

Demografía médica en municipios de extrema pobreza en Brasil

Bárbara Okabaiasse Luizeti¹, Carlos Henrique de Lima¹, Lucas França Garcia¹, Ely Mitie Massuda¹

1. Universidade Cesumar, Maringá/PR, Brasil.

Resumen

Este artículo analizó la distribución de los profesionales médicos vinculados al Sistema Único de Salud en municipios en extrema pobreza en Brasil. Se trató de un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo, realizado con datos secundarios provenientes del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. De un total de 16.267 médicos; 1.360 estaban en la red privada y 14.907 en la red pública. De estos, 1.284 trabajaban en la región Norte; 9.186, en el Nordeste; 3.071, en el Sudeste; 837 en el Sur; y 529, en el Centro-Oeste. En tal condición, el 12,2% de los municipios tenía tres médicos; el 10,7%, dos; y el 9,2% solo uno. Los resultados primarios relacionados con el tema permiten atestar la desproporción en la distribución de profesionales entre las ciudades brasileñas. Se sugiere implementar políticas de salud que promuevan la equidad en la demografía médica en el país.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Accesibilidad a los servicios de salud. Regionalización.

Resumo

Demografia médica em municípios em extrema pobreza no Brasil

O objetivo deste artigo foi analisar a distribuição de profissionais médicos vinculados ao Sistema Único de Saúde em municípios em extrema pobreza do Brasil. Trata-se de estudo observacional, longitudinal e retrospectivo, desenvolvido com base em dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram contabilizados 16.267 médicos, dos quais 1.360 atendiam na rede privada e 14.907 na rede pública. Dentre estes, 1.284 atendem na região Norte; 9.186, no Nordeste; 3.071, no Sudeste; 837, no Sul; e 529, no Centro-Oeste. Entre os municípios brasileiros em extrema pobreza, 12,2% dispõem de três médicos; 10,7%, de dois médicos; e 9,2%, de apenas um médico. Os desfechos primários relativos à demografia médica dos municípios em extrema pobreza afirmam a desproporção na distribuição de profissionais entre as cidades brasileiras. Sugere-se a implementação de políticas em saúde que promovam a equidade da demografia médica no país.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Regionalização da saúde.

Abstract

Medical demographics in municipalities in extreme poverty in Brazil

This article aimed to analyze the distribution of medical professionals linked to the Brazilian Unified Health System in municipalities in extreme poverty in the country. This is an observational, longitudinal and retrospective study based on secondary data provided by the Department of Informatics of the Unified Health System. In total, 16,267 physicians were identified, of which 1,360 worked in the private network and 14,907 in the public network. The regional distribution is as follows: 1,284 in the North; 9,186 in the Northeast; 3,071 in the Southeast; 837 in the South; and 529 in the Midwest. Among Brazilian municipalities in extreme poverty, 12.2% have three physicians; 10.7% of two physicians; and 9.2% of only one. The primary outcomes related to the demographics of medical personnel municipalities in extreme poverty show the disproportion in the distribution of professionals among Brazilian cities. The implementation of health policies that promote the equity of such demographics in the country is suggested.

Keywords: Unified Health System. Health services accessibility. Regional health planning.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Brasil, el país más grande en superficie de América Latina, tuvo su población estimada en 210.147.125 habitantes en 2019¹. El Sistema Único de Salud (SUS) vigente en el país fue establecido por la Constitución Federal de 1988², que, en su artículo 196, definió la salud como un derecho de todos y deber del Estado. El SUS, financiados con recursos del presupuesto de la seguridad social de la Unión, de los estados, del Distrito Federal y los municipios, tiene entre sus principios organizativos la descentralización, la regionalización y la jerarquización del servicio. En este contexto, la funcionalidad de una red regionalizada y jerarquizada de servicios de Salud ha sido uno de sus principales desafíos. Los problemas de carácter estructural se superponen a los equipamientos y especialidades (recursos humanos y tecnológicos) por el territorio, trayendo para el primer plano la cuestión de la equidad territorial como el mayor obstáculo a ser enfrentado para la concreción de la directriz de integralidad en el SUS³.

La regionalización requiere arreglos institucionales peculiares, ya que la creación de regiones depende de pactos federales entre el gobierno estatal y los municipios que las componen, así como de acuerdos horizontales entre las secretarías municipales, que van más allá de los mecanismos contractuales vigentes en los consorcios entre ciudades⁴. Diversas categorías permiten evaluar la calidad del acceso a la salud, entre las que destacan la accesibilidad geográfica, la disponibilidad, la viabilidad y la aceptabilidad. La accesibilidad geográfica se refiere al cumplimiento de la ubicación de los servicios de salud con respecto a la ubicación de los usuarios, teniendo en cuenta la distancia, los medios de transporte y el tiempo de desplazamiento⁵.

