

Representaciones sociales sobre el *Programa Mais Médicos* entre consejeros municipales de salud de Brasil

Social representations on "Mais Médicos Program" among municipal health councilors of Brazil

Yamila Comes^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7745-6650>

Ximena Pamela Diaz Bermúdez¹ <https://orcid.org/0000-0002-3771-7684>

Maíra Catharina Ramos¹ <https://orcid.org/0000-0003-3829-975X>

Leonor María Pacheco Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-6739-6260>

¹Universidade de Brasilia. Brasilia, Brasil.

*Autor para la correspondencia: ycomes@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La atención primaria de salud en Brasil se considera una prioridad. En el año 2013 se creó el *Programa Mais Médicos*, de formación en servicio y de ampliación de la cantidad de médicos en el país. La cooperación cubana, gestionada por la Organización Panamericana de la Salud fue quien envió la mayor cantidad de profesionales.

Objetivo: Analizar las representaciones sociales de los consejeros de salud sobre el *Programa Mais Médicos*, en municipios en los que prestaron atención a su población médicos provenientes de Cuba.

Métodos: Estudio de caso descriptivo de corte transversal abordado con metodología cualitativa. La muestra fue intencional. Se trabajó con 58 entrevistas semiestructuradas y el análisis fue realizado mediante el software gratuito iramuteq con la técnica de análisis lexical.

Resultados: Se pudo distinguir cuatro grupos de representaciones, sobre el funcionamiento de los consejos municipales de salud, sobre las representaciones del *Programa Mais Médicos*, sobre las redes de atención y sobre los médicos brasileños y cubanos. El estudio aporta evidencias de la aplicación de un nuevo modelo de atención para los consejeros que objetivaron y anclaron en el concepto de nacionalidad. El modelo cubano incorpora características de humanismo,

atributos que no estaban contenidos en las representaciones sobre los médicos locales.

Conclusiones: Las representaciones sociales sobre el *Programa Mais Médicos* aluden a una acción que mejora la calidad de los servicios, no obstante, la literatura sobre atención básica aún deja ver algunos problemas de acceso y tránsito por la red del sistema único de salud.

Palabras clave: cooperación internacional; accesibilidad a los servicios de salud; calidad de la atención en salud; programas nacionales de salud; análisis cualitativo.

ABSTRACT

Introduction: Primary health care in Brazil is considered a priority. In 2013, "Mais Médicos Program" was created, providing in-service training and expanding the number of doctors in the country. Cuban cooperation, managed by the Pan American Health Organization, sent the largest number of professionals.

Objective: Analyze the social representations of health counselors on "Mais Médicos Program", in municipalities in which doctors from Cuba cared to their population.

Methods: Descriptive cross-sectional case study approached with qualitative methodology. The sample was intentional. It was conducted a work with 58 semi-structured interviews and the analysis was carried out using the free software Iramuteq with the lexical analysis technique.

Results: Four groups of representations could be distinguished: on the functioning of the municipal health councils, on the representations of "Mais Médicos Program", on the care networks and on Brazilian and Cuban doctors. The study brings evidence of the application of a new model of care for counselors who objectified and anchored in the concept of nationality. The Cuban model incorporates characteristics of humanism, attributes that were not contained in the representations about local doctors.

Conclusions: The social representations on "Mais Médicos Program" allude to an action that improves the quality of services, however, the literature on basic care still shows some problems of access and transit through the network of the health system.

Keywords: international cooperation; accessibility to health services; quality of health care; national health programmes; qualitative analysis.

Recibido: 13/10/2017

Aceptado: 19/06/2019

Introducción

Desde el año 1988, en el cual Brasil incorporó en su nueva Constitución Nacional el derecho universal y gratuito a la salud, esta pasó a ser protagonista de un nuevo modelo de atención con perspectiva integral. La creación del Sistema Único de Salud (SUS) ese mismo año y la promulgación de la Ley Orgánica de Salud y un conjunto de normas y resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud permitieron la construcción político-normativa de este sistema público y gratuito, el cual se basa en los principios de universalidad, integralidad, descentralización y participación social con influencia del modelo de *Beveridge*, tal como fueron pensados los sistemas de salud europeos.

El SUS es responsable por la salud de 190 millones de beneficiarios. Este incluye una red de 45 560 centros de salud y alrededor de 15 mil instituciones de mediana y alta complejidad.⁽¹⁾ Además de una gran cantidad de programas y acciones.⁽²⁾ La atención primaria de salud (APS) se considera una prioridad dentro del SUS.

La literatura reconoce que hay matices en la comprensión del concepto de APS, incluso en su formulación inicial dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el documento de Almá-Atá, pues se puede considerar como un abordaje de salud pública así como un nivel de atención.⁽³⁾ Por otro lado, los países también formularon diversos conceptos del término y quizás lo más importante es que fueron organizando programáticamente y de manera diferente este paradigma a nivel de sus respectivos sistemas de salud.

