

El abordaje equitativo de género como una estrategia de gestión para la fijación de médicos en áreas vulnerables

Maria Regina Martinez^(a)

(a) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro. Alfenas, MG, Brasil. 37130-001. maria.martinez@unifal-mg.edu.br

Aunque diversos programas gubernamentales hayan contribuido para aumentar expresivamente el número de médicos en Brasil, áreas distantes, vulnerables y de difícil acceso siguen carentes de una cantidad mínima de profesionales, perjudicando el acceso a la asistencia y los indicadores de salud de la población. Estrategias gubernamentales, tales como incentivos financieros especiales, han conseguido atraer a profesionales médicos para esas áreas remotas y con necesidades especiales; sin embargo, la fijación de esos profesionales no ha sido efectiva. Considerando la tendencia hacia la feminización de la Medicina y la creciente influencia familiar y económica de las mujeres en los procesos de decisión de la sociedad actual, en este ensayo teórico se propone la utilización de abordajes contemporáneos dirigidos a la equidad de género en los servicios de salud para favorecer la fijación de profesionales médicos en regiones más necesitadas.

Palabras clave: Médicos. Servicios de salud. Trabajo femenino. Gestión en salud. Áreas pobres.

Introducción

A pesar del aumento lineal y constante del número de profesionales médicos en Brasil, la oferta de servicios de salud resolutivos y de calidad a regiones del país con necesidades especiales, remotas y pobres, todavía constituye un desafío. Eso no es una prerrogativa brasileña, puesto que diversos países sufren con la distribución irregular de profesionales de salud, especialmente médicos, lo que se está convirtiendo en un problema grave, persistente, que resiste a las más variadas estrategias de enfrentamiento^{1,2}.

El número de profesionales de salud por habitante mide la disponibilidad de profesionales por categorías seleccionadas, según su localización demográfica. Cuando hay escasez de médicos o mala distribución regional, ocurre un aumento de la población no asistida y un consecuente impacto negativo en los indicadores básicos de salud³.

La tasa de crecimiento del número de médicos en Brasil es, aproximadamente, dos veces superior al de la población. La razón del número de médicos por 1.000 habitantes pasó de 1,15 en 1980 para 2,11 en 2015. El cuerpo de médicos llegó a 364.757 en 2010, un crecimiento del 24,95%, contra un aumento poblacional del 12,48% en el período comprendido entre 2000 a 2010. Ese resultado está relacionado, principalmente, a la apertura de nuevas escuelas de medicina y a la consecuente expansión de plazas de graduación en medicina⁴.

Creado en 2013 y consolidado legalmente por medio de la Ley 12.871, el Programa Más Médicos (PMM) fue pensado como parte de una serie de medidas para combatir las desigualdades de acceso a la atención básica resolutive.

El PMM se estructuró en tres ejes de acción: (1) inversión en la mejora de la infraestructura de la red de salud, con enfoque en la atención básica; (2) ampliación y reformas en la educación médica, lo que colaboró para el aumento del número de cursos de graduación en medicina y estableció nuevos parámetros para la formación profesional, privilegiando la integración enseñanza-servicio y la actuación asistencial en la Atención Básica a partir de la articulación de las acciones de enseñanza, investigación y extensión, además de aumentar el número de programas de residencia médica en el país; (3) y provisión de emergencia de médicos para áreas vulnerables, carentes y en donde es difícil la fijación de profesionales^{5,6}.

No obstante, ese aumento del número de médicos en el país no asegura una mejora homogénea de los indicadores de salud, puesto que muchas regiones, especialmente las más desfavorecidas, continúan carentes de profesionales. En 2014, a pesar de una razón nacional de 2,09 médicos por 1.000 habitantes, se constatan desigualdades en la distribución geográfica de esos profesionales: las regiones Norte (1,09 médico por 1.000 habitantes) y Nordeste (razón de 1,3) son inferiores a la razón

nacional; por otro lado, la región Sudeste cuenta con el mayor número de médicos por 1.000 habitantes, 2,75, superior a la de la región Sur, con 2,18, y Centro-Oeste, con 2,20⁴.

Considerando la problemática de la fijación de médicos en áreas remotas y de difícil acceso, el presente ensayo teórico tiene como objetivo central el debate sobre estrategias de gestión en salud capaces de atraer y retener a profesionales médicos para áreas más vulnerables del país. Para ello, se fundamenta en un abordaje contemporáneo de equidad de género, capaz de utilizar como una oportunidad para la gestión de los servicios de salud el creciente número de mujeres en el mercado de trabajo con formación médica.

La trayectoria metodológica utilizada fue asociar la evolución contemporánea de la demografía médica brasileña y su impacto en los indicadores de salud, utilizándose para tanto el análisis de datos secundarios relacionados a indicadores de salud disponibles para acceso público, describir la inserción de la mujer en el mercado de trabajo brasileño y su impacto en las decisiones de vida de las familias y, finalmente, desarrollar, con base en estrategias enfocadas en la equidad de género en el mercado de trabajo, propuestas para la retención de profesionales médicos, principalmente mujeres, en áreas remotas y desfavorecidas.

