a mediano y largo plazo de especialistas en áreas definidas como prioritarias por la política de salud y lo hace en la medida en que el MS limita el uso del bono a las residencias denominadas de acceso directo, que tienen escasez de especialistas. Los que optan por migrar, si ya cuentan con el bono del 10% para intentar ingresar en una residencia médica, anhelo profesional tan común a la categoría médica, parecen dispuestos a aplazarla, momentáneamente en pro del Más Médicos, o al menos hasta que se abra un nuevo proceso selectivo de su interés en el que sea aprobado.

El actual diseño institucional del Provac y el del Más Médicos los divide esencialmente en modalidad “con el 10%” y “sin el 10%”, respectivamente, que se refiere a la puntuación extra para los exámenes de residencia médica. El mantenimiento del “10%”, así como la no inclusión en el diseño del Más Médicos, reflejan la inmensa inversión institucional, presupuestaria y de articulación política que el MS realiza desde 2011 para atraer a médicos recién formados para el Provac, puesto que ellos son un público objetivo de cambio en las prácticas de salud a largo plazo por su supuesta mayor maleabilidad profesional, pero sin apostar solamente por ese perfil para dar sostenibilidad a los programas. En realidad, atraer a médicos con más tiempo de profesión y más experiencia acumulada en la Atención Básica es estratégico para

familiarizarlos con la idea de que puedan convertirse en supervisores, tutores o preceptores de estos mismos programas o de otros, destinados a cambiar la formación médica con base en la integración enseñanza–servicio.

Con base en los análisis realizados, se mantiene que el cambio realizado por el MS a partir de 2014 y consolidado en los años siguientes, que permite una dinámica migratoria de los que concluyen el Provab directamente para el Más Médicos, viene transformando al primero en una vía de acceso alternativa para médicos recién formados al segundo. Sin pasar por una nueva selección, excepto la validación del gestor municipal, el Más Médicos no cierra sus puertas a jóvenes recién formados. Estos pueden adherir, si así lo desean, puesto que no hay reglas que impongan una actuación profesional anterior como requisito previo, aunque la experiencia en la Atención Básica se valore en el proceso de selección. Sin embargo, decidir ingresar directamente en el Más Médicos para vivir durante tantos años en lugares que parecen poco atractivos parece ser extremadamente difícil para jóvenes recién egresados de la formación académica. El Provab sirve, por lo tanto, como puerta de entrada.

En el papel de mediador de la relación entre gestor local y profesional médico, el gobierno federal fue certero al construir un “puente” que lleva del Provab al Más Médicos, que ha disminuido, significativamente, la cantidad de plazas que, más que ociosas, son dañinas para un contingente enorme de ciudadanos y ciudadanas tan carentes de cuidados básicos de salud. Sumándolo todo, los programas gubernamentales cumplen un papel decisivo para inclinar la balanza hacia lo social y enfrentar los atractivos del mercado cuando consiguen dar el apoyo y el soporte necesarios para que las médicas y médicos no se sientan solos en este trayecto de tantas inseguridades e incertidumbres presentes en sus opciones profesionales presentes y futuras.

Colaboradores

Todos los autores participaron de la redacción, análisis y discusión de los resultados y aprobación de la versión final del trabajo.

Agradecimientos

Agradecemos al DEPREPS, en especial a Felipe Proença de Oliveira, Grasiela Damasceno, Felipe Santos, Sidclei Queiroga, Tiago Storni y Érika Siqueira.

Referencias

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Scheffer M, Coordenador. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva; Faculdade de Medicina; Universidade de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
3. Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
4. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
5. Nunes M, Michel J. Iniciativas educacionais relacionadas ao provimento e fixação de médicos no SUS: Graduação e Residência Médica como fatores de fixação de médicos. In: Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade; 2011; Brasília. Brasília: MS; 2011.
6. Alessio MM, Sousa MF. Análise da implantação do programa mais médicos. [dissertação]. Brasília: Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2015.
7. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 [citado 25 Feb 2016]; 17(47):913–26. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84893084202&partner>
8. Pacheco RM, Favoreto CAO. Médicos na atenção primária a saúde as relações entre a formação e a prática do cuidado no cotidiano da APS 'Um estudo de caso a partir do Provab. Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
9. Campos F, Pierantoni C, Machado M. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. Cad RH Saúde [Internet]. 2006 [citado 25 Feb 2016]; 3(1):13–29. Disponível em: <http://scholar.google.com>
10. Ristoff D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super [Internet]. 2014; [citado 25 Feb 2016]; 19(3):723–47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772014000300010>
11. Pinto PGHDR. Ação afirmativa, fronteiras raciais e identidades acadêmicas: uma etnografia das cotas para negros na UERJ. In: Feres Júnior J, Zoninsein J, editores. Ação afirmativa e universidade: experiências nacionais comparadas. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2006. p.136–66.
12. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Instituto de Medicina Social. Estação de Trabalho. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – SIGRAS [Internet]. 2016 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/sigras/>

Traducido por Maria Carbajal