
Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil

M.R. Dal Poz

Human Resources for Health (HRH). Department of Health Service Provision (OSD)
World Health Organization. Ginebra. Suiza.

Correspondencia: Dr. Mario Roberto Dal Poz
Human Resources for Health (HRH). Department of Health Service Provision (OSD)
World Health Organization. 1211 Geneva 27, Switzerland. Correo electrónico: dalpoz@who.int

Recibido: 19 de junio de 2000.
Aceptado: 15 de julio de 2000.

(Changes in the hiring of health personnel: the family health program in Brazil)

Resumen

Este artículo analiza los procedimientos y los procesos de contratación de trabajadores de salud en el Programa de Salud de la Familia en el Brasil, discutiendo los méritos, problemas y resultados relativos de cada uno de los mecanismos utilizados para la contratación de médicos, enfermeras y agentes de salud comunitarios.

Antes de iniciar propiamente el análisis de los mecanismos de contratación, el autor hace una breve descripción de la importancia y del papel del Programa de Salud de la Familia para el sistema de salud brasileño. Ahí, el artículo procura demostrar las características y el impacto sobre el desarrollo de los recursos humanos de este programa clave, que es considerado como la «reforma de la reforma» o la «contrarreforma» del sistema único de salud.

Finalmente, después de presentar y analizar los datos disponibles sobre las formas de contratación y los sueldos para médicos y enfermeras en algunos estados y municipios del Brasil, el autor llama la atención sobre el nuevo contexto social, donde son los propios gobiernos, en los distintos niveles, quienes estimulan el incumplimiento de reglas y leyes laborales que es su responsabilidad mantener. Esto sólo refuerza la hipótesis de que una nueva etapa de reformas ya se ha puesto en marcha.

Palabras clave: Salud de la familia. Recursos humanos de salud. Gestión de recursos humanos. Contratación de recursos humanos. Política de salud. Reforma del sistema de salud.

Abstract

This article analyzes the procedures involved in the hiring of health personnel in the Family Program in Brazil. We examine the values, problems and relative outcomes of each of the processes used in hiring doctors, nurses and health community workers.

Before analyzing hiring procedures, the author briefly describes the importance and role of the Family Health Program of the Brazilian health care system. Based on these factors, this article aims to demonstrate the characteristics and effects of this key program, considered a pivotal reform in the Brazilian health system, on the development of human resources.

Finally, after presenting and analyzing the data available on the hiring models and the various salaries of physicians and nurses in several Brazilian states and municipalities, the author highlights the new social context in which the government, at different levels, flouts the labor regulations, which are their responsibility to enforce. This fact alone reinforces the hypothesis that a new phase of reforms has already begun.

Key words: Family health. Human resources for health. Health policy. Health manpower. Personnel management. Health care reform.

Introducción

La reforma sanitaria brasileña de los años ochenta, que ha culminado con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), está considerada como del tipo *big bang*, mientras que el conjunto de cambios que están ocurriendo en el período posterior a 1995 se caracterizan por un conjunto de modificaciones en el diseño y en la operativización de la política por medio de sucesivos ajustes*. Este proceso reciente de inflexión puede ser denominado de «reforma de la reforma» o de «proceso de reforma incremental del SUS»¹.

Los procesos de reforma incremental se caracterizan por poder ocurrir, separada o simultáneamente, en por lo menos tres dimensiones: a) formas de organización de los servicios, b) modalidades de asignación de recursos y formas de remuneración de acciones y servicios, y c) el modelo asistencial. En particular, el Programa de Salud de la Familia (PSF) es considerado como un instrumento de la reforma incremental que está siendo efectuada en el interior de la política sanitaria brasileña. Actuando de forma simultánea con el modelo de prestación de servicios y acciones de salud (modelo asistencial), con la organización del sistema y con las modalidades de asignación de recursos y de remuneración de las acciones básicas de Salud, el PSF ha ido provocando profundas alteraciones en la conducción y en la operación de la política de salud del Brasil en los diferentes niveles de gobierno, además de modificar los patrones de consumo de los servicios de salud, y reorientar la demanda en los hogares donde se encuentre implantado.