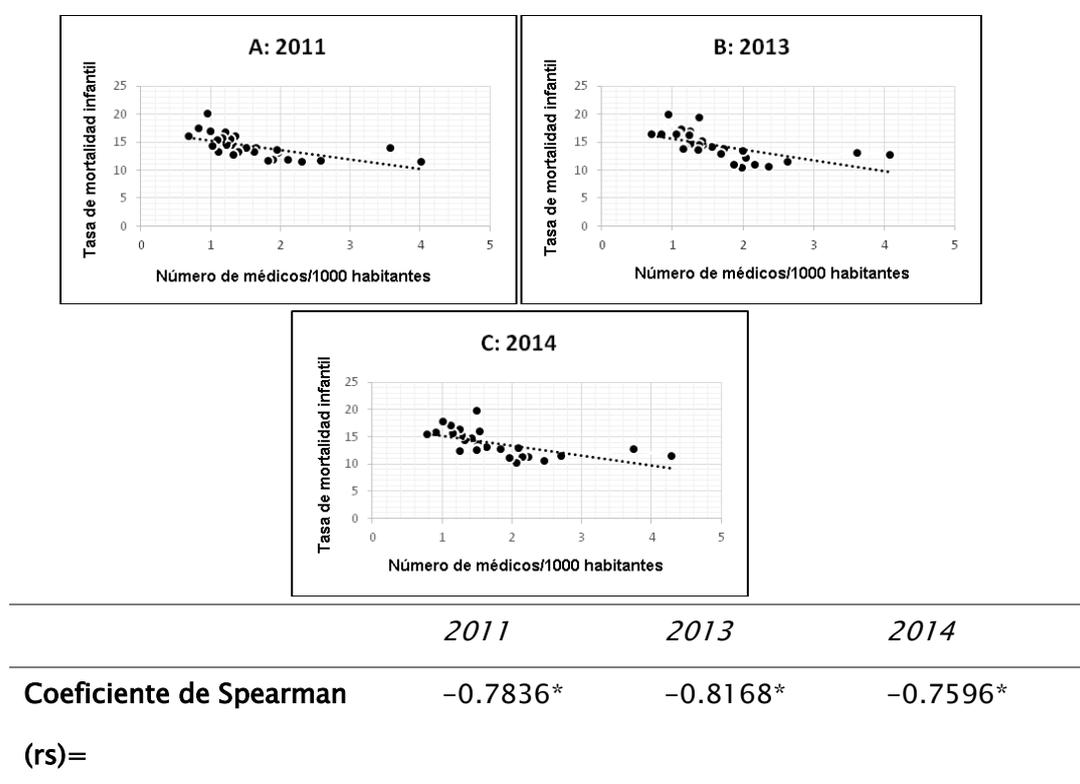
Distribución geográfica de los profesionales médicos e indicadores básicos de salud

La expectativa de vida al nacer y la mortalidad infantil se consideran medidas indirectas de la eficiencia de un sistema de salud³. La mortalidad infantil es un indicador utilizado internacionalmente para evaluar el nivel de salud de una población, estimando el riesgo de muerte de los nacidos vivos durante su primer año de vida. Representa el número de defunciones de menores de un año de edad, por mil nacidos vivos, en la población residente en determinado espacio geográfico, en un determinado año⁷. Es un indicador de salud que contribuye para dar subsidio a procesos de planificación, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud

enfocadas en la atención prenatal y en el parto, así como para la protección de la salud infantil.

Las regiones de mayor escasez de profesionales médicos son aquellas en las que hay una elevada mortalidad infantil², reflejando parámetros de acceso y calidad de los recursos disponibles para la atención a la salud materna y de la población infantil⁷ (Figura 1).

