

# **V REUNIÓN DE ENLACES DE LA RIMPS Y VI ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE MIGRACIÓN DE PERSONAL DE SALUD 16-18 FEBRERO DE 2016**



**La experiencia de Canadá en ampliación de  
roles profesionales para valorar el trabajo de  
equipos de salud a nivel de la APS**

**Antigua Guatemala 18 de Febrero de 2016**

**Jacques E. Girard**

 **ma Faculté pour la vie**



**UNIVERSITÉ  
LAVAL**

# EL PLAN DE LA PRESENTACIÓN



- Introducción
- Hitos históricos y sistemas de salud de Canadá
- Capacidad de rectoría y gobernanza
- Distribución y dotación de RHS
- Capacitación de RHS
- Migración del personal de salud en Canadá
- Conclusión



# INTRODUCCIÓN

UN CAMBIO DE PARADIGMA FUE NECESARIO  
PARA TRANSFORMAR NUESTROS SISTEMAS  
DE SALUD DE TAL MANERA QUE  
RESPONDEN MEJOR A LAS NECESIDADES

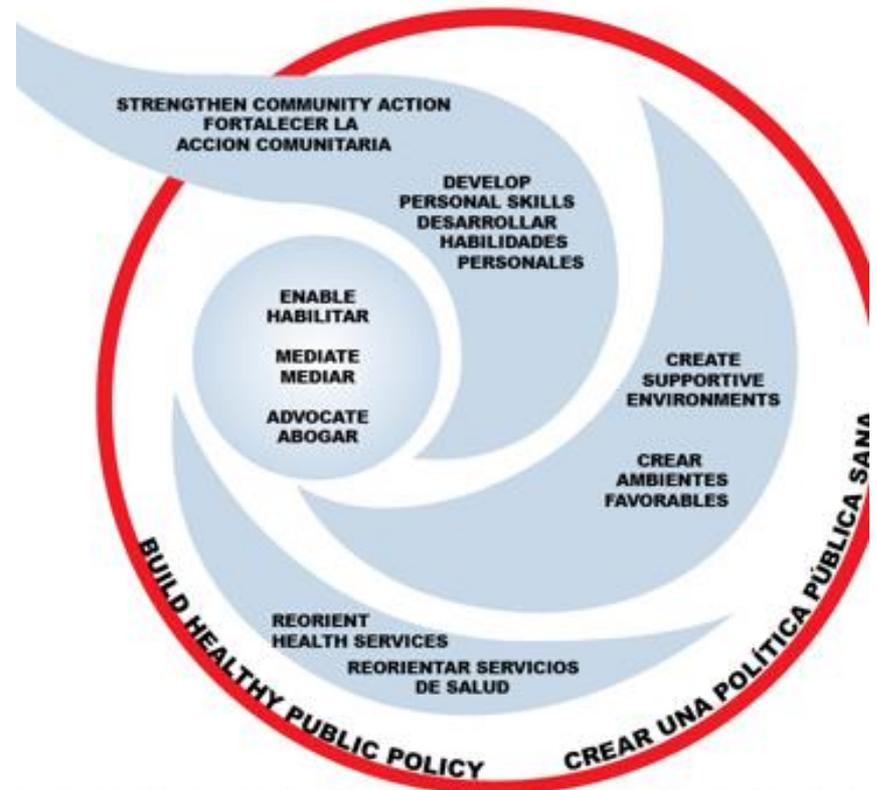
# ALMA-ATA: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (1978)



# UN CAMBIO DE PARADIGMA: LA CARTA DE OTTAWA (1986)

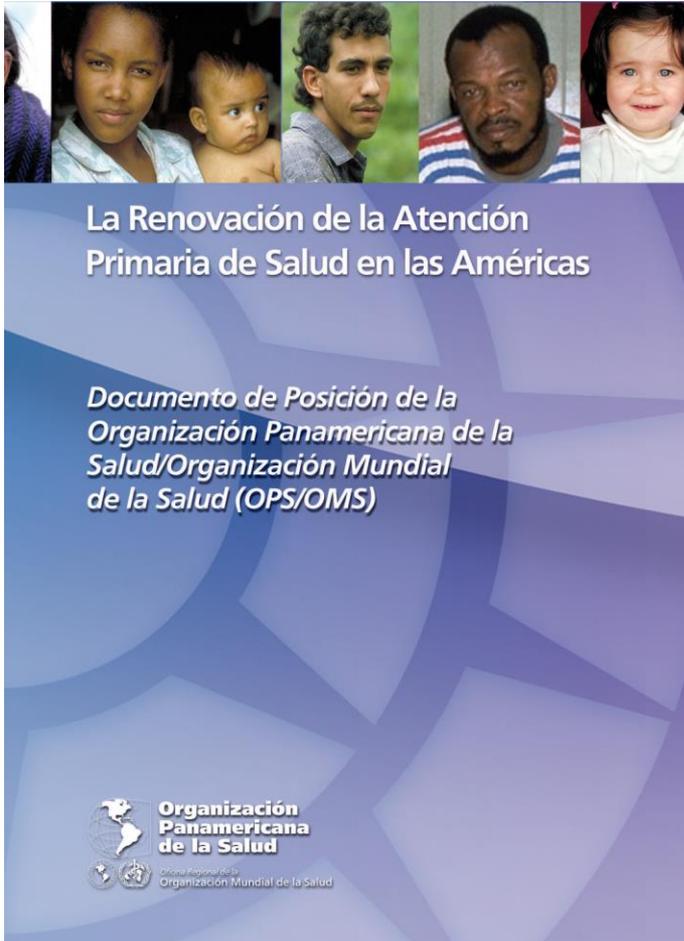


- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar habilidades personales
- Habilitar, mediar y abogar
- Crear ambientes favorables
- Reorientar servicios de salud



Modelo de Promoción de la Salud, Carta de Ottawa.

# SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS (OPS, 2007)



ma Faculté pour la vie

# INFORME DE LA SALUD EN EL MUNDO (OMS, 2008)



**Figura 1** Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos



# LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD



SERIE

La Renovación de la Atención  
Primaria de Salud en las Américas

No. 4

Redes Integradas de Servicios de Salud

*Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta  
para su Implementación en las Américas*



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

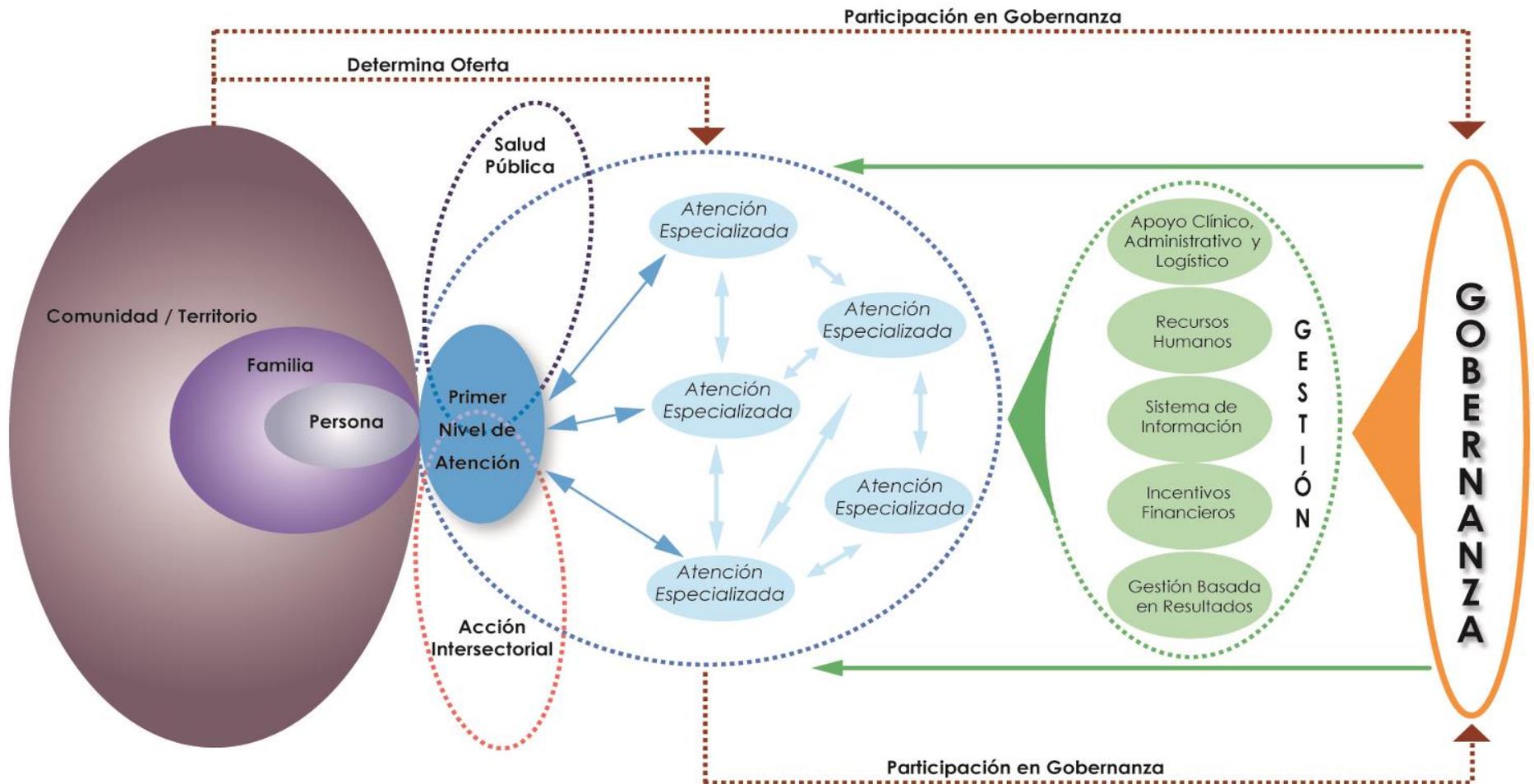
Centro Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Centro Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