No obstante, se reconoce su carácter fundamental en la reorganización del sistema de salud a partir de las posibilidades que ofrece de aproximación a las comunidades desde los lugares que habitan, por facilitar el primer contacto con el sistema de salud y trabajar sobre los determinantes sociales de la salud. En su rol forma parte de un sistema jerarquizado de salud que ofrece diversos niveles de atención de acuerdo a las complejidades de los usuarios, además de brindar una idea de la continuidad de la asistencia sanitaria.⁽⁴⁾

Algunos autores consideran que la atención primaria de salud se refiere a aspectos dirigidos a la prestación de cuidados en salud, que forman parte de la ampliación de cobertura de los servicios hacia poblaciones no atendidas adecuadamente por otras dimensiones del sistema de salud. La definición adoptada por la OMS es la de una asistencia sanitaria accesible basada en la participación de la comunidad.⁽⁵⁾ A esto se le puede agregar una visión de la APS que reconoce el principio de la solidaridad y la equidad, con fuerte componente del proceso de determinación social de la salud y las enfermedades.⁽⁶⁾

Es importante reconocer que los diversos contextos nacionales, en sus características epidemiológicas, sociales políticas y culturales, asumen diversas perspectivas con respecto a la concepción y aplicación del paradigma de la APS.

En Brasil, específicamente, se utiliza el concepto de atención básica, en articulación con la Estrategia de Salud de la Familia que busca ser tanto un reordenador del sistema de salud a partir de la atención básica como puerta de entrada al sistema y de las acciones de promoción, prevención y atención a la salud por medio de la Estrategia de Salud a la Familia (Esf).

En julio de 2013, fecha de creación del programa, ya sumaban 34 600 equipos Esf, con una cobertura poblacional para 133 millones de personas, lo que correspondía al 68,9 % de la población.⁽⁷⁾ El modelo de atención primaria en Brasil debería operar como puerta de entrada, además de coordinar las redes de atención del país y ordenar los cuidados del SUS.⁽⁸⁾ Como parte de las políticas de fortalecimiento de la APS, el Gobierno Federal creó en el año 2013, el *Programa Mais Médicos* (PMM). Este programa surge de la demanda de gestores municipales de salud por la falta de médicos en los municipios, especialmente en los más pobres y aislados de Brasil.

En el año de creación del programa se registraban 1,8 médicos cada mil habitantes,⁽⁹⁾ cuando en otros países de la región este indicador estaba entre dos y cuatro médicos cada mil habitantes.⁽¹⁰⁾ Además, en Brasil existían 700 municipios sin profesional médico en los equipos de atención básica.⁽¹¹⁾ El PMM se creó por la medida provisoria nro. 621 del 08 de julio de 2013 y después por la Ley Nacional 12.871/13. Entre sus objetivos figuró el disminuir la carencia de médicos, fortalecer la prestación de servicios de atención básica por medio de la incorporación de médicos dentro de los equipos de salud de la familia, ampliación de la formación de médicos en universidades federales y mejora de la infraestructura de las unidades de Brasil.

Para inscribirse en la convocatoria se priorizaron los médicos brasileños formados dentro y fuera del país, y también fueron elegibles, en una segunda instancia, médicos extranjeros. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) facilitó la llegada de médicos de Cuba, país que se caracteriza por tener fuerza de trabajo disponible para la cooperación internacional en salud.

Llegaron al país alrededor de 11 000 médicos procedentes de Cuba que fueron a trabajar a diferentes municipios.⁽¹²⁾ Se observó, en algunas investigaciones de carácter evaluativo realizadas en campo, que estos médicos trajeron un modelo de atención propio de su formación en medicina general, diferente al que tanto los médicos brasileños como la población usuaria y los miembros de los equipos de salud de la familia estaban acostumbrados.^(13,14)

La evaluación del PMM por los consejos municipales de salud es pertinente porque la función de los consejos es actuar en la definición de las políticas de salud y ser una instancia de negociación y de control de la ejecución de las acciones de salud en el municipio. De acuerdo a la Constitución, los Consejos ejercen el principio del control social, uno de los pilares del ideario del SUS, que implica una forma

institucionalizada de participación social, pensada teóricamente como una herramienta del Estado, con agencia de la propia comunidad.⁽¹⁵⁾ Son órganos colegiados y deliberativos. Están compuestos por representantes del gobierno (secretarios municipales de salud), profesionales y trabajadores del área, prestadores de servicios y usuarios, que constituyen el 50 % de los integrantes.⁽¹⁶⁾

En ese contexto, la iniciativa de estudiar las representaciones sociales sobre el PMM en consejeros tiene que ver con su doble inserción, tanto como parte del consejo municipal de salud y de estar en contacto con el programa y sus repercusiones a nivel municipal en cuanto a su calidad de habitantes/usuarios en los municipios seleccionados.