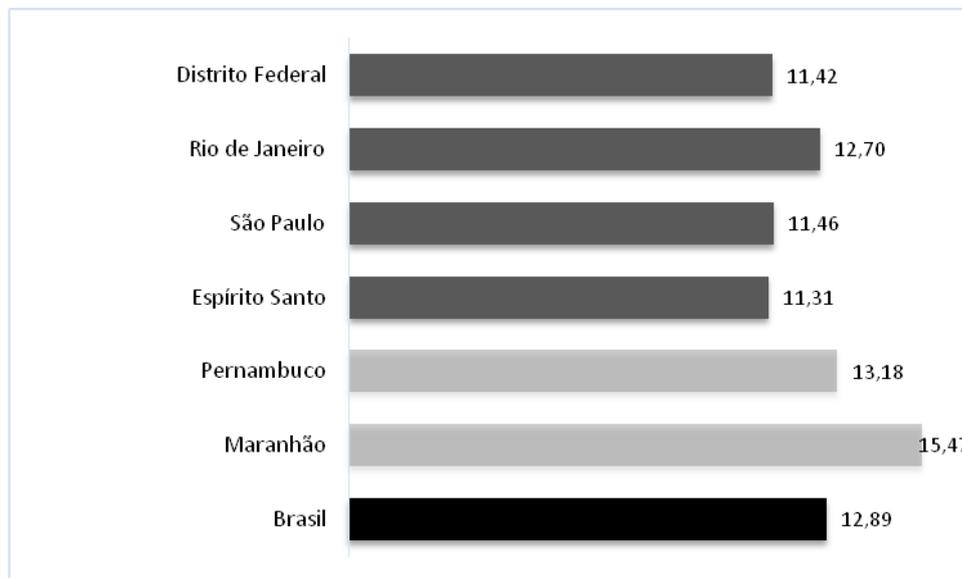
Figura 1. Correlación entre la tasa de mortalidad infantil y el número de médicos / 1000 Habitantes por unidad de la Federación de Brasil en los años de 2011 (A), 2013 (B) y 2014 (C).



* $P < 0,0001$. Fuente: Scheffer M. et al., *Demografia Médica no Brasil* 2011, 2013 e 2015; TabNet/DataSus.

Los estados que cuentan con mayor número de médicos a cada 1000 habitantes son el Distrito Federal, Río de Janeiro, São Paulo y Espírito Santo. Mientras que el menor número de médicos del país, con 0,79 y 1,64 médicos por 1.000 habitantes en 2014, se encuentran respectivamente en los estados de Maranhão y Pernambuco, resultando en una tasa de mortalidad infantil superior al promedio brasileño (Figura 2).

Figura 2. Tasa de mortalidad en las unidades de la Federación de Brasil con mayor y menor número de médicos por 1000 habitantes en el año 2014.



Fuente: TabNet/DataSus.

Aunque muchos médicos, principalmente los recién graduados, opten por iniciar su inserción en el mercado de Trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), no todos tienen la intención de constituir carrera en la especialidad o desean fijarse en regiones remotas con necesidades especiales. Mayoritariamente, los médicos ocupan espacios de decisión y mantienen cierta independencia en lo que se refiere a su trabajo, siendo pocos los que dependen únicamente del sueldo ofrecido por la ESF⁸, teniendo mayor libertad para redirigir sus opciones profesionales a partir del escenario socioeconómico de su profesión.

No obstante, los egresados de Programas de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad tienden a trabajar en la asistencia de la salud con equipos de ESF, lo que fortalece la Atención Básica y tiende a mejorar los indicadores de salud de la población⁹.

Por otro lado, aunque los sueldos altos sean un atractivo para que los médicos migren para regiones remotas, su fijación en ellas depende de condiciones mínimas de desarrollo económico y sociocultural, condiciones materiales de trabajo y capacitación en el área de actuación^{2,10}.

Atracción y fijación de profesionales en áreas pobres y remotas

Una estrategia para la atracción y fijación de profesionales en áreas remotas y con necesidades especiales es el enfoque de esfuerzos para atender deseos relacionados al género femenino, puesto que la decisión de la fijación de la residencia de una familia depende mucho del posicionamiento de las mujeres.

Por lo general, gran parte de las decisiones de la vida de una familia depende de la figura femenina. Tal inferencia es posible a partir del análisis de datos sociodemográficos, financieros y relacionados al consumo de bienes y productos alrededor del mundo:

Las mujeres (women) son una de las tres fuerzas emergentes que moldean el siglo XXI, juntamente con el calentamiento global (weather) e internet (web). Nosotros las denominamos de 3 Ws: Clima/Weather – la aceptación general de la necesidad de sostenibilidad ambiental que está cambiando la forma como pensamos sobre el planeta y nuestra relación con él; Mujeres/Women – la gran contribución que las mujeres pueden hacer al crecimiento económico y el liderazgo futuro; Internet/Web – la extraordinaria transformación del modo en que vivimos, trabajamos y nos comunicamos por medio de la nueva tecnología ¹¹ (Posición 318 de 2783).

Las mujeres contribuyen con el 40% del Producto Interno Bruto (PIB) del mundo desarrollado, siendo que las mujeres hacen el 83% de todas las compras de consumo, incluyendo el 91% de casas nuevas, el 94% de muebles y decoración, el 60% de automóviles nuevos, el 80% de seguros de salud y el 89% de nuevas cuentas bancarias¹¹.

A pesar de que tan solo a partir de la promulgación de la Constitución Federal de 1988 se hayan creado condiciones en Brasil que aseguran los derechos de las mujeres, en la actualidad ellas tienen conciencia de su potencial y han demostrado su gran valor como ciudadanas, madres y trabajadoras, influyendo sobre todo el desarrollo social y económico del país¹².