La historia del PSF se inicia cuando el Ministerio de la Salud formula el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), en 1991, y fue a partir de este programa cuando se comenzó a enfocar la familia como unidad de acción programática de salud y no ya solamente al individuo, al tiempo que se ha introducido la noción de área de cobertura (por familia).

El primer documento del programa es de septiembre de 1994, donde se indican las directrices del mismo. La concepción del programa, presentado en ese primer documento, es hacerlo un instrumento de reorganización del SUS y de la municipalización, determinando que su implantación ocurrirá, con prioridad, en las áreas de riesgo (en el documento es utilizado el Mapa de Hambre, como criterio de selección para las áreas de riesgo).

*Para mejor delimitación de esos conceptos, Viana y Dal Poz (1998) utilizan la clasificación propuesta por France (1997) que distingue dos tipos de reforma: la del tipo *big bang* y la del tipo incremental. Las del tipo *big bang* son las que introducen modificaciones expresivas y significativas en el funcionamiento del sistema de salud de forma rápida y puntual, y las incrementales tienen por base pequeños ajustes sucesivos.

En este documento están ya definidas las áreas de extensión del programa (800 a 1.000 familias/equipo, formado por un médico, un enfermo, un auxiliar de enfermería y 4 a 6 agentes comunitarios), la forma de remuneración del equipo (diferenciada en cuanto a los demás profesionales del Sistema de Salud), el régimen de trabajo (dedicación exclusiva y residiendo en la propia área de actuación), el ámbito de la atención (atención a la demanda espontánea, organizada y realizadas por las acciones educativas y colectivas) y el control social (por los consejos de salud).

En este momento son también definidas las actividades del programa: diagnóstico de salud de la comunidad, visita domiciliaria, internamiento domiciliario, participación en grupos comunitarios, atención en las unidades y establecimiento de referencia y contrarreferencia.

Los objetivos, definidos en aquel momento, fueron constituir y capacitar 2.500 equipos y beneficiar a 2,5 millones de familias.

La financiación del PSF implica recursos federales, de estados y municipales. Conforme lo previsto en la legislación del SUS, los recursos federales se presentan sobre la forma de incentivos, que componen la parte variable del Piso de Atención Básica (PAB). Estos recursos son transferidos de forma regular y automática directamente a los municipios, a través de la modalidad fondo a fondo (Fondo Nacional de Salud para Fondo Municipal de Salud), en parcelas mensuales.

Para que el municipio pueda ser calificado para recibir los recursos federales de incentivo, debe tener implantado el PSF de acuerdo con los principios y directrices reglamentados por el Ministerio de la Salud y estar habilitado como Gestor Pleno de la Atención Básica o Pleno del Sistema, según la legislación vigente. El municipio puede implantar varios equipos si lo considera necesario. Así, para la reasignación de recursos federales en forma de incentivos, el número de agentes comunitarios o equipos debe obedecer a los parámetros de cobertura de la población definidos por el Ministerio de la Salud: un agente comunitario para 450 a 750 personas y un equipo para 2.500 a 4.500 personas.

La rápida expansión del programa y el crecimiento del número de equipos confirman la fuerte adhesión de los municipios al modelo propuesto por el PSF y que demuestran su capacidad potencial de inducción de cambios en la política de salud. Según datos actualizados del PSF, proporcionados por la Coordinación de Atención Básica del Ministerio de la Salud (COAB/MS), en mayo de 2000 el PSF estaba implantado en 2.438 municipios, de un total de 5.506 existentes (44%), con 7.291 equipos en actuación, para cubrir al 15% de la población brasileña (tabla 1).