La descentralización político-administrativa del SUS, basada en la municipalización, favoreció la inflexión del proceso de regionalización al ampliar las atribuciones municipales en la prestación de servicios y desconocer el papel de los estados⁶. Entonces surgió la necesidad de debatir la capacidad de gestión a nivel municipal para la implementación de esta política. Se debatió la capacidad de gobierno o gestión⁷. Ante la fragilidad de la adecuación a las múltiples realidades brasileñas al desconocer las condiciones políticas, administrativas, técnicas, financieras y las necesidades de salud de los municipios, con el objetivo de reducir las desigualdades; se observó que este primer ciclo de descentralización, de 1988 a 2000,

con protagonismo de los municipios, todavía prevaleció en algunos territorios, incluso con el establecimiento de regiones de Salud y de las Redes de Atención a la Salud, a partir del año 2000⁸.

Aunque hay una proporción importante de médicos por habitantes brasileños, este contingente de profesionales no está distribuido equitativamente por las regiones de Brasil, concentrándose en los centros con mayor ingreso monetario⁵. Así, en muchos municipios el acceso a la salud es escaso, especialmente en aquellos en extrema pobreza, los cuales carecen de accesibilidad geográfica.

Según criterios adoptados por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)¹, se consideran municipios en extrema pobreza aquellos en los que al menos el 20 % de la población vive en esta condición. Los datos de la Síntesis de Indicadores Sociales del IBGE⁹ muestran que la pobreza extrema alcanzó los 13,5 millones de brasileños en 2019, alcanzando su nivel más alto en siete años. Las personas en esta situación tienen una renta familiar mensual de hasta R\$ 145 *per cápita*, mientras que las que están en situación de pobreza tienen una renta familiar mensual entre R\$ 145 y R\$ 420 *per cápita*. Las unidades de la federación con mayores ingresos se encuentran en las regiones sur, sudestes y centro-oeste, destacando el Distrito Federal, que posee mayor renta media. Por otro lado, los estados con los ingresos más bajos están todos en las regiones norte y noreste, siendo el más bajo Maranhão⁹, lo que corresponde a regiones donde las tasas de cobertura de salud pública son más bajas¹⁰.

Ante el escenario demográfico y epidemiológico de desigualdad de la cobertura de salud brasileña, el objetivo de esta investigación fue analizar la distribución de profesionales médicos vinculados al SUS en los municipios en extrema pobreza en Brasil, a fin de presentar la demografía médica en esos locales. Este análisis pretende poner de manifiesto, en el contexto del acceso efectivo a la salud, la falta de médicos en esos municipios y proximidades. Con ello se estimula la reflexión, permitiendo que las acciones se basen en la adaptación de los servicios de salud a las necesidades de esos territorios vulnerables.

Método

Se trata de un estudio de naturaleza observacional, analítica, longitudinal y retrospectiva basada en datos

cuantitativos secundarios puestos a disposición por el Departamento de Informática del SUS (Datusus)¹¹, recopilados en el tabulador público de información de salud (Tabnet) entre el 1 y el 31 de diciembre de 2019. Las variables del presente estudio corresponden a la categoría de redes asistenciales, carentes de recursos humanos, a partir del Registro Nacional de establecimientos de salud, siendo seleccionados profesionales a nivel nacional.

Entre las diversas dimensiones y aspectos de los arreglos organizacionales, el estudio priorizó el análisis de las composiciones de médicos que atienden por el SUS en los municipios en extrema pobreza; según región, unidad federativa, año o mes competente —entre octubre de 2007 y octubre de 2019—, naturaleza jurídica, tipo de gestión, tipo de establecimientos y ejercicio de enseñanza e investigación. Para evaluar la distribución según el tamaño de la población, se extrajeron del sitio web Datusus¹¹ datos sociodemográficos y el número de habitantes, estimados por el Tribunal de Cuentas de la Unión.

Los datos recopilados se procesaron en Microsoft Office Excel 2016 para el análisis de frecuencias simples y absolutas. Las medidas de tendencia central utilizadas fueron la media, la mediana y la moda, y como medida de precisión, se calculó la desviación estándar.