# LOS ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS



**Contexto:** tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.



# HITOS HISTORICOS Y SISTEMAS DE SALUD EN CANADA

UN CAMINO QUE TUVO QUE LIDIAR CON LA GESTIÓN ESTRATEGICA DEL CAMBIO PERO QUE NUNCA LLEGAA DESTINO

# ¿SISTEMAS DE SALUD UNIVERSALES Y ECONOMIA NEOLIBERAL?



- Existe una trayectoria de movilización popular detrás esta conquista para los canadienses por lo que no es una paradoja...
- Postura socialista de TC Douglas (1947-1961) en Saskatchewan y presencia de inmigrantes de Europa del Este (ukrania y URSS) para presionar un cambio a favor del acceso universal y gratuito a la atención en salud (hospital y médicos)
- La provincia de Saskatchewan fue la primera provincia que adoptó un seguro universal de la atención médica en 1962 con la reelección del gobierno (CCF/NPD) pese a la huelga de la profesión médica
- Efecto de « contaminación » a las otras provincias que adoptaron planes de seguro universal hasta los 70s con la presión ciudadana y el respaldo de la comisión Hall encomendada por el gobierno federal



# SISTEMAS DE SALUD EN CANADÁ: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

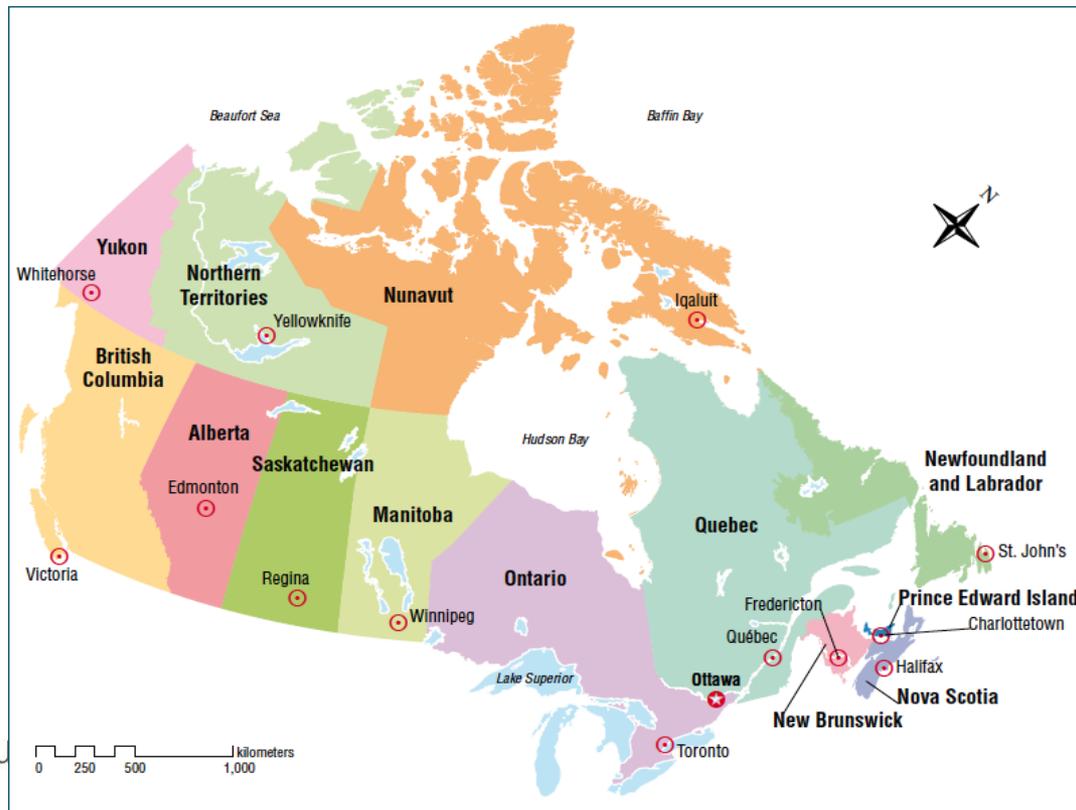


- La atención en salud en Canadá, financiada con fondos públicos, conforma diferentes sistemas de salud dinámicos por un diseño basado en la Atención Primaria en Salud (APS)
- Existe un seguro médico con cobertura universal para la atención en salud que se presta en base a las necesidades médicas y no en base a la capacidad de pagar
- El personal de salud trabaja con las condiciones laborales del Estado, a través de las redes de servicios sociales y de salud
- Los médicos actúan como trabajadores autónomos con honorarios negociados con el Estado a través de una regulación profesional propia con pares y mecanismos afines

# LA LEY CANADIENSE DE SALUD: EL ÁMBITO REGULADOR



Cinco (5) principios que se tienen que cumplir las autoridades sanitarias de los gobiernos provinciales y territoriales para contar con la contribución financiera del gobierno federal:



# LOS CINCO PRINCIPIOS DE LA LEY CANADIENSE DE SALUD

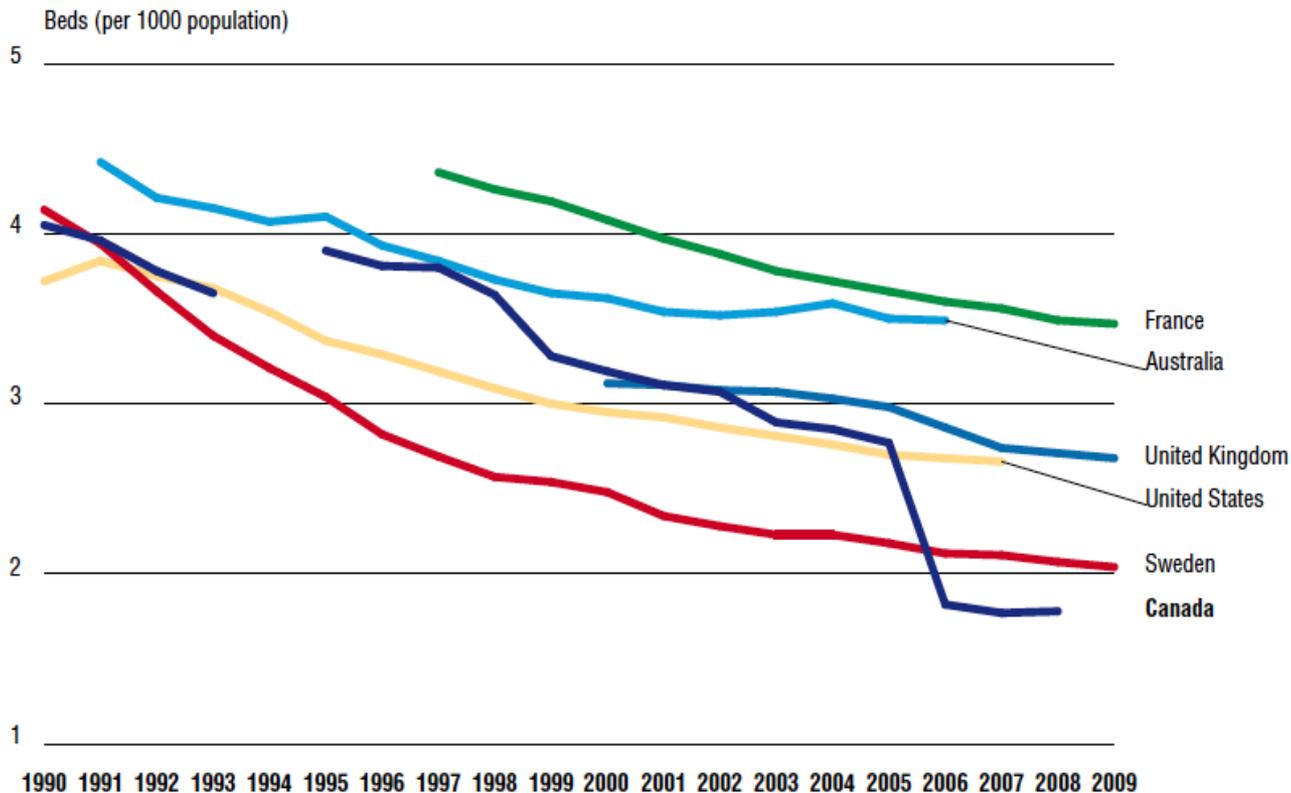


1. Administración pública: gestionar sin fines de lucro por una autoridad pública que rinda cuentas a los gobiernos provinciales o territoriales
2. Integralidad: asegurar todos los servicios que se justifican como una necesidad y se imparten por las redes de atención en salud
3. Universalidad: derecho a la cobertura por el seguro de salud en términos y condiciones uniformes a todos los ciudadanos sin discriminación ninguna
4. Accesibilidad: brindar acceso a servicios médicos y hospitalarios para todas las personas aseguradas sin obstáculos financieros (gratuidad)
5. Portabilidad: atender a todas las personas aseguradas cuando se encuentren en otra provincia o territorio que su lugar de residencia dentro de Canadá o cuando viajan al exterior del país

# EVOLUCIÓN DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS 1990-2009



Acute care beds per 1 000 population in Canada and selected countries, 1990–2009



Source: OECD (2011a).