El desarrollo del PSF es un reconocimiento de que la heterogeneidad y la complejidad de los procesos de reforma del sector de la salud y los problemas enfren-

Tabla 1. Evolución de la implantación del PACS/PSF. Brasil, 1994/2000¹⁷

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Mayo 2000
Agentes Comunitarios de Salud	29.098	34.546	44.532	54.934	88.961	105.485	125.993
Municipios	879	1.088	1.470	2.203	3.541	3.888	4.330
Equipos PSF	328	724	847	1.623	3.147	4.945	7.291
Municipios	55	150	226	567	1.117	1.970	2.438

Fuente: COAB/SAS/MS, 2000.

tados en el proceso de mejorar el desempeño de los servicios y sistemas de salud han puesto mucho más énfasis en la búsqueda de las soluciones para los perfiles de financiación y gasto en la política de salud, para el sistema mixto público-privado en la oferta de servicios y aun para la redefinición de nuevos modelos de asistencia.

Así, desde nuestro punto de vista, las estrategias y políticas de las reformas sectoriales han olvidado lo que parece constituirse en una de las difíciles y centrales cuestiones para la gerencia de los servicios de salud: la cuestión de los recursos humanos. En este campo, de gerencia *strictu-sensu*, es posible identificar dos agendas distintas y simultáneas. La primera, que se podría llamar una vieja agenda, se compone aún de los problemas vinculados a la especificidad del profesional de salud y del trabajo en salud, o sea, los problemas de carreras, las cuestiones salariales no resueltas y, también, la dificultad en establecer una relación saludable entre la burocracia, el profesional y el usuario².

La nueva agenda del área ha emergido por imposición de las reformas económicas como la liberalización económica, la descentralización de los sistemas de salud y el mayor acercamiento de la población a los servicios de salud. En este contexto, los servicios y los sistemas de salud tienen que diseñar e implementar políticas innovadoras para los recursos humanos, en instituciones en permanente transformación y bajo conflictos culturales y políticos.

En este artículo discutimos algunos de los aspectos de ese proceso político, particularmente los impactos ya detectados en los procesos de contratación de la fuerza de trabajo en salud en Brasil que tuvieron su desarrollo y expansión con el Programa de Salud de la Familia.

El PSF y las principales modalidades de contratación

Asociada a los procesos de globalización económica y social, se encuentra una fuerte tendencia a la flexibilización de las relaciones de trabajo, que alcanza hoy todos los ramos de actividad pública y privada. En cierta forma, los servicios públicos están en una fase de

transición en la que la gestión del trabajo dejó de ser sinónimo de administración de personal propio. Hay una tendencia a que la gestión de los recursos y la prestación de los servicios públicos sean dos procesos distintos. En el SUS esa tendencia se traduce en la multiplicación de las formas y mecanismos de tercerización de servicios a través de empresas privadas y cooperativas, en situaciones tan distintas como hospitales y el PSF, comprobando que el gestor público es cada vez menos empleador directo y más el instrumento de contratación de proveedores de trabajo³.

Las formas de vinculación contractual adoptadas por las secretarías de salud para la contratación de profesionales para el PSF son muy variadas (tabla 2). Llamamos la atención las situaciones de vínculo informal, no apoyadas en elementos legales y sin obligaciones de seguridad en la vinculación de los agentes comunitarios de salud (ACS). Como ejemplo, hay algunas instituciones que utilizan un mecanismo llamado «beca de trabajo», que es sólo para pagar a los estudiantes que están en aprendizaje práctico. Pero también hay médicos y otras categorías profesionales que son remunerados mediante artificios semejantes. Eso proporciona al Estado —en principio el ente de la legalidad— un papel embarazoso, al fomentar la informalidad de las relaciones de trabajo, creando una situación de desprotección social y de informalidad de las relaciones de trabajo, en la medida en que esas formas de vinculación contractual no dan acceso a los beneficios asistenciales ni a los beneficios de la legislación del trabajo (vacaciones, decimotercer salario o paga extraordinaria, licencia de maternidad, jubilación, etc.)⁴.