Las representaciones sociales son sistemas de valores, ideas y prácticas con dos funciones: establecer un orden para organizar el mundo social y posibilitar la comunicación entre miembros de una comunidad.⁽¹⁷⁾ Constituyen un sistema de conocimiento socialmente elaborado y compartido que cumple una función práctica, que es la construcción de una realidad en común para un grupo social y la posibilidad de la acción.⁽¹⁸⁾ Las representaciones son subjetivas porque son construcciones de alguien para expresar una realidad. Son intersubjetivas porque son compartidas entre sujetos y son transubjetivas porque sostienen un “todo” común a los miembros de una sociedad.⁽¹⁹⁾

Las representaciones sociales son una excepcional vía de acceso a las construcciones individuales/grupales de un conjunto social y la forma de acceso es por medio del lenguaje y los elementos cognitivos.⁽²⁰⁾ En la construcción de estas representaciones sociales participan dos procesos formadores: la objetivación y el anclaje. Por medio de la objetivación se lo integra al sentido común. El anclaje implica la integración del objeto dentro del repertorio de creencias ya constituido. Con esto se tornaría familiar ese objeto.^(21,18,22)

El modelo de salud de la familia cubano enfatiza las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la coordinación de cuidados por toda la red de servicios y el tratamiento de problemáticas típicas de atención primaria. Este modelo incorpora como contenidos transversales, los conceptos de ética, responsabilidad, humanidad y dignidad en su vínculo con los usuarios, lo que no pasó desapercibido por la población brasileña, acostumbrada a modelos más biomédicos y objetivantes de la condición humana.⁽²³⁾

Este estudio tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de los consejeros de salud sobre el *Programa Mais Médicos*, en municipios en los que prestaron atención a su población médicos provenientes de Cuba.

Métodos

Se realizó un estudio de caso descriptivo de corte transversal abordado por medio de una estrategia metodológica cualitativa.⁽²⁴⁾ La recolección de los datos se realizó durante el año 2015 en 32 municipios brasileños donde funcionaba el *Programa Mais Médicos*. El trabajo de campo fue desarrollado durante el año 2015 y 2016.

La muestra se construyó por etapas. En primer lugar, se definió la cantidad de municipios, 32 en total. Después se estableció una muestra al azar considerando la proporcionalidad de municipios por región de Brasil que incluyeran las siguientes características: tener por lo menos un 20 % o más de población en extrema pobreza, inscripto en el primero o segundo ciclo de convocatoria del programa y con menos de cinco médicos o de 0,5 médicos por mil habitantes antes del funcionamiento del programa. El último recorte de la muestra fue en el terreno, en cada municipio visitado y se realizó por conveniencia.

Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis lexical⁽²⁵⁾ con el software libre Iramuteq.⁽²⁶⁾ Se realizaron 58 entrevistas de carácter semiestructurado, con un guion que sirvió de base para el diálogo con consejeros de salud, todos de nacionalidad brasileña. Las entrevistas se realizaron en el idioma original de los entrevistados y fueron grabadas y transcritas en portugués. Se tradujo al español el resultado de la aplicación del software Iramuteq y los párrafos que le daban sentido a los resultados. Todas las personas entrevistadas refirieron la presencia en su municipio de médicos de nacionalidad cubana.

Los pasos seguidos para el análisis fueron los siguientes: lectura de todas las entrevistas, definición de variables de interés para el análisis en función de las cuales los segmentos de texto podían ser categorizados, adaptación de las producciones discursivas de cada entrevista a las normas de preparación del corpus textual del software, exclusión de las intervenciones de los entrevistadores, análisis con el software y posteriormente búsqueda de cada palabra que fuera significativa en los resultados en cada uno de los párrafos donde aparecía, para así aportar mayores datos al sentido de uso de esa palabra.

De acuerdo a las normas de investigación y de garantía de la confidencialidad, el proyecto se aprobó con el número 399.461 en el comité de ética de la Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília y contó con la firma de un término de consentimiento libre y esclarecido de los participantes.

Se analizaron 58 entrevistas que fueron denominadas unidades de contexto inicial (UCI) que el programa repartió en 997 segmentos o unidades de contexto elemental (UCE) (segmentos de una parte del texto de alrededor de tres líneas) que contenían 3345 palabras o formas distintas (igual raíz, es sinónimo de igual palabra) que ocurrieron 34 513 veces en total. De estas palabras fueron formas

activas o palabras analizables, con frecuencia mayor de tres, un total de 734. Las formas complementarias o las que no se analizaron fueron 171. El software arrojó una frecuencia media por segmento de 34,6 formas activas en 997 segmentos en total. El software consideró analizables 731 segmentos (73,32 %).

Por último, se realizó un análisis factorial de correspondencia que remite a un gráfico cartesiano donde se cruzan el vocabulario y las clases, en el cual podemos observar las oposiciones entre clases y palabras.⁽²⁷⁾

Resultados

El genograma o árbol de palabras presenta la distribución de cuatro clases que emergieron de los discursos de los entrevistados (Fig. 1). Se encuentran en los primeros lugares las palabras que poseen mayor afinidad con la clase, según significación estadística y a medida que se alejan, la significación es menor, por medio de la prueba de la ji al cuadrado (χ^2). Todas las palabras con la misma base lexical y proximidad semántica (coocurrencia) se agrupan en las mismas clases.