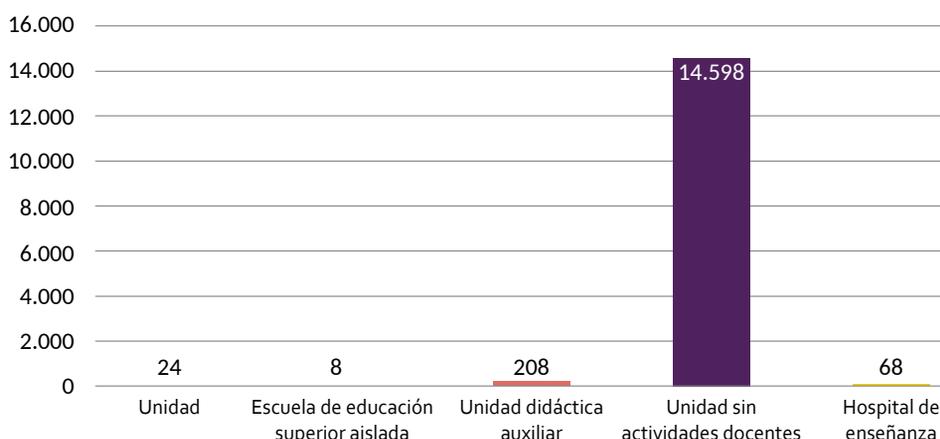
Resultados

En octubre de 2019, de los 5.570 municipios brasileños, según el IBGE⁹, 1.582 (28,4 %) están catalogados en Datusus como municipio de extrema

pobreza, lo que representa más de ¼ del total. Hay 466.135 médicos activos en Brasil¹², de los cuales 298.530 (64 %) actúan profesionalmente en el SUS¹¹. En los municipios en extrema pobreza se contabilizaron, 16.267 médicos, de los cuales 1.360 (8,4 %) atendían en la red privada y 14.907 (91,6 %) trabajaban en el SUS, siendo la naturaleza jurídica de 10.438 (64,2 %) de ellos municipal; 1.031 (6,3 %), estatal; 143 (0,9 %), federal; 363 (2,23 %), la sociedad empresaria limitada; 264 (1,62 %) al órgano público del Poder Ejecutivo municipal; 229 (1,4 %) asociaciones públicas; 70 (0,43 %), la autarquía federal; 25 (0,15 %) empresarios y el resto se dividen entre empresas individuales, entidades sindicales, cooperativas, entre otros. En cuanto a la actuación de los médicos en enseñanza e investigación en los municipios en extrema pobreza, solamente 208 (1,3 %) trabajan en unidades auxiliares de enseñanza, 69 (0,4 %) actúan en hospitales-escuela, 24 (0,2 %) en universidades y 8 (0,1 %) en facultades aisladas; por lo tanto, 14.598 (89,7 %) médicos no están vinculados a trabajos científicos, como se expone en el Gráfico 1. Es decir, el perfil identificado en los municipios en extrema pobreza es mayoritariamente el de un profesional médico que atiende en el SUS, contratado por el municipio y que no se dedica a la enseñanza e investigación.

Entre los médicos que ejercen sus actividades profesionales por el SUS en los 1.526 municipios brasileños en extrema pobreza, 1.284 (8,6 %) actúan en la región norte; 9.186 (61,6 %), en el noreste; 3.071 (20,6 %), en el sudeste; 837 (5,6 %), en el sur, y 529 (3,5 %), en el centro-oeste (Tabla 1).

Gráfico 1. Ejercicio de la enseñanza y la investigación por médicos del SUS en municipios en extrema pobreza (Brasil, octubre de 2019).



Fuente: adaptado de Brasil¹¹.

Tabla 1. Número de médicos que atienden en el SUS en municipios en extrema pobreza (Brasil, octubre de 2009 a octubre de 2019).

Región	Municipios en extrema pobreza		Número de médicos en el SUS	
	n	%	n	%
Norte	171	11,2	1.284	8,6
Noreste	936	61,3	9.186	61,6
Sureste	236	15,5	3.071	20,6
Sur	166	10,9	837	5,6
Medio Oeste	73	4,8	529	3,5
Total	1.582	100,0	14.907	100,0

Fuente: adaptado de Brasil¹¹.