A continuación, se sintetizan algunas características de las principales modalidades de contratación en-

Tabla 2. Distribución porcentual de las modalidades de contrato de médicos y enfermeros en los equipos del PSF. Brasil, 1998

	Médicos (%)	Enfermeros (%)
Contrato temporal	49	44
Prestación de servicios	26,7	24,0
Estatutario	15,8	16,1
CLT	12,1	11,0

Fuente: Solla, 1999.

contradas en el PSF y sus implicaciones para el Agente Comunitario de Salud y demás profesionales.

Empleado público

Uno de los elementos de la reforma administrativa en ejecución por el gobierno federal es la ampliación de los cuadros propios utilizando el vínculo no permanentemente regulado por la Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT), que desde la promulgación de la Constitución Federal, en 1998, estaba destinado a los empleados de las organizaciones o empresas privadas. La Enmienda Constitucional 19 de 1998⁵ y la Ley 9.962/2000 determinan que, con pocas excepciones, ésta sea también la nueva forma de vinculación para ingreso en las carreras del servicio público, con la denominación de «empleado público»⁶. Ese proyecto de ley traduce en términos prácticos el fin del concepto de estabilidad de la función pública en sentido amplio y también busca reducir los encargos con las jubilaciones especiales propias del régimen gubernamental, ya que al empleado, bajo las leyes «generales del trabajo», se le puede asignar el régimen de jubilaciones general. Esa ley empieza ya a servir como modelo para otras leyes en los niveles estatales y municipales de gobierno.

Principales características

- Derechos garantizados; relativa estabilidad en la función.
- El concurso es simplificado y busca evaluar competencias intelectuales; en el caso del ACS habrá necesidad de utilizar artificios para que la selección sea para trabajar sólo en una determinada área.
- Requiere una ley general municipal de empleo público CLT y otra específica para el ACS o para todo el equipo del PSF.
- Riesgo. Puede comprometer con seriedad el perfil social del ACS en la medida en que se transforma en un servidor del Estado.

Contrato con cooperativas

Las cooperativas profesionales tienen hoy una presencia creciente tanto en el sector privado como en el público y están transformándose en agencias de suministro de fuerza de trabajo, que negocian sus precios con los gestores y son por ellos contratadas directamente. Al inicio estaban limitadas a los anestesiólogos y a ciertas especialidades médicas, pero ahora abarcan

**En Camaragibe, PE, la cooperativa fue incentivada y organizada por la propia SMS (COOPERSAÚDE) y todos los profesionales de salud están vinculados a ella.

varios grupos profesionales y cooperativas del PSF y también agentes comunitarios. En este caso, su creación es estimulada por los propios gestores**. Si en el contexto de las dificultades legales y económicas actuales las cooperativas profesionales parecen un mal menor para los gestores, tienen todavía una desventaja innegable, que es favorecer la fragmentación de las formas de vinculación del personal y obligar a la creación de una gran cantidad de agencias con las cuales la negociación y las decisiones sobre contratos y remuneración tienen que tomarse caso por caso.

Principales características

- Régimen de autonomía de la relación del trabajo.
- Equivalencia de derechos negociada con los gestores del SUS y dentro de la cooperativa.
- Las características del perfil social (papel comunitario y vinculación del hogar de domicilio y trabajo) pueden ser consideradas.
- La cooperativa sólo del ACS: hay dificultades de manejar la tecnología de la administración de personal. La cooperativa del equipo del PSF: el ACS se queda en posición de sujeción.
- Esta forma indirecta de vinculación tiene que administrarse por medio de acuerdos con los gestores, en un proceso politizado.

Convenio con organizaciones no gubernamentales (ONG)

Muchas municipalidades pasan la responsabilidad de la ejecución del PSF a las asociaciones de vecinos y algunas entidades privadas sin fines de lucro, utilizando contratos o convenios.

Principales características

- Régimen CLT.
- Derechos garantizados legalmente (mismas reglas que cualquier otro empleado del sector privado).
- Pueden tenerse en cuenta las características personales, el papel comunitario y la vinculación del lugar de domicilio y trabajo.
- Dificultad de identificar ONG idóneas en cada municipio.
- La tarea de administración del personal pasa por la ONG y puede cambiar sus finalidades específicas.
- Es la alternativa más apropiada para preservar el papel social del ACS, pero su aplicación está sujeta a muchos factores políticos e institucionales imprevisibles y quizás no pueda utilizarse en muchos municipios.