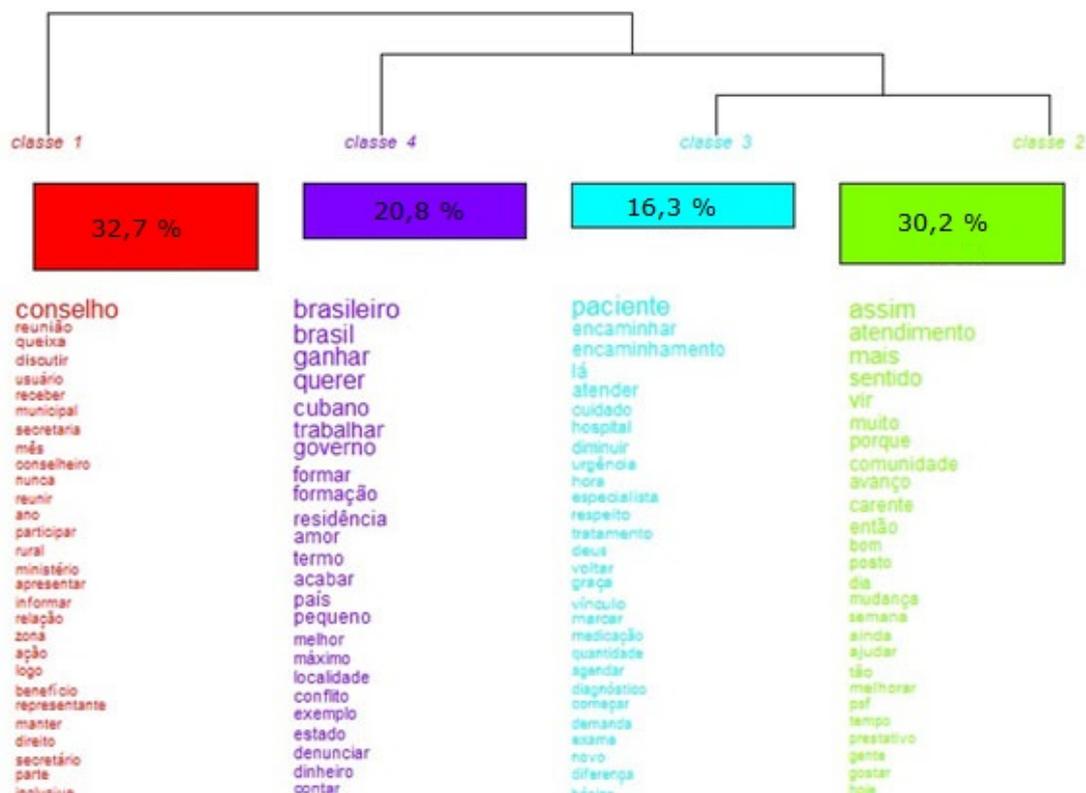


Fig. 1 - Porcentaje de ocurrencia de las formas activas en el total del corpus.

Clase 1 o representaciones sobre el funcionamiento de los consejos municipales de salud

La clase 1 se encuentra bien distanciada de las clases 2, 3 y 4. Esto significa que las palabras contenidas tienen una distancia semántica o de significado con las clases 2, 3 y 4. Sin embargo, entre estas últimas tres clases la distancia de significado es menor.

La clase 1 está representada por 239 segmentos de los 731 utilizables que contiene el corpus textual. Eso implica una proporción del 32,69 %. Incluye en los primeros lugares, las siguientes palabras: “consejo”, “reunión”, “queja”, “discutir”, “usuario”, “recibir”, “municipal”, “secretaría”, “consejero”, “nunca”, “reunir”, “año” “participar” “rural” “presentar”.

Como se mencionó, las representaciones sociales son un conocimiento compartido. En este caso se observan representaciones que aluden al funcionamiento del consejo de salud. El *consejo* funciona por medio de *reuniones*. En ellas *participan* la *Secretaría Municipal* y los *consejeros* y se *discuten* temas. A veces participan otros actores o *representantes* de algunas organizaciones. La palabra *presentar* comparte raíz con *representar* y este es el significado más usado en las entrevistas, también alude a que se presentan temas.

La palabra *queja* tiene referencia directa a la pregunta por si hubo alguna queja o elogio con el programa y las respuestas coinciden en que no hubo quejas. Es interesante observar que, aun tratándose de municipios aislados y con alto índice de pobreza, los mecanismos de participación social en salud estaban funcionando. En todos los municipios existían consejos de salud, con mejor o peor organización.

En el contexto de las entrevistas, la palabra *queja* siempre figura por la negativa y el *nunca* está asociado a esta palabra. La palabra *año* en este caso se relacionó con la frase de que *no se recibieron quejas en el último año* ya que la pregunta era por este periodo. Por último, la palabra *usuarios* se relacionó con la representación de que estos son visibilizados por el consejo, a la vez que tiene una vinculación positiva con el objetivo de la participación social en salud.

Cabe destacar que los consejeros resaltan la palabra *rural* ya que alude a un problema de acceso a centros de salud, para los usuarios alejados de los centros urbanos.