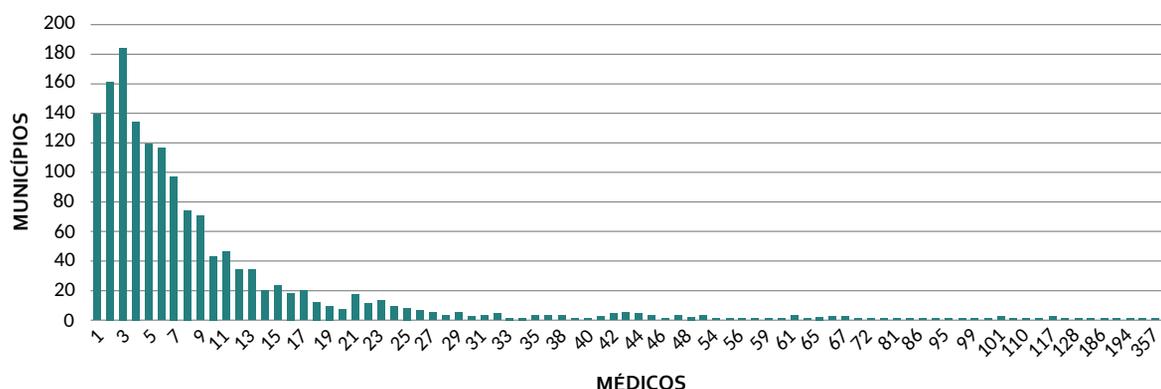
Según el Gráfico 2, entre los municipios brasileños en extrema pobreza, 186 (12,2 %) tienen tres médicos; 164 (10,7 %), tienen dos médicos, y 141 (9,2 %), tienen un médico. En este cuadro, el extremo opuesto es evidenciado por los municipios de Barbalha/CE, con 60.781 habitantes y 353 médicos en el SUS, indicando 5,8 médicos por mil habitantes; Guanambi/BA, con 84.481 habitantes y 171 médicos registrados, lo que equivale a 2,02 médicos por mil habitantes, y Arcoverde/PE, con 74.338 habitantes y 168 médicos en el SUS, lo que significa 2,25 médicos por mil habitantes.

Constituyen los 186 (12,2 %) municipios en extrema pobreza con solo tres médicos, por ejemplo, Ministro Andreazza/RO, con 9.660 habitantes y 0,31 médicos en el SUS por mil habitantes; Jordán/AC, con 8.317 habitantes y 0,36 médicos en el SUS por mil habitantes, y Campo Azul/MG,

con 3.817 habitantes y 0,78 médicos en el SUS por mil habitantes. En el extremo están los 141 (9,2 %) municipios con un médico, como Santa Tereza de Goiás/GO, con una población de 3.355 habitantes y 0,29 médicos en el SUS por mil habitantes; Cristal Do Sul/RS, con 2.847 habitantes y 0,35 médicos en el SUS por mil habitantes, y Bacurituba/MA, con 5.644 habitantes y 0,177 médicos en el SUS por mil habitantes.

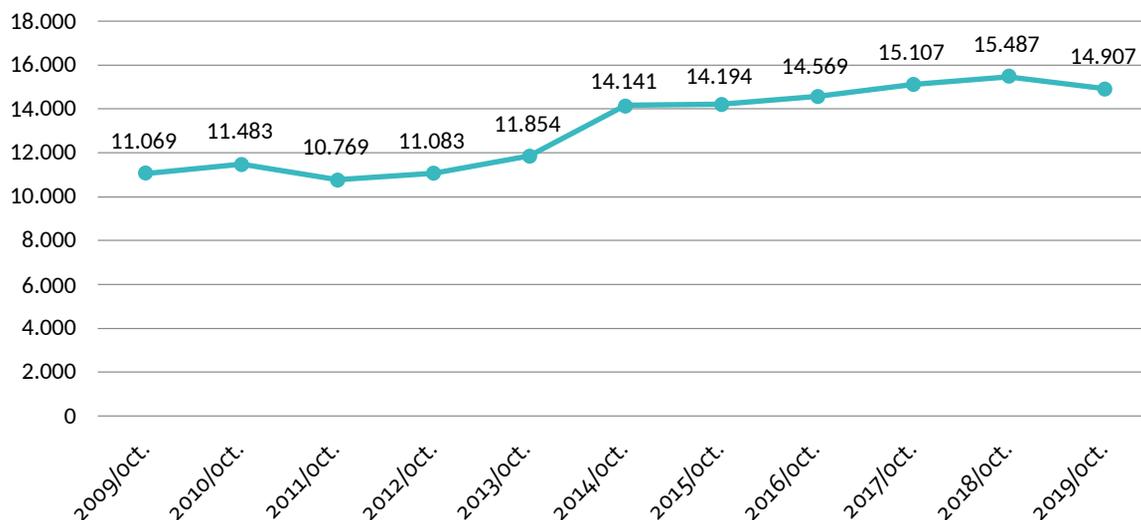
El gráfico 3 ilustra la asignación de los médicos colaboradores del SUS en los municipios en extrema pobreza entre octubre de 2009 y octubre de 2019. En este período, el mayor número de médicos fue designado en 2018, con un total de 15.487 profesionales. Sin embargo, en el último año, se produjo una reducción del 3,7 % en el número de médicos en estos territorios, representando reducción de 580 profesionales en esas localidades.