Cargos comisionados y contratos temporales

Algunas secretarías municipales de salud están organizando puestos especiales para médicos y para el equipo del PSF, incluyendo los agentes comunitarios, como «cargos comisionados», en un claro desvío de finalidad, ya que los cargos comisionados son, en principio, para las funciones administrativas y políticas. Ocurre que, con la libertad de creación y provisión, incluyendo la exención de la exigencia de concurso, muchas veces esos cargos son utilizados para vincular⁴ personal de prestación de servicios de salud. En el caso de los agentes comunitarios, algunas secretarías municipales están recurriendo al «contrato temporal», que es una forma de relación de trabajo apoyada en la ley federal, explícitamente limitada para los casos de problemas endémicos (p. ej., los guardas sanitarios).

Aunque haya algunas iniciativas en esa área, como el grupo de trabajo con los representantes de los Ministerios de la Salud, Justicia y Trabajo, poco se avanzó en el sentido de encontrarse, en el campo de la legislación del trabajo, alternativas de consenso o que contemplen flexibilidad y protección social. Además de eso, el proceso legislativo en esa área es conocidamente lento y de muy difícil negociación.

Un producto importante de la comisión fue la propuesta que resultó en la legislación que reconoce el trabajo del Agente Comunitario de Salud. En relación a las modalidades de contratación, la Coordinación de Acción Básica del Ministerio de la Salud (COAB/MS), está haciendo la recomendación para que se establezcan convenios con ONG o con cooperativas de trabajo, incluso reconociendo que es una solución transitoria.

Algunos datos empíricos

La investigación sobre el PSF realizada en Mato Grosso por Motta (1999)⁷, demostró que el 79,2% del cuadro del PSF estaba contratado por servicios prestados.

Otra investigación, de ámbito nacional, con aproximadamente 3.000 cuestionarios autoaplicados que incluyó médicos y enfermeras⁸, evidenció que el contrato temporal es la modalidad de contrato más frecuente, con excepción de la región sur, donde hay predominio de servidores públicos.

Una tercera investigación, realizada inicialmente en Minas Gerais y en Río de Janeiro pero, más tarde extendida a los demás estados brasileños, en un total de 997 municipios⁹, encontró que el 49% de los médicos y el 44% de los enfermeros tienen contratos temporales (tabla 3).

Esa misma investigación encontró que los gobiernos municipales son responsables del 84,9% de los

Tabla 3. Salario mensual de contratación en régimen CLT de algunos profesionales de la salud en dólares (enero/mayo; Brasil, 1999)

	Medico	Dentista	Enfermera
Salario medio	748	512	519
Mediana	583	381	459
Desvío padrón	660	480	362

Fuente: MTb/SPES. (1 USD = 1,8 R\$).

vínculos, y las cooperativas de apenas el 4,7%. El estado con mayor tasa de cooperativas es Pernambuco.

Los datos disponibles con relación a los salarios del personal del PSF presentan valores mucho más elevados que los practicados en el sector público o privado, para las mismas categorías profesionales involucradas y una gran variación en los valores. Así, la remuneración practicada en el PSF, representa 2 o 3 veces más que el salario medio de contratación en el régimen de la CLT, en las mismas categorías profesionales en 1999.

En la investigación autoaplicada a los médicos y enfermeros, el sueldo medio mensual encontrado fue el equivalente a 2.500 dólares para los médicos y de 1.250 dólares para los enfermeros⁸.

En Mato Grosso, por ejemplo⁷, el salario base del 40% de los médicos es el equivalente a 1.900 dólares y los salarios de los enfermeros un 60% menor. Los límites salariales encontrados en esa investigación se exponen en la tabla 4.