Clase 2 o las representaciones sobre el “Programa Mais Médicos”

La segunda clase, que ocupó un 30,2 % del corpus textual, contenía 221 formas activas. Esta clase incluye las siguientes palabras: *atención*, *mas*, *sentido*, *venir*, *mucho*, *porque*, *comunidad*, *avance*, *carente*, *entonces*, *bueno*, *puesto (de salud)*, *día*, *cambios*, *semana*, *todavía*, *ayudar*, *tan*, *mejorar*, *programa de salud de la*

familia (psf), tiempo, servicial, nosotros, gustar y hoy. La clase integra representaciones sobre el programa, como si fuera una evaluación del *Programa Mais Médicos*.

Las representaciones podrían condensar estos significados: por un lado, que la *atención* que están dando los médicos del programa tiene más sentido y que es un *avance* para la *comunidad carente*, que es *bueno* y que actúa en *atención básica (psf)*, que *ayuda*, que es para *mejorar* y que el programa les *gusta* porque los médicos son *serviciales*. Por otro lado, habla de *cambios* en la *atención*, en el *hoy*, el *día* y la *semana*, es decir, en el tiempo. También que la *comunidad viene mucho más al puesto de salud*.

Clase 3 o el recorrido del paciente por el SUS

La clase número 3 contiene un 16,3 % de formas activas que en números suman 119. Esta clase versa sobre los pacientes y su recorrido por el sistema de salud e incluye las siguientes palabras: “paciente” “derivar” y “derivación” “allá” “atender” “cuidado” “hospital” “disminuir” “urgencia” “hora (na hora que significa en el momento)” “especialista” “respeto” “tratamiento” “dios” “volver” “gracias” “vínculo” “marcar (consulta)” “medicación” “cantidad” “agendar” “diagnóstico” “comenzar” “demanda” “estudio de laboratorio”. En el contexto de las entrevistas, lo que surge como significados compartidos es el recorrido de los usuarios por el SUS.

La población *en el momento*, agenda consulta con el especialista en el hospital, también es *derivado a estudios de laboratorio* o estudios *diagnósticos*. No quiere decir que asistan el mismo día, pero ellos piensan que garantizan un horario mediante un turno. El programa fue una oportunidad para reorganizar la referencia y contra referencia. Con relación a esta última ahora *vuelven* y agendan con los médicos y comienzan con la medicación. La *atención* y el *cuidado* parecen ser contenidos transversales en este recorrido y ellos piensan que *disminuyó* la *urgencia* que es un elemento fundamental. Llama la atención *gracias a Dios*, expresión usada con mucha frecuencia en portugués para decir algo así como *por suerte*.

Clase 4 o las representaciones sociales sobre los médicos brasileños y cubanos

La clase 4 ocupó un 20,8 % o 152 UCE. Esta clase permite conocer sobre las representaciones que los consejeros comparten sobre el programa, el gobierno y los médicos, tanto los médicos del programa como la experiencia que tuvieron con los médicos brasileños que anteriormente trabajaban en la estrategia de Salud de la Familia.

En esta clase las palabras que más se comparten son: *brasileño, Brasil, ganar (recibir dinero) querer cubano trabajar gobierno graduarse graduación residencia amor término acaba país pequeño mejor máximo localidad conflicto ejemplo estado denunciar dinero contar*. En el contexto de las entrevistas, lo que surge como discurso es que los médicos *brasileños* solo *quieren ganar dinero* y no quieren ir a esas localidades. En cambio, los médicos cubanos *quieren trabajar* para el *gobierno*. La diferencia entre que unos quieren ganar y otros trabajar, expresa un significado compartido que los consejeros enuncian sobre los médicos de cada nacionalidad (que remite a cada modelo de atención) y denota la diferencia de acento que cada uno le otorga al dinero.

Mientras que el médico cubano trabaja y gana, el *brasileño* quiere solo ganar. Es interesante observar cómo, cualidades de un modelo médico, son trasvasadas hacia una constitución del *ser nacional*. Aquí se pueden observar procesos de objetivación y anclaje. Los consejeros comparten las virtudes, en términos de valores, de los médicos cubanos, diferentes a los ya construidos sobre los médicos locales y esto lo naturalizan como parte del *ser cubano*. De la misma manera hacen con los valores que ellos construyeron del médico *brasileño*. Entonces el médico actúa de una manera por ser de una nacionalidad, la forma de objetivar el modelo de atención es mediante la adscripción a un *ser nacional*. Al naturalizarlo en algo tan común como una nacionalidad, ya forma parte de las creencias sobre los médicos y con esto ya entraría al campo del sentido común que generalmente atribuye diferencias entre personas de diferentes países.

La palabra *residencia*, alude a que los médicos *brasileños* solo querían ir a los municipios pequeños para ganar el 10 % de puntos extra para la residencia. Existe un programa denominado “Programa de valorización del profesional de la atención básica” (PROVAB) que otorga ese beneficio. Es otra estrategia para *ganar* conocida y compartida por los consejeros de salud.

La palabra *pequeño* representa la idea de que los médicos *brasileños* no querían ir a municipios *pequeños*. Los entrevistados compartían que el programa depende del *gobierno* y que antes de que ellos llegaran, la situación sin médico se tornaba *conflictiva*, la gente *denunciaba*.