Gráfico 2. Distribución de los médicos del SUS por municipios en extrema pobreza (Brasil, octubre de 2019)



Fuente: adaptado de Brasil¹¹.

Gráfico 3. Médicos que atienden en el SUS en municipios en extrema pobreza (Brasil, octubre de 2019)



Fuente: adaptado de Brasil¹¹.

Discusión

La organización del SUS está condicionada a la regionalización, la descentralización y la jerarquización¹⁰. Para mantener la atención de la población en un país con dimensiones continentales¹, marcado por la pluralidad cultural y ambiental, al mismo tiempo que se acentúan las desigualdades socioeconómicas y regionales¹³; el SUS se basa en la disposición de equipos en la atención primaria a la salud por medio del Programa Salud de la familia. Estos grupos están más cerca de la comunidad para evaluar sus determinantes sociales de la salud e intervenir de manera precisa e integral. Cada equipo comprende, obligatoriamente y como mínimo, un médico¹⁰.

En Brasil, hay en promedio 2,18 médicos por cada mil habitantes. Sin embargo, estos profesionales se concentran en ciertos lugares y regiones: el 60,2 % de los médicos están en municipios con más de 500 mil habitantes, cuya población representa el 30,2 % del país, y solo el 2,6 % de los médicos atienden en municipios con hasta 20 mil personas y con menores ingresos económicos. La población de estos municipios, sumada, equivale al 15,5 % del total de Brasil, mostrando la desproporción en la distribución de los médicos en el país¹⁴.

Cabe destacar la precaria disponibilidad de médicos en los municipios en extrema pobreza en Brasil. Si más de un cuarto de los municipios brasileños se encuentra en esta condición, la disparidad puede

inferirse en el hecho de que, del total de médicos actualmente activos¹², solo el 3,5 % ejerce su profesión en estos territorios. Esta desproporción ya se puede ver en términos regionales, ya que la región noreste concentra el 27,6 % de la población brasileña, pero posee el 17,8 % de los médicos en el país¹⁴. Esta región concentra aún más de la mitad de los municipios en extrema pobreza de Brasil, y allí están también más de la mitad del contingente de médicos que actúan en las ciudades en esa condición. Sin embargo, esa realidad no permite inferir que el número de médicos en esas localidades alcance el promedio de 2,5 médicos por mil habitantes recomendado por el Ministerio de Salud. Incluso en el número de profesionales actuantes en los municipios en extrema pobreza existen discrepancias, según los resultados presentados. Hay municipios que no tienen un médico para más de 3 mil habitantes.

El sudeste, por su parte, contiene el 15,5 % de los municipios en situación de extrema pobreza y el 20,6 % de los médicos que actúan en esas áreas en Brasil. La mayoría de las rutas de escasez de médicos en el país, evaluadas en relación con los atractivos para el establecimiento, se encuentran en el noreste y el norte¹⁵, aunque existe una alta concentración de médicos en el sureste y el promedio nacional de médicos por habitantes es satisfactorio¹⁴. Lo mismo ocurre en relación con la distribución heterogénea perceptible en la situación entre el norte con el menor y el sureste con

el mayor número de médicos por habitantes de Brasil¹⁴. Además, la concentración de médicos en las capitales del norte predomina en detrimento del interior. La situación del Amazonas, el estado más grande de Brasil, es la más desproporcionada. La capital concentra más de la mitad de la población y el 93,1 % de los médicos, quedando el 6,9 % restante de médicos. La población de Vitória/ES, que cuenta con 12 médicos por mil habitantes, la mayor proporción de Brasil, tiene 25 veces más médicos disponibles por mil habitantes que en el interior del norte y noreste¹⁴.