El fenómeno de la feminización de la Medicina

Un dato interesante es el aumento del número de mujeres en la profesión médica, principalmente entre los profesionales más jóvenes. Entre los médicos que tienen hasta 29 años, las mujeres ya son mayoría, con el 56,2% contra el 43,8% de los hombres. Entre los nuevos registros médicos, la entrada masculina es superior hasta 2010. En 2011, el 52,6% de los nuevos registros en los Consejos Regionales de Medicina fueron de mujeres y el 47,4% de hombres. La feminización de la profesión siempre ha ido en aumento, totalizando, en 2014, el 54,8% de nuevos registros femeninos, contra el 45,2% masculinos⁴.

La participación de la mujer en el mercado de trabajo brasileño sigue la tendencia mundial, creciendo de manera significativa y constante desde la década de 1970. Sin embargo, como en la mayoría de los países, existe una desigualdad relacionada al género en las organizaciones¹¹. Se destacan la discriminación salarial, la segregación ocupacional y la dificultad de ascensión profesional de las mujeres^{13,14}.

La participación femenina en el mercado de trabajo en todo el mundo todavía es menor que la masculina, siendo que un mayor número de mujeres que de hombres desarrollan actividades de trabajo sin remuneración o en el mercado informal.

Adicionalmente, en Brasil, la remuneración femenina es menor que la masculina y esa diferencia se acentúa entre los profesionales con nivel universitario¹⁴.

En la Medicina, como en otras profesiones, aunque las mujeres mantengan el mismo número de vínculos laborales y un número de horas trabajadas equivalente al de los hombres, tienden a recibir remuneraciones menores¹⁵.

En países desarrollados, como el Reino Unido, el 70% de las mujeres con formación en ciencias, ingeniería y tecnología no trabajan en esas actividades. Además, las mujeres prácticamente no ocupan cargos de liderazgo o responsabilidad de gerencia, tanto en las organizaciones privadas como en las públicas¹¹.

En los países industrializados, los hombres dedican, en promedio, el 66% de su tiempo en actividades remuneradas y el 34% en no remuneradas y en los países en desarrollo la relación es del 74% para el 24%. Para las mujeres, en ambos tipos de países, la relación prácticamente se invierte: ellas dedican el 34% del tiempo en actividades remuneradas y el 66% en no remuneradas, entre ellas las tareas domésticas. Las actividades relacionadas al cuidado de los hijos son las que más consumen el tiempo disponible de las mujeres, siendo que cuanto más pequeños son los niños, mayor es el número de horas de tal dedicación¹⁶.

Aunque sería deseable que haya una mayor participación de los padres en el cuidado de los hijos, la división sexual del trabajo doméstico continúa dominada por el modelo tradicional, en el cual la clásica división de papeles está bastante enraizada y las madres responden por la mayor parte de las actividades relacionadas a higiene, alimentación, cuidados de salud, acompañamiento de la escolarización y hasta los juegos con los niños¹⁶.

Los datos demuestran que más de la mitad de las brasileñas tienen calificación para el ejercicio profesional, pero todavía enfrentan desafíos de colocación en el mercado debido a su deseo de formar una familia¹².

Esas diferencias de género hacen que los trabajos de tiempo parcial sean predominantemente femeninos, siendo una solución que las mujeres encuentran para equilibrar las responsabilidades familiares con las actividades del trabajo¹⁴.

Las mujeres cuyos hijos frecuentan las casas cuna o el jardín de infancia tienen mayores niveles de ingresos y una jornada de trabajo mayor, favoreciendo su permanencia en el mercado de trabajo y la productividad relacionada al género¹⁶. Los datos demuestran también que una educación infantil de calidad con inicio temprano es capaz de mejorar el desarrollo social y económico de un país¹⁷. Por lo tanto, las políticas públicas que aseguren la inserción de los niños, desde la más tierna edad, en instituciones de cuidados y escolarización diarios, promueven un círculo virtuoso de productividad y desarrollo social.

Adicionalmente, las mujeres tienen mayor propensión a invertir gran parte de sus ingresos salariales en la educación de los hijos; por lo tanto, mejores oportunidades de trabajo dirigidas al público femenino contribuyen con el aumento de la escolarización, con el consecuente aumento del desarrollo de la economía del país y de la reducción pobreza¹⁴

Entre los profesionales con enseñanza superior que actúan en los equipos de salud de la familia predomina el género femenino y entre los médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunidad, la vigésima especialidad con mayor número de profesionales en el país, se destacan las mujeres, representando un porcentaje del 56,5% contra un porcentaje masculino del 43,5%^{4,18}. Esos profesionales son esenciales para el fortalecimiento de la atención básica de los municipios y la consecuente mejora de los indicadores de salud de la población.

La rotación de médicos en los servicios de atención básica perjudica el vínculo de esos profesionales con la comunidad, causando un impacto directo sobre la significación del trabajo del equipo y de los indicadores de salud de los municipios¹⁹.