Las palabras *graduarse* y *graduación* tienen que ver con la preocupación de graduar médicos *brasileños* porque los médicos del programa son una medida de emergencia. Ellos están preocupados por la permanencia de los médicos en estas localidades y así lo expresan las palabras utilizadas.

La palabra *amor* fue utilizada en contraposición al *dinero*. La representación que sostenían estos actores era que los médicos conocidos lo hacían por dinero y los cubanos por amor. Este sentimiento puede tener una base en la empatía que sintieron con los médicos del programa ya que pudieron formar un vínculo.

Discusión

El estudio no pretendía analizar el funcionamiento de los consejos, no obstante, surgió información que dio cuenta de su funcionalidad. El campo representacional reflejó que los actores que participaron conocen sobre la obligatoriedad de la implementación del Consejo Municipal, aunque reconocen que existe un respaldo reducido de movilización social. Esto está descrito también en algunas experiencias de funcionamiento de los consejos de salud en otros municipios de Brasil.^(28,29)

Las representaciones sociales en la primera clase refieren que los consejeros *nunca recibieron quejas* sobre los médicos cubanos. Estas afirmaciones resultan congruentes con el alto índice de satisfacción que el programa estaba teniendo entre los usuarios.⁽¹⁴⁾ Buscando en el texto la palabra *queja*, se verificó que los únicos reclamos recibidos fueron por la dificultad para entender a alguno de ellos, a causa del idioma portugués y otra porque los médicos cubanos del programa no tenían elementos para trabajar, por ejemplo, instrumentos necesarios para diagnosticar (estetoscopio, otoscopio, entre otros) situación que alude a una responsabilidad de la gestión municipal.

La comprensión de la lengua fue otro de los obstáculos expresados en otros estudios realizados, pero, según el relato de profesionales de los equipos que trabajan con los médicos siempre existía una alternativa para resolverlo.⁽¹³⁾ La falta de elementos para trabajar, también está expresado en otro estudio y ha sido uno de los factores que no permite la fijación de médicos en municipios aislados y remotos del país,⁽³⁰⁾ aunque en este caso es un reclamo relatado por un consejero y no se trata de una representación sobre el programa.

En general, los municipios aislados o lejos de la capital del Estado tienen un casco urbano y una zona rural que suele ser extensa.

La presencia de la palabra *rural* resulta importante encontrarla entre las de mayor proximidad semántica porque implica que relacionan el programa con el medio *rural*. Las zonas rurales son las más alejadas y en general, las más olvidadas. Antes del *Programa Mais Médicos*, existían grandes dificultades para dar cobertura a estas zonas alejadas y, a veces, de difícil acceso, las que gracias al programa fueron incluidas.

Un estudio cualitativo sobre satisfacción del *Programa Mais Médicos*, realizado en un municipio del norte brasileño, mostró que antes de la llegada de los médicos, solo tenían médico el fin de semana porque se priorizaba la cobertura en el casco urbano. Los que iban al rural se les pagaba por medio de guardias y no tenían la estabilidad de un trabajo fijo, luego con el PMM tenían médico todos los días.⁽³¹⁾ Otro estudio realizado antes de la llegada del programa en algunas zonas rurales de municipios pequeños destaca la inexistencia de permanencia diaria de médicos

o su baja asiduidad junto con la falta de estructura adecuada y equipamiento básico. Ellos lo definen como una realidad común en estas zonas.⁽³²⁾ La presencia médica en la zona rural era un indicador de posible aumento de la accesibilidad a la atención básica.

La clase 2 refiere directamente al modelo de atención del *Programa Mais Médicos* y las representaciones sociales encontradas, no incluyen ninguna palabra con significado negativo hacia él. Podría decirse que la evaluación fue positiva. Similares artículos sobre satisfacción con los médicos de programa se pueden encontrar en otras publicaciones^(14,31,33) en los que se enfatiza la satisfacción, especialmente, con médicos de nacionalidad cubana.⁽¹⁴⁾

Entre tanto, la clase 3 se refiere a la red del SUS, en las que se puede observarse una idea de SUS que no es solamente la atención del primer nivel, sino también la preocupación de los consejeros por el trayecto de los usuarios por los niveles de complejidad. Todas estas representaciones sobre el SUS poseen elementos con una valoración positiva, aun cuando existen varios estudios donde se alertan dificultades en la utilización de la red del SUS, incluso donde funciona el PMM^(31,33) y antes del funcionamiento del programa.⁽⁹⁾ Los problemas de acceso y tránsito por la red del SUS están descritos en la literatura científica como parte de los desafíos a enfrentar en el futuro.⁽³⁴⁾

La clase 4 se refiere a las representaciones sociales de los médicos cubanos, relatadas en su contraste con los brasileños. Cuando algún actor municipal (gestor, miembros de los equipos, y en este caso consejeros) aludía a algún atributo de los médicos cubanos, lo hacían tácitamente por oposición a los médicos brasileños.⁽¹³⁾ Se produce una condensación de sentidos en el *ser cubano* y *ser brasileños* que depende más que de la nacionalidad, del paradigma de formación en medicina.⁽²³⁾ En contraposición a los médicos cubanos, los brasileños estaban poco tiempo en estos municipios pequeños y aislados y no hacían vínculo con la comunidad ni con los consejeros. Esta situación está documentada en algunos estudios de campo sobre satisfacción del usuario y vínculo con profesionales en la estrategia de salud de la familia.^(13,31,32,)