La distribución médica desigual está subordinada a la prevalencia de determinantes sociales de salud que debilitan, especialmente en municipios en pobreza extrema¹⁶. Con la intención de atender a la necesidad de médicos, especialmente en zonas remotas, se creó en 2013 el Programa Más Médicos (PMM)¹⁷, basado en tres ejes. Uno de ellos aborda la contratación de más profesionales, cuya demanda fue cubierta por portadores de registro en el Consejo Regional de Medicina (CRM), cooperadores —originarios de Cuba, empleados por medio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)— y estudiantes de intercambio —médicos formados en el extranjero. Otro eje se dirige al perfeccionamiento de los pregrados y residencias médicas, y el tercero busca optimizar la infraestructura de los establecimientos del SUS.

Al final del primer año de instauración del PMM, en octubre de 2014, hubo un aumento del 19,3 % en el número de profesionales actuantes en el SUS, incluidos los profesionales cubanos. Aunque 34.450 médicos se inscribieron en el CRM entre 2013 y 2014¹², fueron pocos los profesionales brasileños que se incorporaron al programa, sumando apenas 1.280 médicos nativos y estudiantes de intercambio. Es decir, el aumento verificado en el PMM tiene influencia expresiva de los 5.400 médicos cooperadores que emigraron al país en 2013¹⁸.

Según el Ministerio de salud¹⁸, solo en 2016 sobresalió la participación de brasileños en el PMM, empleados en el 89 % de las vacantes. Sin embargo, el promedio de permanencia de estos profesionales en áreas remotas es inferior a 90 días. Esto demuestra la necesidad de incorporar en la discusión los determinantes que influyen en la transferencia y establecimiento de los médicos¹⁵ en los municipios en extrema pobreza.

El PMM pretende superar el número cercano de 2,18 médicos por mil habitantes en Brasil para

alcanzar el promedio del Reino Unido, 2,7 médicos por mil habitantes; en razón de que el país tiene el segundo mayor sistema de salud del mundo, después de Brasil, y asemejarse en el modo de gestión centrado en la atención primaria universal^{18,19}. Esta medida no es recomendada tanto por la Organización Mundial de la salud como por la OPS, ya que la cantidad óptima de profesionales en equipo de salud debe ser planificada considerando los determinantes sociales de salud de la región¹³.

En esta discusión, tal y como exponen los resultados, se debe resaltar la desmedida desigualdad socioeconómica regional que refleja en singular sistema de salud, el cual transita entre servicios públicos y privados en un país con dimensiones continentales. En ese sentido, y aunque 63 % de los 4.716 médicos del PMM en el noreste hayan sido destinados a municipios por debajo de la línea de pobreza, Maranhão, el estado con menor índice de médicos por habitantes; recibió menos médicos que Pernambuco, que ya antes de la implantación del Programa presentaba el mayor índice de distribución de médicos por habitantes del noreste¹⁶. Esta realidad es provocada por la necesidad de que los municipios requieran la contratación de médicos por el PMM, lo que posibilita la no adhesión al programa y, en consecuencia, la prevalencia de la falta de asistencia médica debido a las oposiciones políticas^{16,20}.

Todavía en esta cuestión, la discrepancia en el número de médicos por número de municipios es notable. Por ejemplo, Minas Gerais, el estado brasileño con más ciudades (853) y cerca de la mitad del número de municipios en extrema pobreza en el país, tiene 52.496 médicos activos, media de 61,54 por ciudad. En los 1.526 municipios de la muestra de este estudio, la media es de 10,65 médicos. Conscientes de la desviación estándar de 17,08, no homogénea, es evidente, según un estudio del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo¹³, que estimar la media a ser alcanzada en los municipios según el número de médicos por habitantes; como había sido planeado por la estrategia gubernamental al ampliar contrataciones y vacantes en las facultades de medicina, no es confiable ni efectivo como indicador básico de la distribución de los médicos.

La descentralización de la gestión de las políticas públicas de salud, por medio del acuerdo entre la Unión, las unidades federativas y los municipios, cuenta con el protagonismo de las ciudades para

legitimar el SUS local²⁰. En este sentido, el PMM, el Programa de interiorización del SUS, el Programa de valorización del profesional de la atención Básica o incluso el Programa Farmacia Popular se diferencian de las estrategias adoptadas en países desarrollados por no destacar medidas efectivas según estudios epidemiológicos; priorizando el fortalecimiento de redes en salud y, en consecuencia, la integralidad en el SUS²¹.