Existe una correlación entre la capacitación y la rotación de médicos en Programas de Salud de la Familia, siendo que cuanto más los profesionales se sienten capacitados para ejercer sus actividades, menor es la rotación¹⁰.

Los primeros programas de residencia en Medicina General y Comunitaria comenzaron en 1976. Con el impulso de la Estrategia Salud de la Familia, en 2002, la especialidad pasó a denominarse Medicina de Familia y Comunidad y el número de programas de residencia se amplió. Incluso con una oferta limitada de cursos, en

comparación con otras especialidades médicas, los programas de Medicina de Familia y Comunidad tienen dificultades para llenar la totalidad de sus plazas. Una de las justificativas para la existencia de tantas plazas ociosas sería el hecho de que no es necesaria una formación específica para actuar en la especialidad, principalmente en la ESF²⁰.

Es común que esos médicos encuentren como factores desmotivadores para mantenerse en el área de Medicina de Familia problemas relacionados con la insuficiencia de la composición básica de los equipos, insuficiencia de profesionales con el perfil propuesto por el programa, diversas modalidades de contrato de trabajo; insuficiencia en su formación para actuación en la atención básica, heterogeneidad en la estructura física de las unidades de salud de la familia, siendo que algunas de ellas son inadecuadas y están en situación precaria, sobrecarga de atenciones, dificultad para conciliar la vida profesional con sus intereses personales y familiares, compromiso del flujo y contraflujo de usuarios e informaciones entre los diferentes niveles del sistema, problemas de fidelidad en el relleno del Sistema de Información de Atención Básica (SIAB), diferentes estilos de gestión de los equipos, configurando relaciones a veces integradoras y otras conflictivas, expectativas contradictorias y conflictos de los equipos de salud de la familia con los poderes locales y conflictos en la relación entre la ESF y la población, cuando los equipos no consiguen atender la demanda^{8,19}.

Considerando la importancia de la especialización en Medicina de Familia y Comunidad para el fortalecimiento de la Atención Básica en el Sistema Único de Salud (SUS) y la preferencia femenina por esa especialización, el desarrollo de políticas públicas y de organización enfocadas en la fijación de profesionales médicos del género femenino en áreas pobres, remotas y con necesidades especiales se convierte en una cuestión estratégica.

Políticas para equidad de género como una oportunidad de gestión para la fijación de médicos

La expresión “relaciones de género”, conforme utilizada en el campo de las ciencias sociales, señala el orden cultural como modelador de mujeres y hombres. Por lo tanto, lo que se denomina de hombre y mujer no es tan solo un producto de la sexualidad biológica, sino de relaciones sociales basadas en diferentes estructuras de poder²¹.

El tema “género” se aborda en el contexto de los dilemas enfrentados por las teorías contemporáneas de justicia, teniendo una dimensión político-económica en la que, por un lado, existe la división entre trabajo productivo remunerado y el trabajo reproductivo y doméstico no remunerado y, por el otro, la división dentro del trabajo pagado entre ocupaciones bien remuneradas y profesionalizadas, dominadas por los hombres, y ocupaciones mal remuneradas y menos especializadas, dominadas por las mujeres²².

Es importante desinstitucionalizar estándares de valorización cultural que impiden la paridad de la participación social entre hombre y mujeres, sustituyéndolos por otros que la promuevan. En tal sentido, surgen las políticas de reconocimiento y equidad de género en el trabajo, transformando a la mujer en una aliada completa en la vida social, capaz de interactuar con los otros como un par²³.

La premisa de este estudio es que la utilización de estrategias de gestión comprometidas con un abordaje equitativo de géneros puede ser capaz de aumentar la fijación de profesionales médicos, sean ellos hombres o mujeres, en regiones vulnerables, mejorando sus indicadores básicos de salud.

Por lo general, la maternidad es el primer dilema visible en el plan de carrea de las mujeres, principalmente en la fase en que la profesional se encuentra en el auge de su productividad, entre los 30 y los 40 años de edad¹¹. Aunque es poco común que las médicas abandonen sus carreras para cuidar a los hijos, se espera que busquen condiciones de trabajo más compatibles con su nueva situación de vida, lo que implica trabajar en locales que ofrezcan recursos para el desarrollo académico, cultural y social de su familia.

Profesionales que tuvieron la oportunidad de estudiar muchos años de su vida, con frecuencia quieren ofrecerles la misma oportunidad a sus hijos; por lo tanto, no

hay posibilidades de retención de médicos en áreas remotas que no ofrezcan subsidios para una educación de calidad a los hijos.

Las mujeres más jóvenes se han programado para trabajar en jornadas que aseguren mayor flexibilidad, permitiendo equilibrar la carrera con las demandas familiares. Por lo tanto, la falta de flexibilidad en la jornada de trabajo de las Unidades de ESF hace que las médicas busquen otras oportunidades como profesionales liberales en las que puedan tener mayor autonomía sobre el tiempo disponible para su familia.