Los rangos salariales y las modalidades de contratación tienen grandes variaciones, como se puede observar en la tabla 5, organizada con una muestra seleccionada de municipios.

Comparados con la remuneración de los médicos especialistas, según un estudio realizado con el apoyo del Consejo Federal de Medicina y del Ministerio de la Salud¹⁰, esos valores no tienen mucha diferencia con aquellos que tenían una fluctuación de 2.000 a 1.200 dólares equivalentes.

Se puede decir, así, que con respecto a la remuneración, los médicos del PSF tienden a asemejarse a las demás especialidades médicas.

Un dato interesante reflejado por Sola⁹ está relacionado con el lugar de reclutamiento. Más de la mitad

Tabla 4. Límites salariales en dólares, en PSF en el Mato Grosso (1 USD = 1,8 R\$)

Salario	Médicos	Enfermeros
Menor salario	945	480
Mayor salario	3.350	1.780
Media salarial	2.750	1.380

Fuente: Motta, SHA, 1999. (1 USD = 1,8 R\$).

Tabla 5. Formas de contratos y salarios (en dólares) en algunos municipios seleccionados. Brasil, 1999

Municipio	UF	Forma de contrato	Salario de los médicos	Salario de los enfermeros
Jequié	BA	Contrato con asociación de agentes comunitarios	2.000	1.200
Sobral	CE	Cargos comisionados	1.700/2.200	850/1.000
Governador Valadares	MG	Contrato o efectivo más gratificación complementaria	2.000	1.200
Santa Rita	PB	Cargo comisionado	1.200	400
Caruaru	PE	Contrato temporal	1.700	1.000
Recife	PE	Cooperativa		
Camaragibe	PE	Cooperativa		
Olinda	PE	Cooperativa		
Lobato	PR	Contrato temporal	2.700	
Aracaju	SE	Contrato efectivo y gratificación complementaria	1.400	1.400

Fuente: investigación telefónica y documental del autor (1 USD = 1,8 R\$).

de los profesionales fueron reclutados en el propio Estado y un 40% en el propio municipio. Apenas 22 municipios tenían médicos de fuera del país, concentrados en los estados de Tocantins, Acre y Maranhão.

La mayoría de estos médicos fueron contratados por medio de convenio con la Embajada de Cuba (casi 200 médicos cubanos están trabajando en diversos estados brasileños). Desde el punto de vista formal, el objetivo del convenio con la Embajada de Cuba son las actividades de capacitación, pero eso no tiene inhibido el ejercicio de la práctica médica regular¹¹, lo que está produciendo un conflicto político con el Consejo Federal de Medicina, que considera esas actividades ilegales. «El Consejo Federal de Medicina no está de acuerdo con la intención anunciada por el gobierno de alterar la legislación para permitir el ingreso de médicos cubanos en territorio brasileño»¹².

Discusión

Los datos y explicaciones presentados intentan demostrar la situación y la dinámica de las relaciones de trabajo en salud en Brasil, utilizando como eje el Programa de Salud de la Familia. Ese programa es uno de los marcos de las nuevas reformas del sistema de salud brasileño, con repercusiones en la organización de la práctica asistencial, del financiamiento y de la organización misma del sistema.

A pesar de las limitaciones en el campo jurídico, con variadas expresiones, es posible percibir que los procesos y decisiones políticas tienen el sentido de reducir los mecanismos y normas de regulación general y permitir el establecimiento de mecanismos y normas locales. En el campo de la gestión de los recursos humanos, esta tendencia conlleva la posibilidad de aparición de muchos conflictos entre los diferentes actores y niveles de gobierno, una vez que el proceso de descentralización de la gestión de los servicios de salud

para el nivel municipal o local ya está bastante avanzado.

Las modalidades de contratación de los profesionales de salud que actúan en el PSF (médicos, enfermeros, odontólogos y agentes comunitarios de salud), adoptadas por las secretarías estatales y municipales de salud, reproducen la fuerte flexibilización de las relaciones de trabajo que se observan actualmente en los varios ramos de actividades públicos y privados y en el Sistema de Salud en Brasil. La tendencia aparente es que la gestión de los recursos públicos y la prestación de servicios se vuelven entidades distintas.