Al analizar la discrepancia de 1 a 353 médicos que atienden en el SUS en municipios en extrema pobreza, con el modo 3, se destaca la desigualdad incluso entre cada uno de esos territorios. Los tres municipios con mayor número de profesionales están en el noreste y corresponden al 4,6 % de los médicos que trabajan en el SUS en los 1.526 municipios estudiados.

El índice de Gini cuantifica la distribución del ingreso evidenciando esferas de desigualdad, con base en una escala en la cual 0 corresponde a plena igualdad y 1 significa desigualdad extrema. Según la Encuesta Nacional Continua de Hogares²² de 2018, la región norte presenta mayor diferencia de ingreso promedio mensual domiciliario *per cápita*, con coeficiente de Gini en 0,551, seguido del noreste, con 0,545. Por lo tanto, el sistema burocrático de salud en Brasil, ante la desigualdad social regional y la falta de recursos humanos y materiales, dificulta la estructuración de proyectos nacionales de manera homogénea entre los municipios^{20,21}.

Así, especialmente en los municipios con pobreza extrema, es necesario que el médico comprenda la importancia de los determinantes sociales de salud en su área de actuación²¹. La enseñanza y la investigación son grandes aliados para el ejercicio de la medicina basada en evidencias, pero únicamente el 2 % de los médicos del SUS en municipios en extrema pobreza se dedican a ese tipo de función, como se ilustra. Los datos encontrados corroboran la tendencia de los médicos recién graduados sobre el trabajo en la educación superior: al ingresar a la facultad, el 9,2 % de los estudiantes creían que podían seguir una carrera científica y el 9,1 %, la carrera docente; sin embargo, cuando se les preguntó sobre sus pretensiones como egresados, menos del 3 % pretendía dedicarse a la investigación, enseñanza¹⁴. Un estudio realizado en la Facultad de Medicina de Botucatu, de la Universidad Estatal Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,

analizó el Programa de Educación por el trabajo para la salud en la consolidación de la investigación para perfeccionar el servicio de la estrategia salud de la familia, demostrando el aumento de la motivación del equipo involucrado en investigación científica para estudiar y actualizarse, ejecutar acciones en la comunidad, reconocer el área, actualizar protocolos y elaborar materiales de promoción de salud, reflejando en mejora en la atención de la demanda del territorio²³.

Es evidente, por lo tanto, la primordialidad de discutir medidas eficientes para reducir la desigualdad de la demografía médica, salvaguardando las peculiaridades regionales e incentivando la participación de médicos, de los demás profesionales de salud y de la población, verificando el establecimiento o no de los médicos en áreas remotas²¹. La escasez de políticas públicas que influyan en la distribución de médicos en municipios en extrema pobreza refuerza la vulnerabilidad de esa población, a ejemplo de la disminución del número de esos profesionales en esas ciudades entre octubre de 2018 y octubre de 2019; tras el posicionamiento político contrario al régimen cubano por parte de la actual gestión federal y, en consecuencia, la evasión de colaboradores de ese país del territorio nacional²⁴.

Se hace necesario, por lo tanto, reestructurar desde el pregrado hasta la práctica médica, con incentivos para la distribución de profesionales en el territorio e inversiones en recursos humanos y materiales^{16,20,21}. Según el libro *Demografía Médica en Brasil 2018*¹⁴, el 84 % de los recién graduados señalan las buenas condiciones de trabajo como principal factor para decidir establecerse en determinada localidad, y el 66,2 % de ellos consideran la calidad de vida. Este proceso depende del fortalecimiento de principios y directrices básicas del SUS, de modo a valorar la integralidad, con el apoyo de estrategias entre lo público y lo privado, las tecnologías, las inversiones financieras adecuadas y la reformulación de las normas comprobadas de funcionamiento de los servicios de salud²¹.

Consideraciones finales

Los principales resultados sobre la demografía médica de los municipios en extrema pobreza afirman la desproporción en la distribución de

los profesionales entre las ciudades brasileñas. Persiste la necesidad de políticas en salud que preconcen la equidad de la demografía médica por el país, a fin de respetar las particularidades económicas y sociales de cada región y municipio; así como promover la reestructuración del sistema de salud pública e invertir en recursos humanos y materiales, a fin de reducir significativamente las disparidades de salud en el territorio nacional.

Es necesario, por lo tanto, incentivar nuevos estudios que diserten los factores que atraen o retienen a los médicos en áreas remotas y con menores ingresos monetarios en Brasil, considerando plan de carrera médica para proponer acciones efectivas. Al mismo tiempo, es necesario discutir el perfil del profesional de la medicina y su actuación en diferentes lugares, así como la formación de nuevas directrices curriculares.