Notes: The sharp decline in 2005–2006 in Canada is due to adoption of a more consistent definition of acute care beds. From 1995 to 2005, some provinces reported rated capacity while others reported only beds staffed and in operation; from 2006, only acute care beds staffed and in operation outside of Quebec, and beds for short-term physical care in Quebec, were included (OECD, 2011b).



# EL PERSONAL DE SALUD POR PROVINCIA/TERRITORIO



## TASA POR 100 000 HABITANTES PARA EL AÑO 2009

PROVINCIA / TERRITORIO	ENFERMERAS		MÉDICOS		ODONTOLOGOS		OTROS				
	RNs	LPNs	Primary	Specialists	Dentists	Dental hygienists	Pharmacists	Optometrists	Physiotherapists	Occupational therapists	Psychologists
British Columbia	688	169	119	96	67	63	88	11	59	36	25
Alberta	792	180	113	91	54	62	100	13	54	41	67
Saskatchewan	878	253	94	72	37	40	115	12	51	25	46
Manitoba	907	216	95	88	51	50	100	9	56	41	17
Ontario	718	219	90	97	63	81	79	13	49	32	25
Quebec	839	244	110	112	54	61	95	17	48	52	95
New Brunswick	1 048	364	109	85	39	48	92	15	60	40	41
Nova Scotia	949	357	117	115	56	58	117	11	60	40	49
Prince Edward Island	996	471	89	76	50	51	114	13	38	31	20
Newfoundland and Labrador	1 140	494	118	102	35	23	116	10	38	30	39
Yukon	1 080	188	190	30	142	75	85	15	103	[26]	-
Northwest Territories	[1 348]	217	69	30	113	51	46	0	-	[26]	180
Nunavut	[1 348]	-	31	-	156	6	92	25	-	[26]	60
<b>Canada</b>	<b>785</b>	<b>227</b>	<b>103</b>	<b>99</b>	<b>58</b>	<b>67</b>	<b>90</b>	<b>14</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>47</b>

Source: CIHI (2011d).

Notes: numbers in square parentheses indicate areas where a single estimate was made for RNs (NWT + NU) and occupational therapists (YK + NWT + NU) for a larger northern region; LPNs: Licensed registered practical nurse.

# LA CONTINUIDAD: UNA INVERSIÓN COSTOEFECTIVA EN CANADÁ



- En promedio, los pacientes acuden al mismo médico de familia con una proporción de 60.2% en Alberta y 56.2% en Saskatchewan
- La continuidad de atención es más alta en los pacientes con mayor edad: los de 65 años y más acuden al mismo médico de familia con una proporción de 71.9% en Alberta y 66.4% en Saskatchewan
- Estos pacientes con alta continuidad de atención tienen una tasa de hospitalización menor para condiciones sensibles a la atención ambulatoria, de tal manera que la diferencia es de 23% en Alberta y 73% para hospitalización mayor en Saskatchewan entre los que tienen menor continuidad para estas mismas condiciones
- Pacientes que presentan una alta continuidad no acuden con la misma proporción a la sala de emergencia para condiciones sensibles a la medicina familiar: la tasa en Alberta de una atención de emergencia es 43% más alta para los que tienen una continuidad menor en terminos de atención

# CENTRO INTEGRADO PARA LA ATENCIÓN SALUD/SOCIAL



CISSS/CIUSSS EN QUEBEC: REDES DE SERVICIOS A NIVEL TERRITORIAL

## UNA RED LOCAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES



\* Puede ser que un CISSS no incluya un centro hospitalario debido a la ausencia de tal estructura de servicios en un territorio, o de la complejidad de la integración o del reagrupamiento de estos servicios.

# LA PRÁCTICA AVANZADA: UNA REALIDAD EN ENFERMERÍA



- La práctica avanzada se desempeña con enfermeras y enfermeros que asumen los conocimientos, habilidades y actitudes para tomar decisiones complejas, además que competencias clínicas cuyas características dependen del contexto legal del ejercicio profesional » (CII, 2008)
- Es la expresión emblemática de la modernización de la organización profesional a través de un nuevo compartimiento de los diferentes campos de ejercicio entre profesionales de la salud

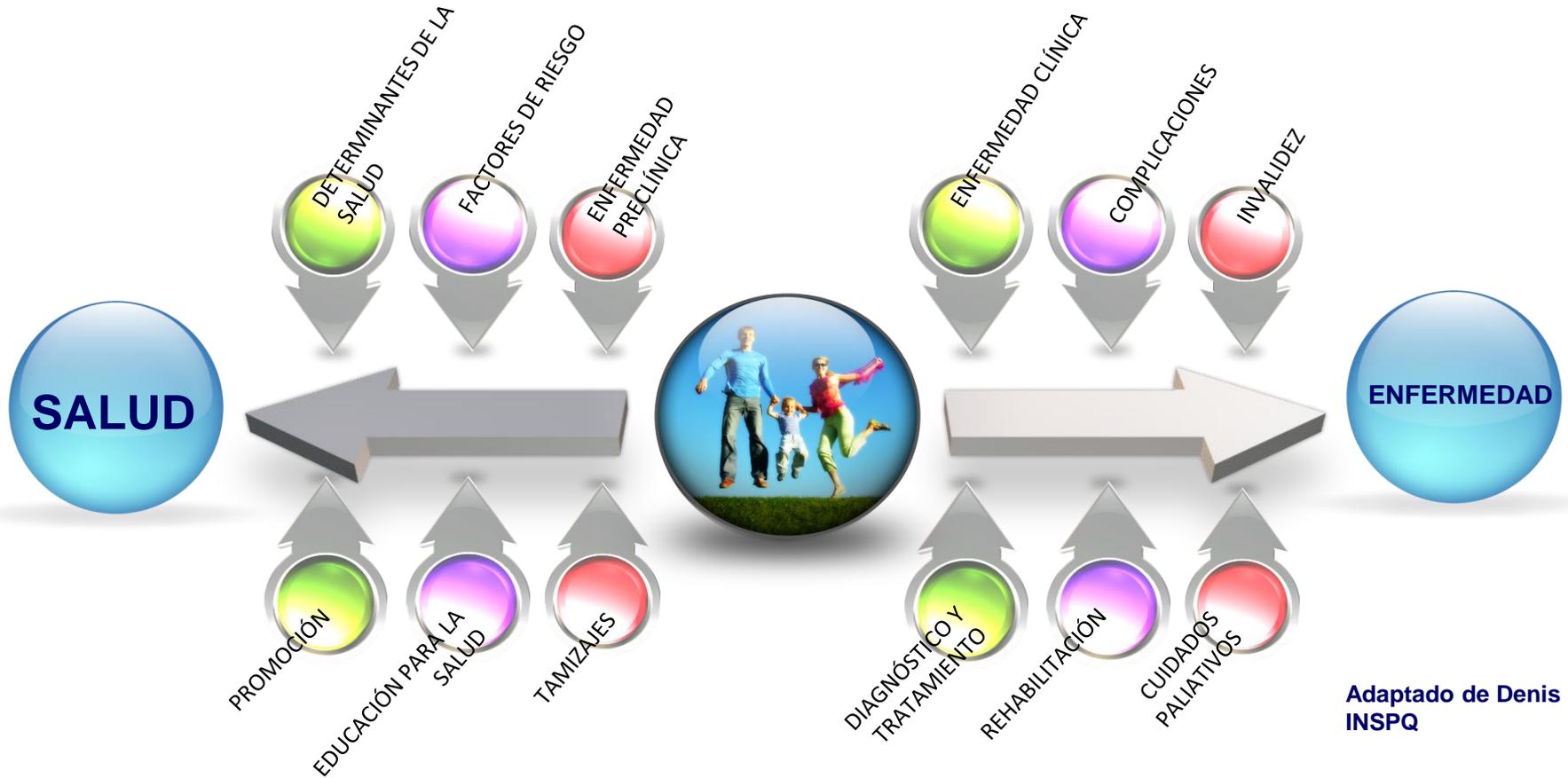
# MARCO JURIDICO DEL ROL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA



La enfermera en practica avanzada en Quebec, con un nivel de formación de maestría, puede:

- Recetar exámenes para el diagnostico
- Utilizar técnicas diagnosticas que puedan ser invasivas
- Recetar medicamentos u otras sustancias
- Recetar tratamientos médicos
- Utilizar técnicas o aplicar tratamientos médicos

# EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN SALUD / BIENESTAR



Adaptado de Denis Roy  
INSPQ

**PROMOCIÓN Y  
PREVENCIÓN**

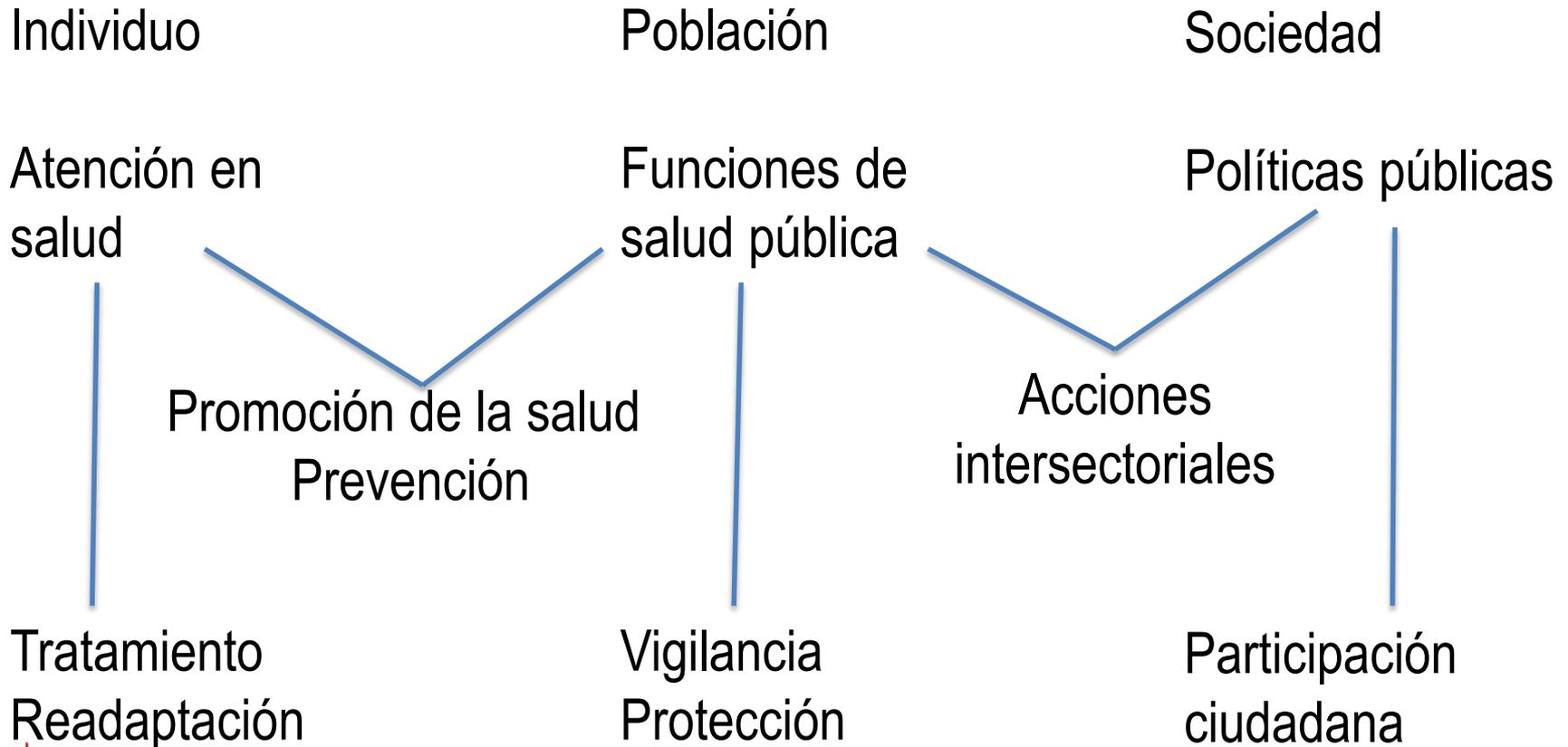
**CURACIÓN**

**CUIDADOS**

# PERSPECTIVA POBLACIONAL: EJES DE INTERVENCIÓN



Fuente: J. Rochon, IPCDC 2014



# EMPODERAMIENTO SOCIAL Y ACCIÓN INTERSECTORIAL



- Dos espacios que permiten operar en redes:
- **Empoderamiento social** como proceso de construcción salud-enfermedad por vínculos entre ciudadanos e instituciones locales para mejorar las condiciones de vida a nivel social, cultural, económico y ambiental con el foco de reducir las desigualdades sociales de salud
- **Acción intersectorial** como un espacio de diferentes sectores y tipos de actores que apunta un resultado convenido colectivamente, cuyos esfuerzos resultarán mejor que la sola adición de las contribuciones por la influencia y el actuar sobre los determinantes sociales de la salud...



# **CAPACIDAD DE RECTORIA Y GOBERNANZA EN MATERIA DE RHS**

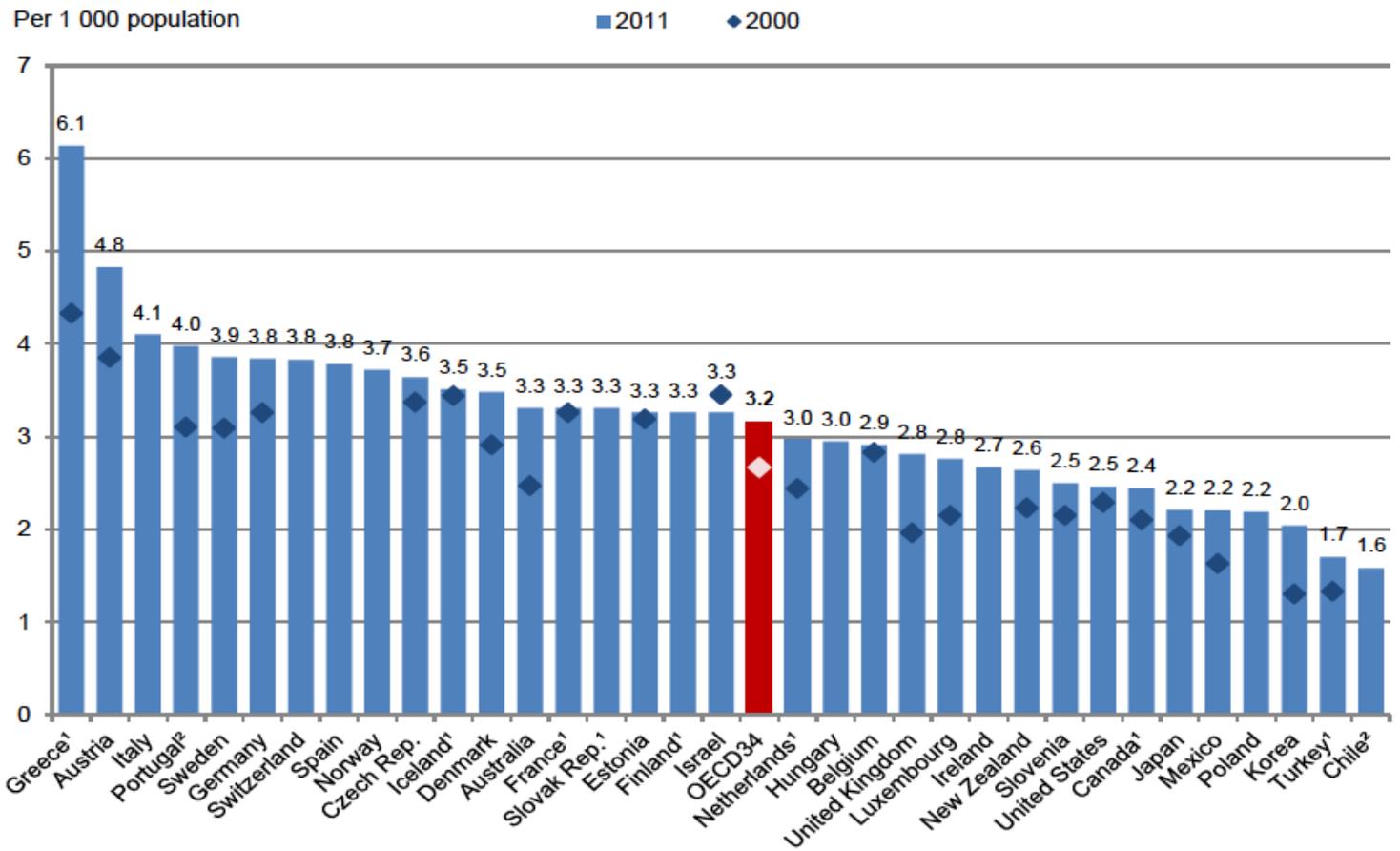
ES POSIBLE ANTICIPAR LAS NECESIDADES  
PARA QUE NUESTROS SISTEMAS DE SALUD  
RESPONDAN MEJOR Y MONITOREAR EL  
CUMPLIMIENTO DE LAS BRECHAS

# CAPACIDAD DE RECTORÍA Y GOBERNANZA



- Fortalecer la capacidad de rectoría y gobernanza a nivel de las autoridades de RHS supone capacidades nuevas para
  - Planificar con anticipación
  - Gestionar con una visión
  - Monitorear el desempeño del modelo de atención apropiado
  - Asegurar el dialogo permanente entre los actores, en particular entre la academia, la red de servicios, los gremios profesionales, etc.