Los abordajes tradicionales de género, aunque tengan el objetivo elogiado de favorecer la inserción y el mantenimiento de las mujeres en el mercado de trabajo, no se han mostrado eficaces. Los sistemas legalistas que aseguran igualdad de oportunidades, tratamiento igual e igualdad salarial no son suficientes y acaban retratando a las mujeres como víctimas, a los hombres como opresores y a las organizaciones como “el local del crimen”^{11,24}.

Los abordajes equitativos de género, más contemporáneos, enfocados en el reconocimiento y la equidad de géneros en las organizaciones, no desconocen que existen diferencias de constitución biopsicosocial entre hombres y mujeres y que hay que considerarlas. Sin embargo, afirman que las mujeres no deben ser tratadas como minoría, puesto que representan la mitad de la población, siendo que la mayoría tiene diploma universitario y toma la mayor parte de las decisiones de compra¹¹.

Comprender y valorizar las diferencias de género hace posible su gestión, asegurando la permanencia y la productividad de hombres y mujeres en el trabajo. Hay diferencias en el estilo de comunicación, ritmo biológico, hormonas, funcionamiento del cerebro y preferencias de estilo de vida. Por ejemplo, el estilo de liderazgo femenino puede ser bastante diferente del masculino y cuando es muy similar, tiende a encararse como asertivo cuando lo ejercen los hombres y rudo cuando son las mujeres quienes ocupan cargos de jefatura¹¹.

En resumen, lo que agrega valor al trabajo, tanto de hombres como de mujeres, son sus diferencias, puesto que cuando se reconocen y no se suprimen aumentan el patrimonio humano de las organizaciones.

Abordaje equitativo de género para la fijación de médicos en áreas vulnerables y con necesidades especiales

Estrategias gubernamentales y de organizaciones enfocadas en la atracción y fijación en las áreas de profesionales del género femenino, además de retener a mujeres talentosas y productivas, benefician enormemente a los hombres del equipo de trabajo, aumentando la productividad y la satisfacción relacionada al trabajo de *todos* los trabajadores.

Dentro de esa perspectiva, las acciones para aumentar la atracción y fijación de profesionales médicos en áreas pobres y remotas incluyen el manejo de las políticas públicas y de organización en el sentido de comprender y valorizar las necesidades interpersonales de los profesionales del género femenino.

La mayor parte de las mujeres no separa sus vidas en esferas personal y profesional, sino que, por el contrario, lo que hacen es mezclarlo todo y buscar conocer la subjetividad presente en cada profesional con el que conviven²⁵. En ese sentido, propiciar espacios y momentos de convivencia más informal del equipo durante el horario de trabajo atrae y retiene al género femenino, favoreciendo el ambiente organizacional como un todo.

Un ambiente organizacional favorable propicia una alta retención de talentos, alta productividad, baja rotación, mayor adaptación a los cambios, alta dedicación, mayor aprovechamiento de las capacitaciones y menor probabilidad de tener enfermedades psicosomáticas²⁶.

Los hombres tienden a ser más agresivos y competitivos, expresando claramente sus deseos de desarrollo en la carrera y necesidades de ascensión profesional. Por su parte, las mujeres sienten una cierta aversión por la agresividad y la competitividad típicamente masculinas, retrayéndose y no dejándose ver en su pleno potencial y competencia. Es importante contar con gestores sensibles para identificar los talentos escondidos y desarrollar las competencias individuales.

Las mujeres tienden a ser responsables con relación a sus actividades de trabajo, pero sienten dificultad para desempeñarlas adecuadamente cuando perciben que su familia está amenazada, principalmente sus hijos. En ese sentido, horarios flexibles de trabajo que permitan el equilibrio entre sus responsabilidades profesionales y las de madre y esposa, programas de absorción en el mercado de trabajo local para sus cónyuges y garantía de cuidados y de progreso académico para sus hijos son puntos fundamentales para su fijación en el empleo y su productividad²⁵.

Aunque el acceso a la educación, al trabajo, a la cultura y al ocio de calidad sean derechos garantizados constitucionalmente, hay grandes disparidades regionales en nuestro país que ponen en tela de juicio en qué escala esos derechos se realizan de forma cualitativa y cuantitativa.

A pesar de esas desigualdades, el hecho es que la clase médica de nuestro país se compone de una elite social con acceso a sueldos muy superiores al promedio nacional, tanto en el sistema público como en el privado, en todo el territorio.

Su elevada remuneración les permite tener acceso a lo que hay de mejor en servicios e infraestructura disponibles en una región, por lo tanto, conforme señalado por otros autores^{6,27}, los aumentos financieros propuestos por el PMM son insuficientes, puesto que además de ser una política con costo elevado, incentiva la permanencia provisional y no fija a los médicos, a mediano y largo plazo, en regiones con pocas alternativas de calidad de vida.