Este trabajo fue realizado con apoyo de la coordinación de perfeccionamiento de personal de nivel Superior, del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico y del Instituto Cesumar de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População brasileira estimada. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro, c2017 [acesso 28 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3pbF370>
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 5 out 1988 [acesso 28 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3BKXd5a>
3. Viana ALÁ, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [acesso 28 out 2021];35(supl 2):e00022519. DOI: 10.1590/0102-311X00022519
4. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [acesso 28 out 2021];45(1):204-11. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100023
5. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [acesso 28 out 2021];35(11):e00120718. DOI: 10.1590/0102-311x00120718
6. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, Saldanha RF, Ramalho WM, Laguardia J, Viacava F. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [acesso 3 nov 2021];35(supl 2):e00076118. DOI: 10.1590/0102-311x00076118
7. Sampaio J, Carvalho EMF, Pereira GFC, Mello FMB. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da atenção básica: lições relevantes. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011 [acesso 3 nov 2021];16(1):279-90. DOI: 10.1590/S1413-81232011000100030
8. Viana ALÁ, Ferreira MP, Cutrim MA, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L *et al.* The regionalization process in Brazil: influence on policy, structure and organization dimensions. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2017 [acesso 3 nov 2021];17(supl 1):S27-43. DOI: 10.1590/1806-9304201700s100003
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso 3 nov 2021]. (Estudos e pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica, n° 39). Disponível: <https://bit.ly/352NqeZ>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União [Internet]. Brasília 22 set 2017 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/35lvvzW>
11. Brasil. Ministério da Saúde. CNES: recursos humanos a partir de agosto de 2007: ocupações classificadas pela CBO 2002. Datasus [Internet]. Rede Assistencial; 2008 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/36neSEL>
12. Número de médicos com registros primários e ativos. Conselho Federal de Medicina [Internet]. Brasília, 2007 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/37YHvJb>

13. Estudo de projeção “Concentração de médicos no Brasil em 2020”. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. Demografia Médica; 25 jun 2012 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3sfO6q3>
14. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2018 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3LXvMtx>
15. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis* [Internet]. 2017 [acesso 3 nov 2021];27(1):147-72. DOI: 10.1590/S0103-73312017000100008
16. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFB, Carvalho IMS, Gonçalves RF, Brito-Silva KS. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso 3 nov 2021];21(9):2889-98. DOI: 10.1590/1413-81232015219.17022016
17. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 23 out 2013 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3va4VER>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3t4hSNJ>
19. Brasil. Mais médicos: resultado para o país. Mais médicos [Internet]. [s.d.] [acesso 22 de mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3qux8TE>
20. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALÁ. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso 3 nov 2021];22(4):1291-310. Disponível: <https://bit.ly/3HfYvGD>
21. Viana ALÁ, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso 3 nov 2021];35(supl 2):e00022519. DOI: 10.1590/0102-311X00022519
22. Pnad Contínua: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro; c2018 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3pehKdn>
23. Cyrino EG, Cyrino APP, Prearo AY, Popim RC, Simonetti JP, Villas Boas PJF *et al.* Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2012 [acesso 3 nov 2021];36(1 supl 1):92-101. DOI: 10.1590/S0100-55022012000200013
24. Matos MFM. O caso dos médicos cubanos no Brasil: análise da compatibilidade entre o Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da Organização Mundial da Saúde [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019 [acesso 3 nov 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3BPKqHP>

Bárbara Okabaiasse Luizeti – Estudante de grado – baluizeti@gmail.com

 0000-0003-4194-0069

Carlos Henrique de Lima – Estudante de grado – carloshenriquedelima@live.com

 0000-0002-8652-2461

Lucas França Garcia – Doctor – lucasfgarcia@gmail.com

 0000-0002-5815-6150

Ely Mitie Massuda – Doctora – elymitie.m@gmail.com

 0000-0002-7485-5066

Correspondencia

Ely Mitie Massuda – Universidade Cesumar. Av. Guedner, 1.610 CEP 87050-390. Maringá/PR, Brasil.

Participación de los autores

Bárbara Okabaiasse Luizeti y Carlos Henrique de Lima trabajaron igualmente como primeros autores. Lucas Francia García coordinó el artículo, ejerciendo la función de revisor. Ely Mitie Massuda orientó el artículo, incluso revisando y organizando.

Recibido: 27.6.2021

Revisado: 7.2.2022

Aprobado: 9.2.2022