# NÚMERO DE MÉDICOS EN EUROPA Y PAISES DE LA OCDE

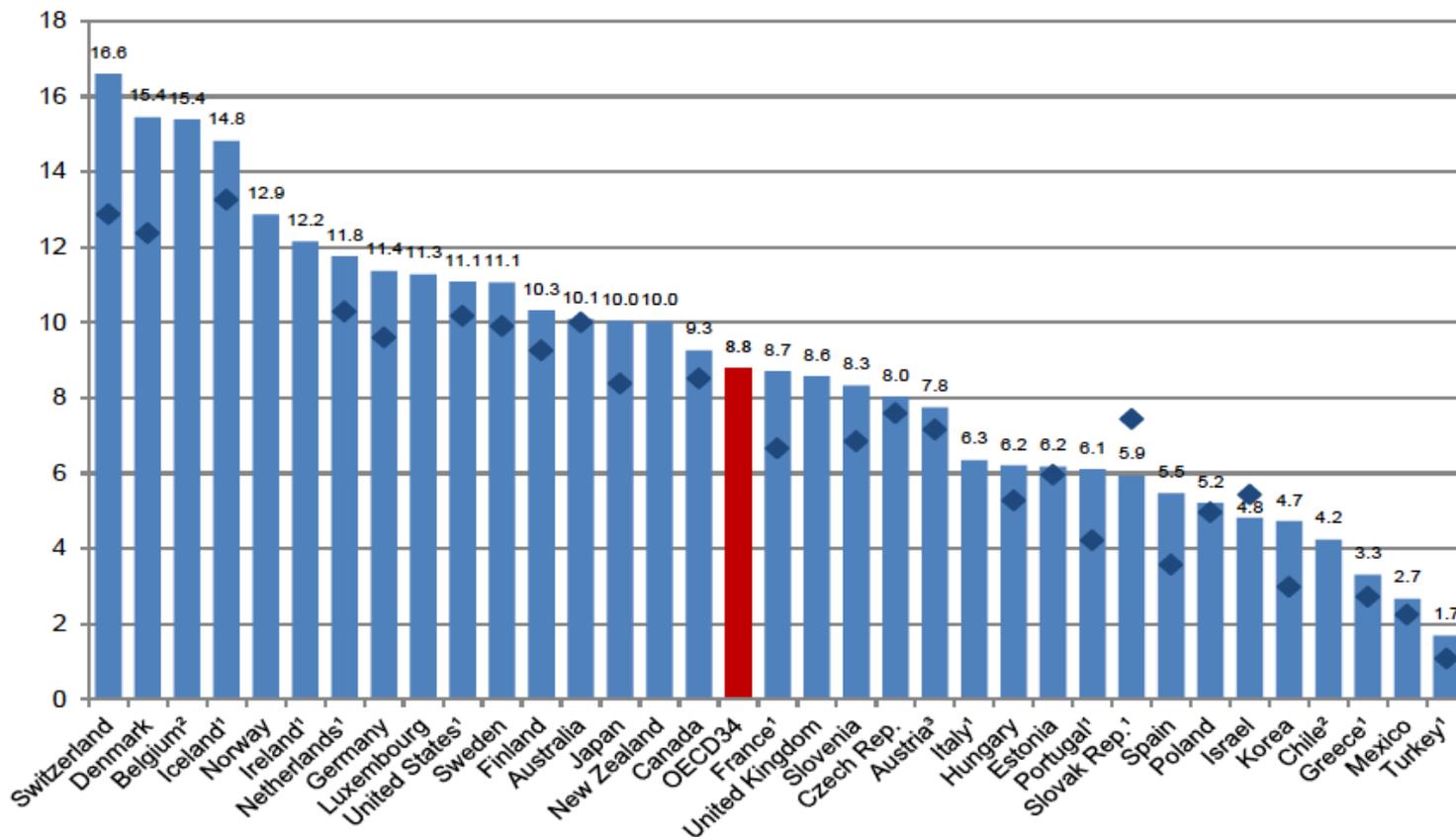


# NÚMERO DE ENFERMERAS EN EUROPA Y PAISES DE LA OCDE



Per 1 000 population

■ 2011 ◆ 2000

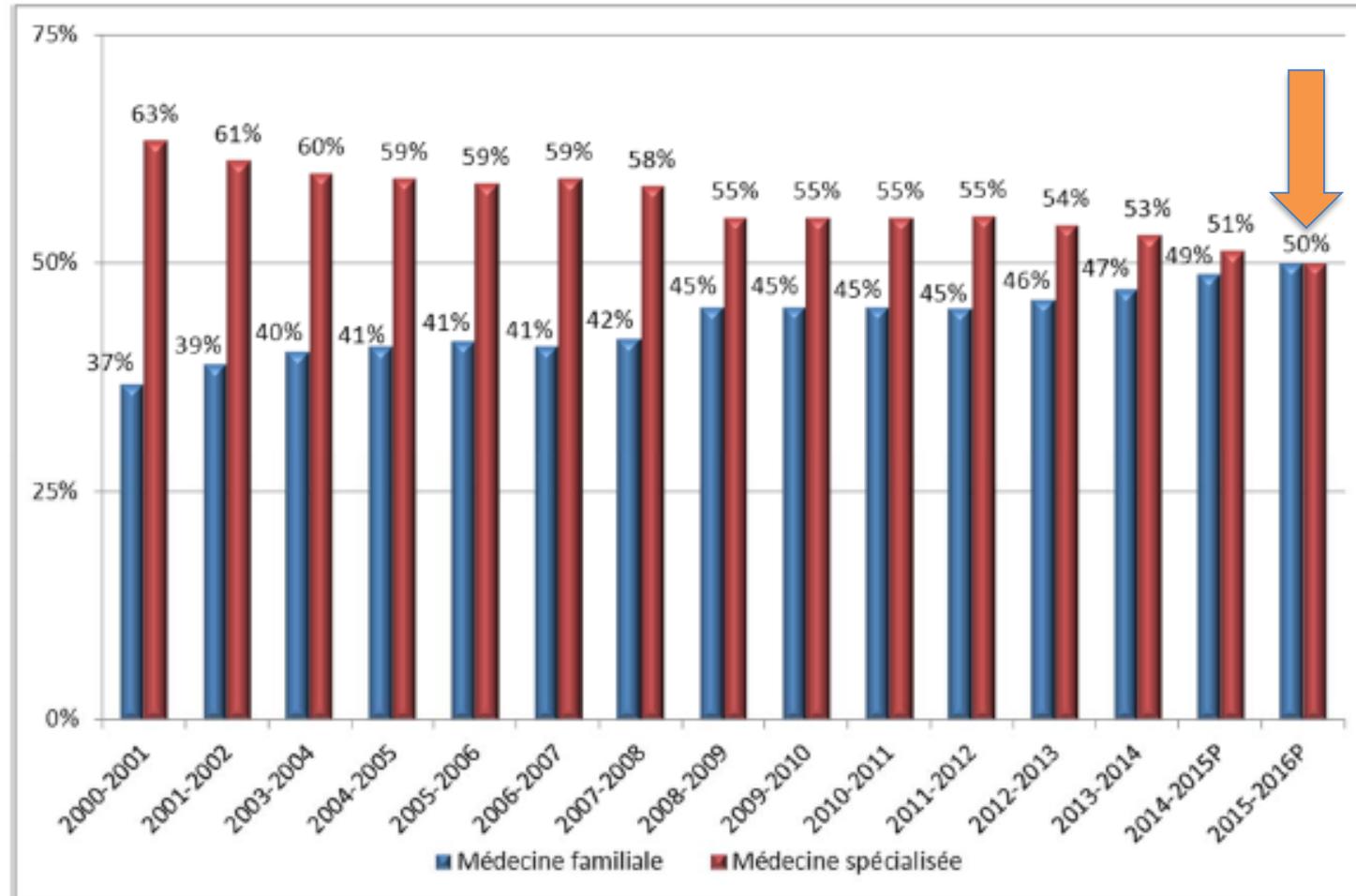


# CONTEMPLAR LAS PLAZAS DE RESIDENCIAS MÉDICAS?



- La Mesa permanente de concertación para la planificación de los médicos en Québec actúa como palanca:
  - Contribuir a mejorar el equilibrio de los médicos entre la medicina familiar y otras especialidades
  - Definir las bases de asignación de las plazas por universidad y por especialidad dentro de ciclos de tres o más años considerando la capacidad docente a través de una política inclusiva
  - Establecer los mecanismos de ajuste otorgando más plazas a los programas de residencia de algunas especialidades que carecen médicos en las redes de servicios
  - Utilizar una modelización basada en calculos y predicciones con la finalidad de proyectar la incorporación de médicos al sistema de salud a corto, mediano y largo plazo – horizonte hacia 2032