Las formas de vinculación contractual de los profesionales de salud del PSF varían, adquiriendo desde vínculos informales (observadas, principalmente, en la contratación de agentes comunitarios de salud sin las bases legales o derechos garantizados) hasta contrataciones por concursos públicos: utilización de mecanismos de «beca de trabajo», contrato con cooperativas, convenios con ONG, cargos comisionados, contratos temporales y empleo público. Las diferentes modalidades de contratación presentan ventajas y desventajas, tanto desde un punto de vista del PSF como de los trabajadores.

Actualmente, estudios nacionales todavía apuntan que el contrato temporal es la modalidad de contratación más frecuente, con excepción de la región sur, donde predominan los empleos públicos. Estos estudios también indican la predominancia del vínculo de trabajo con los municipios, a pesar de la importante actuación de los estados en el reclutamiento de estos profesionales.

Así, en el contexto de los procesos de ajuste, es contradictorio y sorprendente que el propio Estado no garantice derechos y reglas que es su responsabilidad mantener. Incluso, eso sólo refuerza el análisis de que una nueva etapa de reformas ya se puso en marcha. En este nuevo proceso, las nuevas relaciones laborales y el nuevo contexto social están sobrepasando los límites de las leyes aún en vigor.

Agradecimientos

Agradezco los comentarios y sugerencias hechas por Ana Luiza Vianna, profesora del Instituto de Medicina Social de la Universidade del Estado de Rio de Janeiro (IMS/UERJ) y por Varun Gauri, economista del Banco Mun-

dial. Las cuestiones y la revisión de Isabel de la Mata han sido particularmente útiles, así como las críticas y sugerencias de los evaluadores. Registro aún el apoyo financiero del Banco Mundial para el estudio sobre los recursos humanos en el Programa de Salud de la Familia, que ha sido la base de las informaciones utilizadas en este artículo.

Bibliografía

1. Viana AL, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva* 1998; 8: 11-48.
2. Dal Poz MR. Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e a sua repercussão na política de recursos humanos com nível municipal [tesis doctoral]. Río de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
3. Ministério da Saúde CGDRH/SUS; CONASEMS. Política de recursos humanos para a saúde – Relatório final do seminário sobre questões na área de gestão e regulação do trabalho, Natal: OPAS/OMS, 1999.
4. Nogueira RP. O ACS, seu trabalho e o atendimento a seus direitos. Comunicación en la mesa redonda: modalidades de contratação. Brasília, DF: Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 1999.
5. Emenda Constitucional N.º 19, de 1998. [Accedido el 28 de mayo de 2000]. Disponible en URL: <http://www.servidor.gov.br/Legis/Docs/Emendas/ec19.htm>.
6. Lei. 9.962, de 22 de febrero de 2000. [Accedido el 28 de mayo de 2000]. Disponible en URL: <http://www.servidor.gov.br/Legis/Docs/Leis/Mar1/996200.htm>.
7. Motta SHA. Modalidades de contratação e remuneração dos técnicos de nível superior das equipes do PSF de Mato Grosso. Brasília, DF: Comunicación en la Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 1999.
8. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF. Comunicación en la mesa redonda: Avaliação da Implantação do PSF. Brasília, DF: Mostra Nacional de Produção em Saude da Família, 1999.
9. Solla JJSP. Pesquisa de Avaliação da implantação e funcionamento do PSF no Brasil. Comunicación en la mesa redonda: Avaliação da Implantação do PSF. Brasília, DF: Mostra Nacional de Produção em Saude da Família, 1999.
10. Machado MH (coordinador). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Río de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
11. Rocha L. Doutores de Cuba: pacientes do interior são atendidos por médicos cubanos por falta de brasileiros. *Veja* 1999; 52-53.
12. CFM rejeita projeto do governo que legaliza médico cubano no Brasil. *Medicina* 1999; 14: 1.