En la técnica de análisis factorial de correspondencia se observa que el *Programa Mais Médicos* ha tenido un papel fundamental en la ampliación del acceso y principalmente en la humanización de la atención de la salud de la población brasileña.⁽²³⁾ En el plano factorial es posible identificar el *consejo* en el cuadrante opuesto al *paciente*, demostrando las fragilidades de la participación social. La literatura demuestra que, de hecho, existe un debilitamiento de la participación social, especialmente en la participación activa de los usuarios en los espacios deliberativos.^(28,29,35,36) También, en el plano factorial, la distancia entre la palabra *consejo* y otros actores clave en salud, como médicos, sean cubanos o brasileños, deja entrever una distancia real entre estos actores.

El consejo está formado también por profesionales de la salud y el alejamiento de los médicos en ese espacio trae un perjuicio para la co-gestión pública, hecho que resulta fundamental para una buena gobernanza en salud.⁽³⁵⁾ Por último, cabe destacar la distancia entre médico y paciente y esto alude a las representaciones que los consejeros construyen donde existe una distancia entre el médico y el paciente, característico del modelo hegemónico.^(35,36,37,38,)

Consideraciones finales

El estudio apuntó que las representaciones sociales de los consejeros sobre el PMM sintetizan cuatro aspectos: el funcionamiento de los consejos de salud, el Programa “*Mais Médicos*”, el recorrido del paciente por el SUS e ideas compartidas sobre los médicos conocidos que trabajaron y trabajan en la atención básica. Estos cuatro elementos tienen un punto en común: el hecho de ser expresados como enunciados positivos en relación con todo lo referente al Programa *Mais Médicos* y al sistema de salud. Las representaciones sociales de los consejeros consideran al programa como una acción que, en definitiva, mejora la calidad de los servicios de atención básica, aunque no dejan de manifestar preocupación por la sustentabilidad a mediano o largo plazo.

Perciben el avance que promovió el programa al incorporar el área rural en la escena de la atención de primer nivel y valoran el acceso de la comunidad carente. Dentro de la búsqueda del cuidado, aprecian la atención en el momento y el disponer del funcionamiento de una red de servicios de salud (laboratorio y diagnóstico, así como referencia y contra referencia). También reconocen los aspectos no médicos relacionados con la consulta médica, como el amor, la atención, el cuidado y la disminución, según sus representaciones, de la consulta de urgencia en el centro de salud. Ellos *agradecen a Dios* por poder tener este conjunto de formas de cuidado, a pesar de que en la literatura aparecen elementos de dificultades de acceso y tránsito por la red del SUS.

Por último, cabe resaltar la contraposición que se expresa entre dos modelos de atención que, mediante procesos de objetivación y anclaje aparecen como una diferencia entre nacionalidades. Resulta importante, para dar mayor calidad a la atención básica en Brasil, la incorporación, en la formación y residencias médicas, de un modelo humanista que recolocque al usuario como principal protagonista de las prácticas en salud.

Se concluye que las representaciones sociales sobre el Programa *Mais Médicos* aluden a una acción que mejora la calidad de los servicios, no obstante, la literatura sobre atención básica aún deja ver algunos problemas de acceso y tránsito por la red del sistema único de salud.

Limitaciones del estudio

Dado que se trata de un estudio descriptivo, los datos son orientativos y no se deben pensar esquemas de causalidad.

Referencias bibliográficas

1. CNES - DATASUS, Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde de Brasil. Relatórios - tipo de estabelecimentos. Brasil: CNES- DATASUS; 2017 [acceso 17/09/2017]. Disponible en: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00
2. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados. 2013 [acceso 17/09/2017];27(78):27-34. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
3. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC): What is the difference? Can J Public Health. 2006 [acceso 05/02/2022];97(5):409-11. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03405354>
4. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. URSS: OMS; 1978 [acceso 17/06/2018] Disponible en: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
5. Elorza ME, Moscoso Nebel S, Lago Fernando P. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev Cub Sal Públ. 2017 [acceso 27/06/2018];43(3):1-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300011&lng=es
6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acceso 17/09/2017] p. 726. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
7. Brasil. Informação e Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil; 2022 [acceso 05/02/2022]. Disponible en: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