# EVOLUCIÓN DE LA BRECHA DE PLAZAS PARA LA MEDICINA FAMILIAR



# POLÍTICA EXPLÍCITA DEL ESTADO A FAVOR DE LA MEDICINA FAMILIAR



- Discriminación positiva ante las plazas de medicina familiar: se apunta asignar hacia 55% de las mismas en medicina familiar y 45% para las otras especialidades en 2017
- Si añadamos los cupos que reservamos para especialidades de base, alcanzamos 73% de estos cupos como elegidos del total, lo que resulta en una señal fuerte a favor de la APS renovada
- Una mezcla de presión eficaz y de estrategias de valoración de las carreras de medicina familiar con los ámbitos académicos, de investigación y de influencia a nivel estratégico
- Balance alentador de resultados, ya que 90-95% de las plazas tienen ya postulantes y los esfuerzos se deben mantener en el tiempo para que los residentes sigan hasta terminar con su

formación

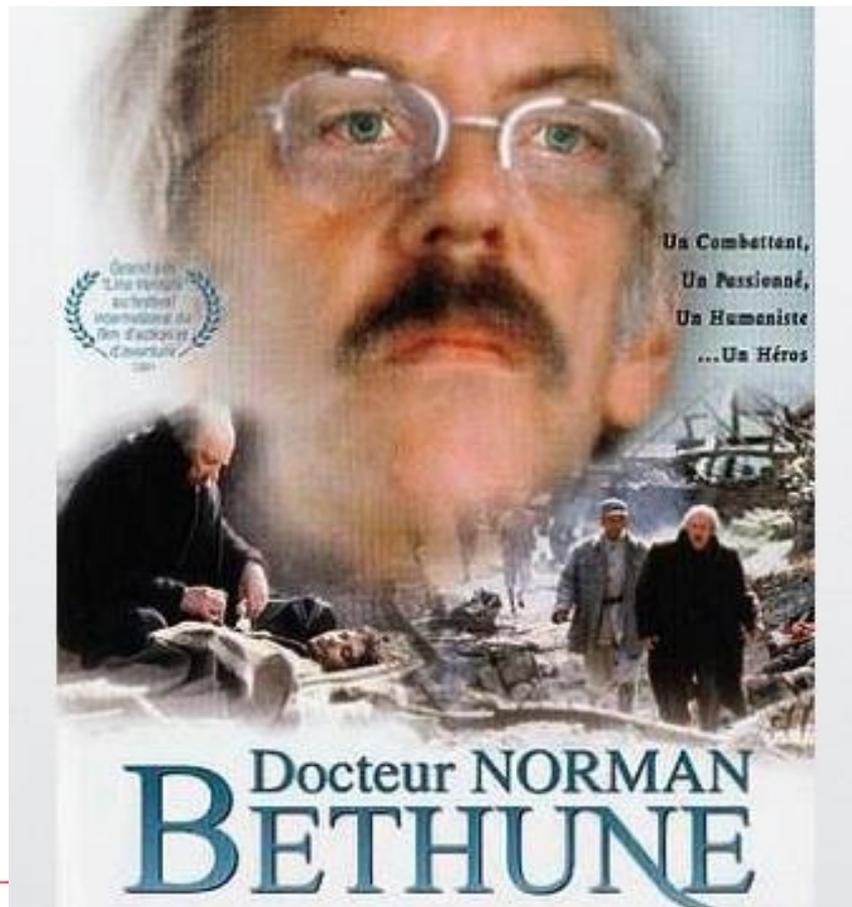
ma Faculté pour la vie



# EL MODELO DE ROL EN MEDICINA: UN HÉROE



Un médico cirujano de Canadá...  
héroe en la China revolucionaria



Un médico de familia de América  
latina... héroe en su tierra





# DISTRIBUCIÓN Y DOTACIÓN DE RHS

¿UN POTENCIAL PARA OPERACIONALIZAR LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN EL CONTEXTO DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS?

# DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD



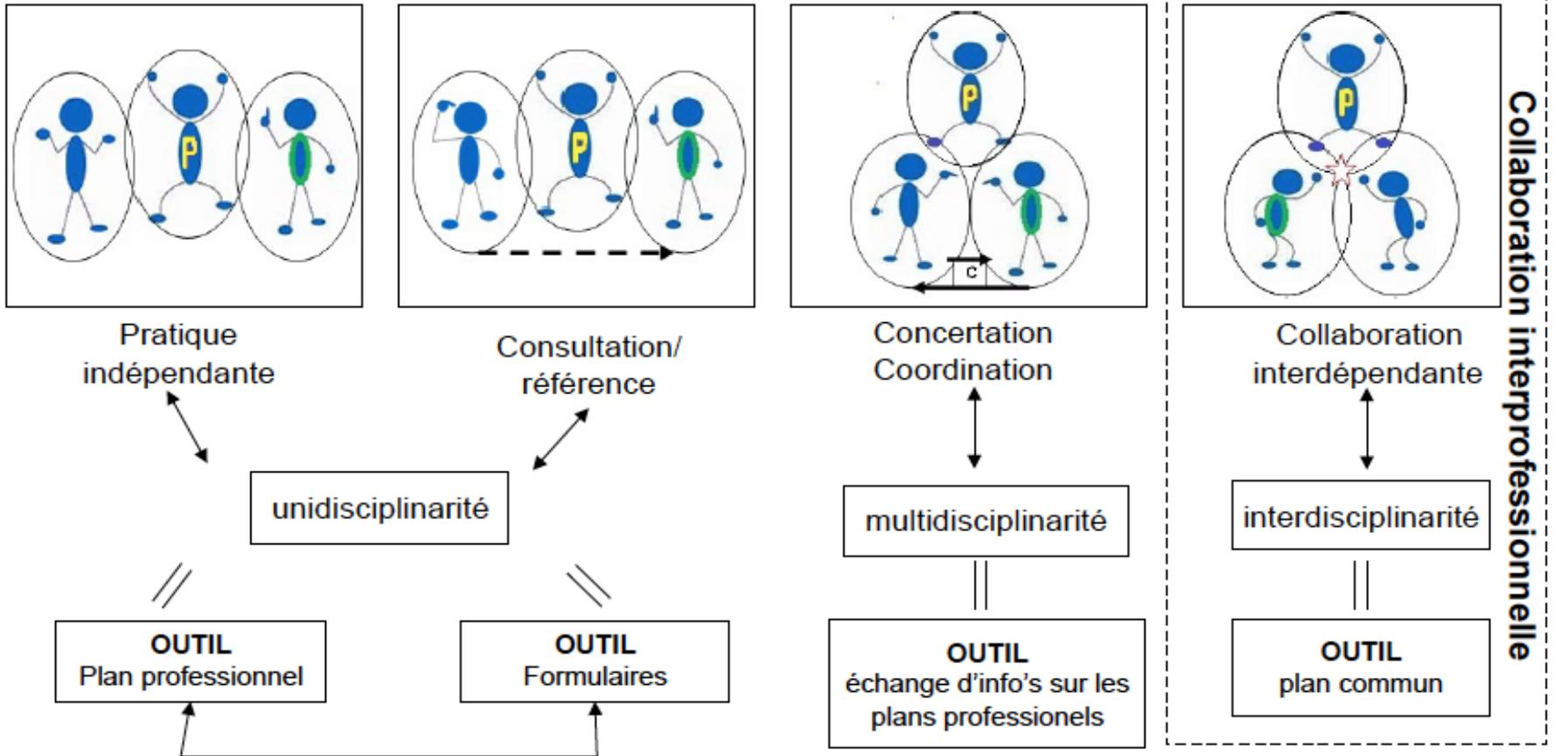
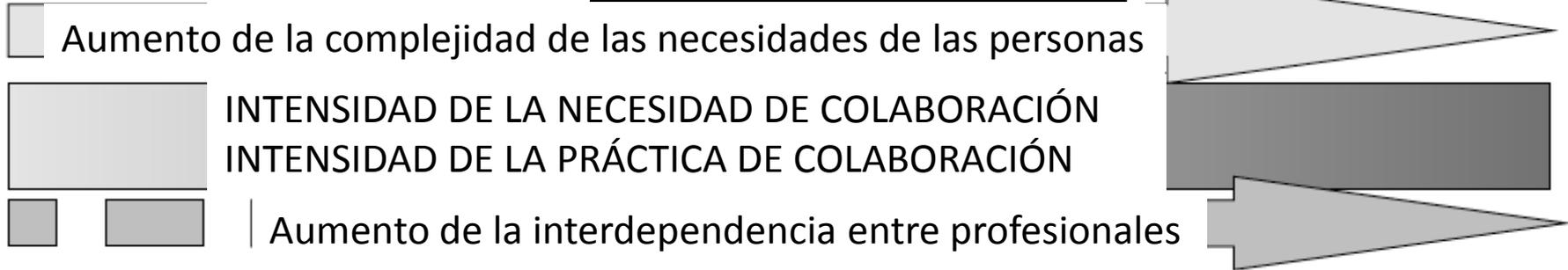
- Mejorar la disponibilidad y la distribución de un personal calificado y pertinente
  - Mecanismos de incentivos para cubrir áreas desatendidas que se conjugan con intereses, motivaciones y condiciones laborales para lograr la atracción y la retención de RHS
  - Desarrollo de equipos multiprofesionales de APS a través de la regulación del ejercicio profesional para el despliegue de las potencialidades del personal de salud, la organización del trabajo para que sean efectivos y el uso de la telemedicina y de redes de aprendizaje

# DESAFÍO DE ZONAS DESATENDIDAS: LA EXPERIENCIA DE QUEBEC



- Medidas que tienen un efecto positivo en la atracción, instalación y retención de médicos en zonas remotas
  - Remuneración diferenciada
  - Mobilización de los actores protagonistas en la región que acoge a los médicos jóvenes
  - Pasantías del pregrado y posgrado en zonas remotas
  - Valoración de la carrera de medicina familiar como estrategia en regiones universitarias con una visibilidad académica
  - Medidas para enfrentar el aislamiento y la sobrecarga de trabajo
  - Valores generacionales distintos a tomar en cuenta