El acceso a la carrera médica en Brasil es (y tal vez lo será por mucho tiempo aún) elitizado²⁸ y la profesión médica continúa ideológicamente enfocada en altos rendimientos personales asociados a un elevado nivel de vida²⁷. Por lo tanto, regiones que no aseguren condiciones adecuadas (y algunas veces diferenciadas) de trabajo y estudio para el profesional médico y su familia no conseguirán retener a dichos profesionales por mucho tiempo.

La organización del trabajo es fuente de alegría y sufrimiento para los trabajadores^{29,30}, programas enfocados en el reconocimiento de la calidad y de la importancia del trabajo desarrollado y acciones que promuevan el aumento del vínculo del médico con la comunidad tienden a aumentar la identidad del profesional con su

trabajo y con el servicio de salud del que forma parte^{19,31}, favoreciendo su fijación en el empleo y en el municipio.

Trabajar, además de hacer posible el sustento, es fuente de auto-realización. A partir de los desafíos impuestos por el trabajo se desarrolla una búsqueda constante de nuevos aprendizajes y desarrollo de nuevas habilidades, lo que da impulso al alcance de factores relacionados con la autoestima.

La inversión en capacitación y desarrollo de los trabajadores es un elemento esencial para mantener su motivación. En lo que se refiere a la atención básica, la alianza entre servicios y esferas gubernamentales para compartir la carga relacionada a la capacitación especializada a los profesionales de salud es un factor fundamental y consiste en una inversión con retorno garantizado, siempre y cuando, aunque el profesional calificado salga del servicio, haya una tendencia de los trabajadores que actúan en los servicios públicos de salud a mantenerse en el área, incluso cuando cambian de instituciones o de municipios^{25,32}.

La plazas de residencia en Medicina de la Familia y Comunidad, así como de todas las demás especialidades médicas, se concentran principalmente en la región sudeste del país³³. Aunque el PMM incentive la apertura de nuevas plazas en los cursos de medicina recién implantados, todavía resultan necesarios esfuerzos gubernamentales y locales para que tal expansión se consolide, limitando el acceso de los profesionales que trabajan en ESFs, principalmente en áreas remotas y de difícil acceso. En ese sentido, los municipios deben implicarse con una política enfocada en incentivos dirigidos a los profesionales que se proponen invertir su tiempo y recursos en cursos de residencia y especialización en Salud de la Familia, ofreciendo auxilios financieros para su desplazamiento y hospedaje, cuando necesario, y posibilidades de reducción o flexibilización de su jornada de trabajo en beneficio del tiempo dedicado a los estudios que limita su disponibilidad para su familia.

El reconocimiento entre gestores y trabajadores del equipo de las necesidades de salud específicas de la mujer y una atención dirigida a las morbilidades más presentes en el sexo femenino aumentan la satisfacción en el trabajo y reducen el ausentismo y la rotación profesional³⁴.

Condiciones inadecuadas de trabajo asociadas a cargas horarias excesivas y mala remuneración no favorecen la fijación del profesional médico²⁷, principalmente en regiones con indicadores sociales por debajo del promedio brasileño en donde las posibilidades de inversión en la propia carrera son limitadas.

A seguir se resumen algunas estrategias que pueden desarrollar los gobernantes municipales y los gestores de servicios de salud para aumentar la fijación de profesionales médicos en áreas remotas y con necesidades especiales, utilizando como oportunidad las premisas de un abordaje equitativo de género (Tabla 1).

Tabla 1. Sumario de las estrategias gubernamentales y de organización para la fijación de médicos en áreas remotas o con necesidades especiales con base en el abordaje contemporáneo de género.

Estrategias gubernamentales	Estrategias de organización
Contratos de trabajo a tiempo parcial que permitan que los trabajadores equilibren demandas familiares y actividades profesionales;	Mantenimiento del Ambiente Organizacional favorable al género femenino;
Programas municipales que potencialicen la absorción de mano de obra de trabajo no médica, favoreciendo la capacidad de empleo de los cónyuges de los profesionales médicos;	Desarrollo de políticas internas de valoración de la familia con flexibilidad de horarios para trabajadoras que tengan hijos en edad preescolar y escolar;
Disponibilidad de plazas en casas cuna o escuelas infantiles públicas de calidad;	Desarrollo de programas de salud del trabajador con enfoque en el género femenino;
Incentivo para la inserción de profesionales que ya trabajan en ESFs, en cursos de residencia o de especialización en Salud de la Familia, compartiendo el peso de esa inversión de carrera con los	Elaboración e implementación de planes de educación permanente en salud enfocados en el desarrollo de las habilidades asociadas al género femenino;

municipios, tanto ofreciendo auxilios financieros o ampliando la flexibilidad del horario de trabajo;

Disponibilidad de escuelas públicas de enseñanza básica y media de calidad o establecimiento de alianzas con municipios adyacentes que puedan absorber a estudiantes hijos de médicos;

Políticas municipales de desarrollo en las áreas de cultura, deportes y ocio.