8. De Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*. 2012 [acceso 17/09/2017];36(94):375-91. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yhrdHc8vxt87QSMqc3XFwXC/?format=pdf&lang=pt>
9. Brasil. Programa Mais Médicos. Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasil: Ministério da Saúde; 2015 [acceso 05/02/2022]. 128 p. Disponible en: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf
10. OMS. Global Health Workforce statistics database. Geneva: OMS; 2017 [acceso 05/02/2022]. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population))
11. Conselho Nacional de Saúde. Ato em defesa de Mais Médicos para o povo. Brasil: Conselho Nacional de Saúde; 2013 [acceso 17/09/2017]. Disponible en: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/10out_07_ato_mais_medico_povo.html
12. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Cien Saude Colet*. 2016 [acceso 17/09/2017];21(9):2719-27. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902719&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
13. Comes Y, Trindade JdS, Pessoa VM, Barreto ICdHC, Shimizu HE, Dewes D, *et al*. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2016 [acceso 17/09/2017];21(9):2729-38. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902729&lang=pt
14. Comes Y, Trindade JdS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, *et al*. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cien Saude Colet*. 2016 [acceso 17/09/2017];21(9):2749-59. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902749&script=sci_abstract&tlng=pt
15. Deleuze G. Postdata sobre las sociedades de control. *L'Autre Journal* N° 1. Paris: Citaref; 1990. [acceso 17/09/2017]. p. 1. Disponible en: <https://e-tcs.org/wp-content/uploads/2012/04/G-Deleuze-Postdata-sobre-las-sociedades-de-control.pdf>

16. Brasil, Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1990. [acceso 17/09/2017]. Disponible en: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2008.142-1990
17. Rodriguez Salazar T. El debate de las representaciones sociales en la psicología social. Relaciones. 2003;XXIV(93):52-80.
18. Jodelet D. La Representación Social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S, editor. Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1986.
19. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. Sociedade e Estado, Brasília, 2009;24(3):679-712.
20. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad Saude Publica. 1993;9(3):300-8.
21. Moscovici S. El Psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Ed. Huemul. (Colección Temas Básicos); 1979.
22. De Castro Crusoé NM. A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. APRENDER. Cad Filos e Pisc da Educ Vitória da Conqu. 2004 [acceso 17/09/2017];2(2):105-14. Disponible en: http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/3792/pdf_121
23. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira L, Oliveira F, Caballero González JE, Shimizu H *et al*. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. Rev Panam Salud Pública. 2017 [acceso 17/09/2017];(2):1-7. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34585>
24. Valles Martínez MS. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis; 1997.
25. Oliveira DC, Teixeira, CMTV, Fischer FM, Amaral MA. Estudo das representações sociais através de duas metodologias de análise de dados Rev. enferm. UERJ. 2003 [acceso 17/09/2017];11(3):317-27. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-364798>
26. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicol. 2013 [acceso 17/09/2017];21(2):513-8. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
27. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. Estud e Pesqui em Psicol. 2006;6(2):72-88.

28. Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, Bermudez XPCD. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Cien Saude Colet*. 2013 [acceso 17/09/2017];18(8):2275-84. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n8/11.pdf>
29. Grisotti M, Patrício ZM, Da Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Cien Saude Colet*. 2010 [acceso 17/09/2017];15(3):831-40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
30. Van Stralen ACS, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017 [acceso 05/02/2022];27(1):147-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4008/400851663010.pdf>
31. Santos MAM, Souza EG, Cardoso JC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. *Gestão e Soc*. 2016 [acceso 17/09/2017];10(26):1327. Disponible en: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/2089>
32. Da Costa Uchoa A, Leiros Souza E, Spinelli Souza AF, Gomes de Medeiros R, De Souza Peixoto DC, Rosendo da Silva RA, *et al*. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2011;21(3):1061-76. DOI: [10.1590/S0103-73312011000300016](https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300016)
33. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cien Saude Colet*. 2016 [acceso 17/09/2017];21(9):2655-63. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
34. Barbani R, Junges JR, Dalla Noa CR, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil. Avanços, limites e desafios. *Saúde Soc*. São Paulo. 2014 [acceso 17/09/2017];23(3):855-68. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/J8nkz4zZsnMnD6vwJkdFKpG/abstract/?lang=pt>
35. Oliveira AMC, Ianni AMZ, Dallari SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2329-38.
36. Soratto J, Rigatto Witt R. Participação E Controle Social: Percepção dos trabalhadores da saúde da Família. *Texto e Context Enferm*. 2013;22(1):89-96.

37. Kemper ES, Mendonça AVM, De Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. Cien Saude Colet. 2016 [acceso 17/09/2017];21(9):2785-96. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=pt&tlng=pt

38. Shimizu HE, Silva JR, De Moura LM, Bermúdez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. Cien Saude Colet. 2015 [acceso 17/09/2017];20(9):2899-910. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902899&lng=pt&tlng=pt

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Yamila Comes, Ximena Pamela Diaz Bermúdez, Leonor Maria Pacheco Santos.

Adquisición de fondos: Leonor Maria Pacheco Santos.

Investigación: Yamila Comes, Ximena Pamela Diaz Bermúdez, Maíra Catharina Ramos.

Redacción - borrador original: Yamila Comes, Ximena Pamela Diaz Bermúdez, Maíra Catharina Ramos.

Redacción - revisión y edición: Yamila Comes, Leonor Maria Pacheco Santos.

Financiación

Este estudio recibió financiamiento de la Convocatoria Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013 del CNPq y DECIT, coordinada por Leonor Maria Pacheco Santos.