# CONTINUUM DE LAS PRÁCTICAS DE COLABORACIÓN

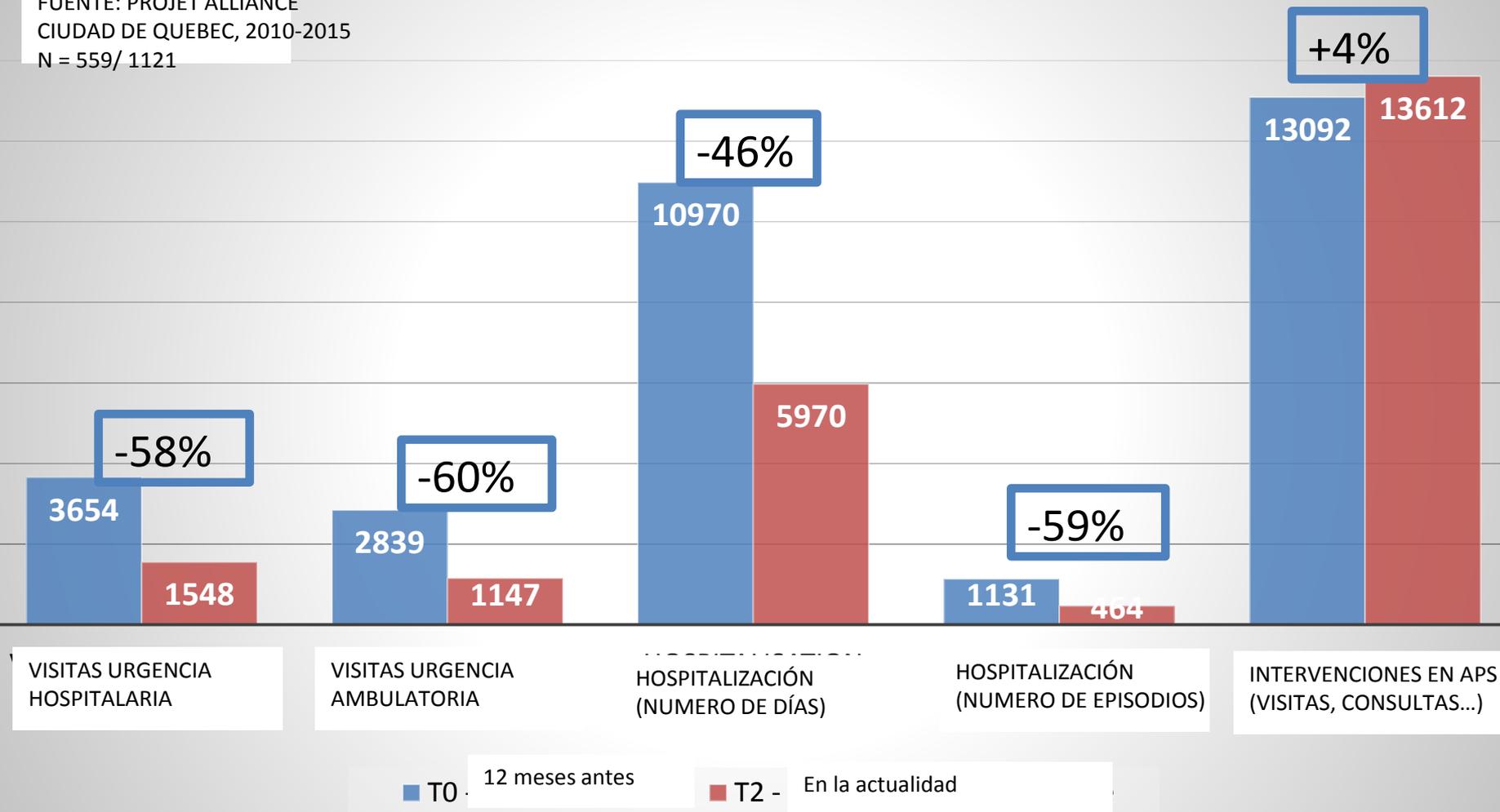


P: La personne et ses proches (2006)

Careau, Brière & Houle (2009) adapté de Oandasan, Baker, Barker, Bosco, D'Amour, Jones, et al.

# IMPACTO CON ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS COMPLEJOS

FUENTE: PROJET ALLIANCE  
CIUDAD DE QUEBEC, 2010-2015  
N = 559/ 1121



# LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL MÉDICO DE FAMILIA / ENFERMERA

El médico es un socio para la enfermera que sabe cuando pedirle la consulta mientras que el médico establece una receta colectiva para actos médicos que la misma ejecuta de manera autónoma, si sea una práctica avanzada APS

- La literatura científica ha demostrado que es un modelo muy eficiente
- Esta colaboración interprofesional aumenta el acceso a la atención de manera significativa
- Los servicios están enfocados mejor a través de estrategias de prevención y de promoción de la salud
- Se encuentra un aumento de la calidad y de la seguridad en la atención, lo que va a contribuir a mejorar la salud

# APS Y EQUIPO DE SALUD: UNA QUÍMICA PARA LA SALUD MENTAL (2012)



Consolidar la APS en salud mental por la colaboración interprofesional, adaptando los servicios para los jóvenes y valorando la participación procedente de la comunidad

*La colaboración interprofesional en la atención y los médicos de familia :*

1. Completar el despliegue de los equipos de salud mental a nivel de la APS y de las ventanillas de acceso
2. Incrementar el número de psiquiatras « acompañantes » activos en las zonas atendidas por los CSSS y los médicos de familia en salud mental
3. Sistematizar la implementación de mecanismos formales de vinculación eficaces



# CAPACITACIÓN DE LOS RHS

CON LA NECESIDAD DE UN PROCESO  
DOCENTE-ASISTENCIAL BASADO EN  
COMPETENCIAS PARA ABARCAR PERFILES  
ESPERADOS

# CAPACITACIÓN DE LOS RHS HACIA LA APS Y SUS DESAFÍOS



- Reorientar la educación de los profesionales de salud hacia la APS supone nuevos desafíos:
  - La responsabilidad social como criterio mayor de acreditación
  - La colaboración interprofesional y el lugar de la formación interdisciplinaria
  - Un enfoque sobre la polyvalencia para mitigar la tendencia predominante a la hiperespecialización: el caso del médico general
  - Unos modelos educativos con una concepción integral y una visión humanista del proceso docente-asistencial
  - El control en la proliferación de universidades a través de nuevas reglas del juego

# UN ENFOQUE SOBRE NUEVAS COMPETENCIAS PROFESIONALES



Orientado a la comunidad  
Relación médico-paciente

Clínico experto  
Recursos para una población definida

## CanMEDS-Médecine familiale

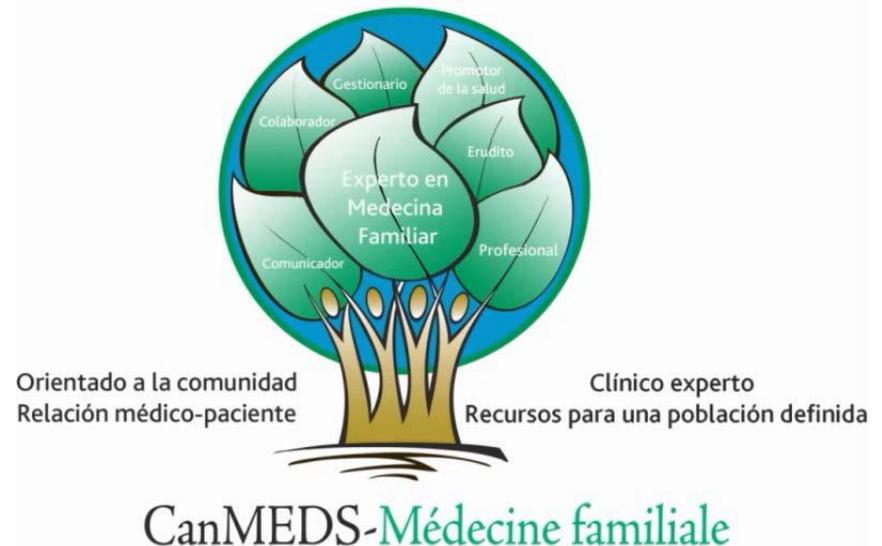
Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