Capacitaciones enfocadas en el desarrollo de habilidades de gerencia en las profesionales del género femenino haciendo posible que ocupen cargos de liderazgo en los servicios de salud;

Programas enfocados en el mapeo y desarrollo de los talentos.

Fuente: Autoría propia.

Consideraciones finales

La fijación de médicos en áreas pobres, remotas y con necesidades especiales puede ser más efectiva a partir de la utilización de estrategias enfocadas en la equidad de género y en la profesión médica.

Este estudio propone enfocar los esfuerzos en las necesidades femeninas con el objetivo de retención de profesionales médicos.

Las mujeres que actúan en el mercado de trabajo pasan a ser más productivas y leales con las organizaciones que utilizan abordajes de género estratégicas. Locales de trabajo más atractivos para las mujeres también suelen favorecer la retención masculina, causando impacto en la calidad de la asistencia de los servicios de salud y, consecuentemente, en los indicadores de salud de la población.

Agradecimientos

La autora agradece a Tiago Silveira por el apoyo técnico en la colecta de datos secundarios relacionados a indicadores de salud, al laboratorio de Investigación y Desarrollo (LP&D, por sus siglas en portugués) y a la Pro-rectoría de Extensión de la Universidad Federal de Alfenas por el apoyo a las actividades del Programa de Extensión Observatorio de Gestión Hospitalaria, en donde se desarrolló este trabajo.

Referencias

1. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009; 44: 13–24.
2. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47): 913–26.
3. Soárez PC, Padovan JL, Ciconelli RM. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. *RAS*. 2005; 7(27):57–64.
4. Scheffer M, *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.
5. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saúde Debate*. 2014; 51: 105–120.
6. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, dos Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623–34.
7. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2a ed. Brasília: OPAS; 2008.
8. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):438–46.
9. Matos FV, Cerqueira MBR, Silva AWM, Veloso JCV, Moraes KVA, Caldeira AP. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. *Rev Bras Educ Med*. 2014; 38(2):198–204.
10. Campos CVDA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008; 42(2):347–68.
11. Maitland A, Wittenberg-Cox A. *A era da mulher*. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2011 (recurso digital).
12. Santos GE, Nestor NF. A influência da mulher como líder no mercado de trabalho. *Rev Ciênc Gerenc*. 2013; 17(25): 207–25.
13. Cavazotte FSCN, Oliveira LB, Miranda LC. Desigualdade de gênero no trabalho: reflexos nas atitudes das mulheres e em sua intenção de deixar a empresa. *Rev Adm*. 2010; 45(1):70–83.
14. Elborgh-Woytek K, Newiak M, Kochhar K, Fabrizio S, Kpodar K, Wingender P, et al. *Women, work, and the economy: macroeconomic gains from gender equity*. Washington: International Monetary Fund; 2013.
15. Bruschini C, Lombardi MR. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. *Cad Pesqui*. 2000; 110:67–104.

16. Cordeiro MC. Mulher, mãe e trabalhadora: breve balanço de recentes políticas de conciliação entre trabalho e vida familiar no Brasil. *Rev SER Soc.* 2008; 10(23):71-99.
17. Warner ME, Prentice S. Regional economic development and child care: toward social rights. *J Urban Aff.* 2013; 35(2):195-217.
18. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saúde Colet.* 2010; 15(5):2355-65.
19. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwinger G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saúde Colet.* 2010; 15(Supl 1):1521-31.
20. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(3):464-71.
21. Moraes MLQ. Usos e limites da categoria gênero. *Cad Pagu.* 1998; 11:99-105.
22. Lima AMD, Rosa LCS. Equidade de gênero e welfare state pós-industrial: a contribuição de Nancy Fraser. *Temporalis.* 2014; 2(28):57-77.
23. Fraser N. Reconhecimento sem ética? *Lua Nova.* 2007; 70:101-38.
24. Almeida PP. 'Essa empresa não é lugar de mulher parideira': considerações feministas sobre as relações de gênero nas organizações. [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
25. Andrade JO, Carvalho-Neto A, organizadores. Mulheres profissionais e suas carreiras sem censura: estudos sob diferentes abordagens. São Paulo: Atlas; 2015.
26. Bispo CAF. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. *Produção.* 2006; 16(2):258-73.
27. Scheffer, M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu).* 2015; 19:637-640.
28. Ristoff D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. *Avaliação (Campinas).* 2014; 19(3):723-47.
29. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
30. Dejours C. Trabalho vivo: sexualidade e trabalho. Brasília: Paralelo 15; 2012.
31. Dejours C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? *Rev Cult.* 2009; 12(139):49-53.
32. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(2):490-98.
33. Chaves HL, Borges LB, Guimarães DC, Cavalcanti LPG. Vagas para residência médica no Brasil: onde estão e o que é avaliado. *Rev Bras Educ Med.* 2013; 37(4):557-65.

34. Oliveira S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. Cad Saúde Pública. 1997; 13(4): 625-34.

Translated by Maria Carbajal