# ROLES PARA CONFORMAR EL PERFIL DE UN MÉDICO DE FAMILIA



Para que sea competente, el MF tiene que ser más que un clínico

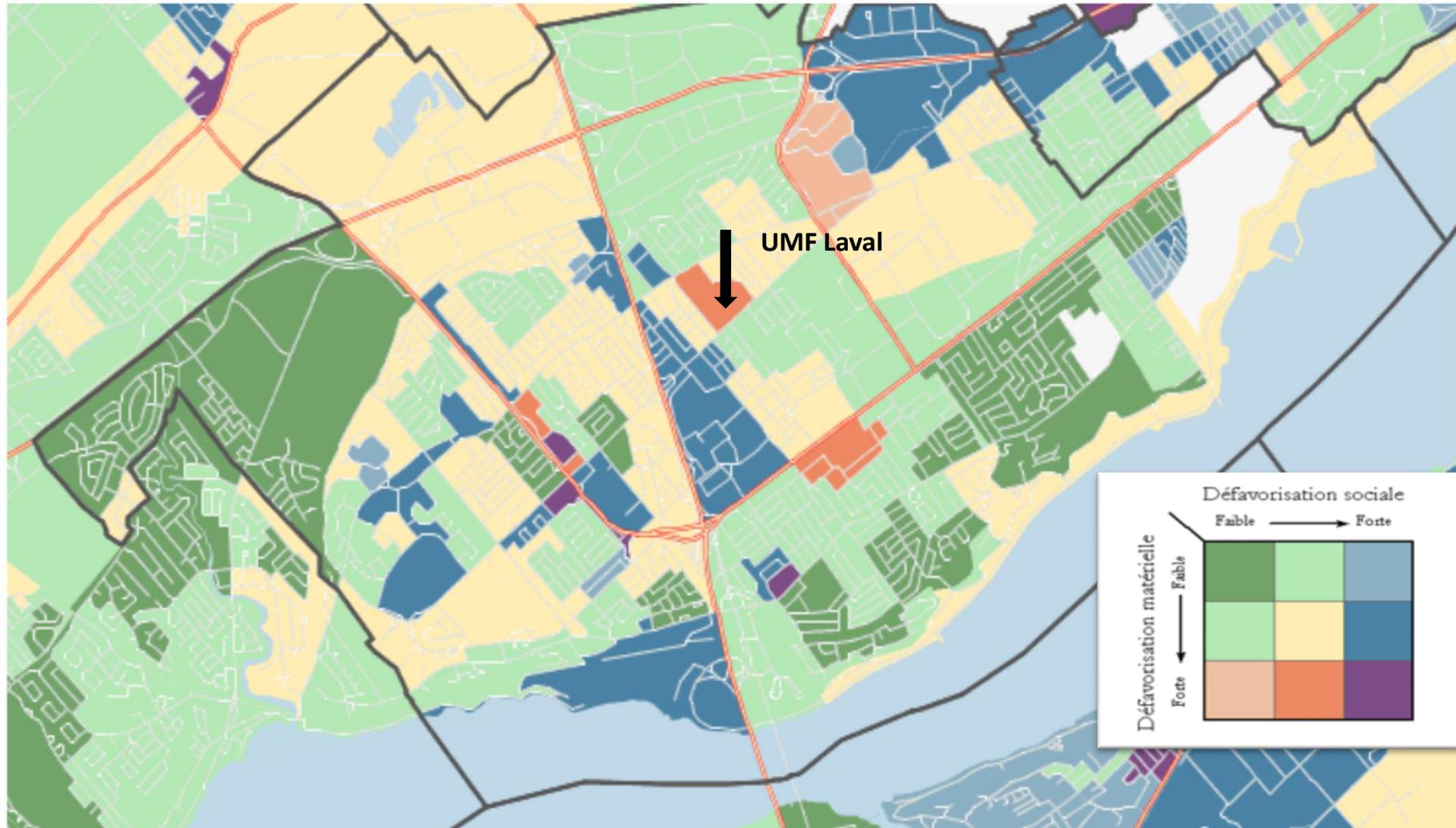
1. Experto en medicina familiar
2. Comunicador
3. Colaborador
4. Gestor
5. Promotor de la salud
6. Erudito o académico
7. Profesional



Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

© Collège des médecins de famille du Canada (2009)

# UNA CARTOGRAFÍA PARA UBICAR LA VULNERABILIDAD SOCIAL



# INICIATIVAS DE OTRAS FACULTADES DE CIENCIAS DE LA SALUD



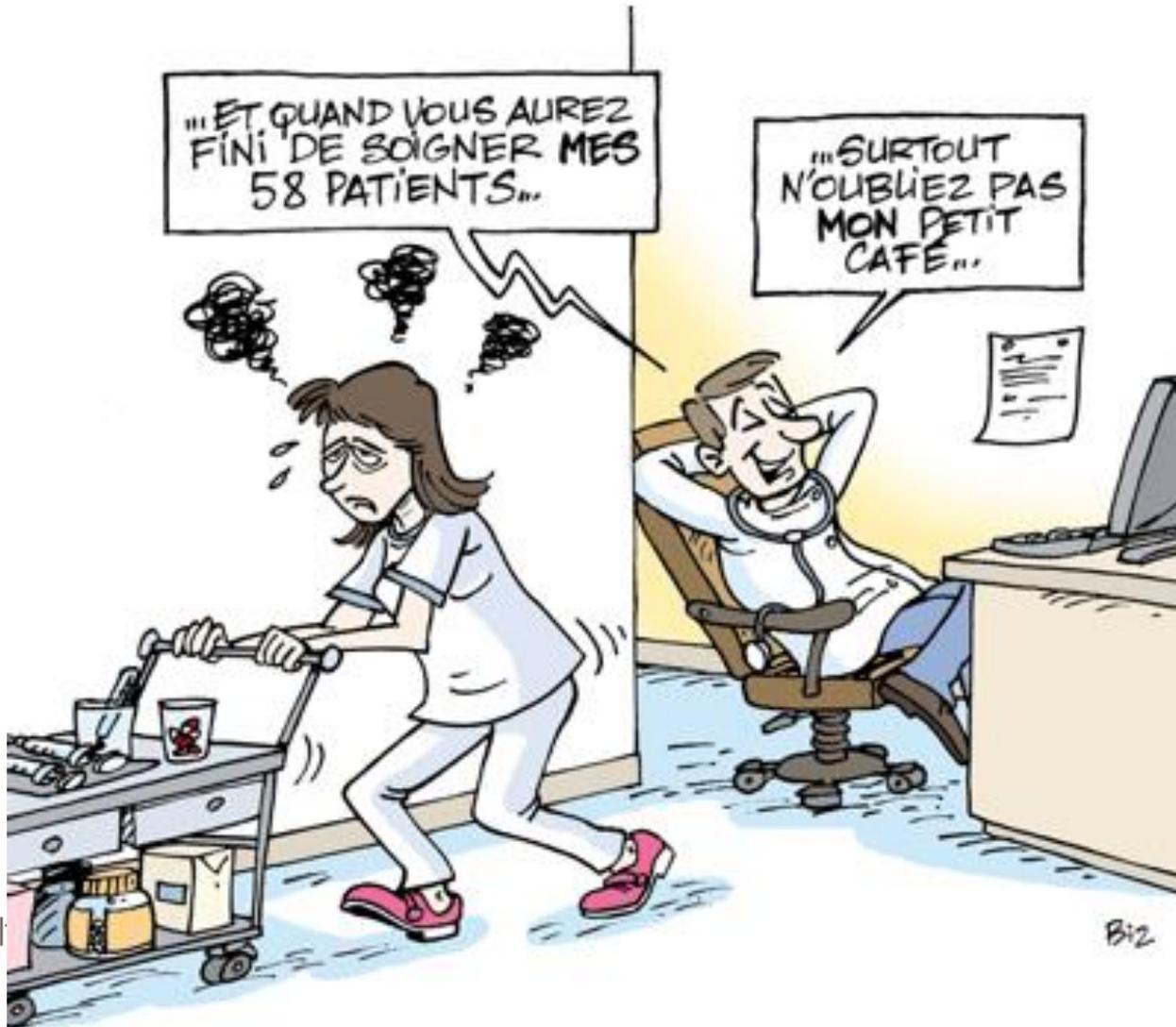
- En ciencias enfermeras, se ha fomentado una formación de práctica avanzada para aumentar las capacidades de la profesión de enfermería en APS (IPS-SPL) a nivel de la maestría
- Con respecto a la farmacia, se impulsa ahora una certificación de farmacéuticos comunitarios, debido al hecho que representa un primer contacto para la población y un vínculo importante para la observancia
- Los profesionales de readaptación abarcan los determinantes sociales de la salud en su trayectoria académica para mejores interfaces en el campo

# LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL ES COMO UN REQUISITO PARA APS

Algunas competencias claves en el desarrollo de una capacidad para:

- Clarificar los roles entre profesionistas
- Contribuir a operar un equipo de manera efectiva
- Enfocar la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad
- Asumir un liderazgo colaborativo
- Comunicar eficazmente a nivel interprofesional
- Participar en la resolución de conflictos

# CUANDO USTED VAYA A TERMINAR A CUIDAR A MIS 58 PACIENTES... SOBRE TODO QUE NO OLVIDE MI CAFECITO



# ¿PERO COMO PUEDAN TRABAJAR JUNTOS SI NO APRENDEN JUNTOS?



How can they work together  
if they don't learn together?



Canadian Interprofessional Health Collaborative  
Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé



# LA MIGRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN CANADÁ:

ALGUNAS APROXIMACIONES POR LA  
FALTA DE UN RECONOCIMIENTO DEL  
PROBLEMA

# LA FUGA DE CEREBROS EN SALUD DESDE ÁFRICA HACIA CANADÁ

Fuente: Labonté et al, 2006

Southern African Migration Project (SAMP)

## Co-Published by:

Southern African Migration Project  
IDASA  
6 Spinnaker  
Cape Town  
South Africa

And

Southern African Migration Project  
Queen's University  
Kingston  
Ontario  
Canada



[www.queensu.ca/samp](http://www.queensu.ca/samp)

Institute of Population Health  
University of Ottawa  
1 Stewart Street  
Ottawa  
Ontario  
Canada



uOttawa

[www.iph.uottawa.ca](http://www.iph.uottawa.ca)

[www.iph.uottawa.ca](http://www.iph.uottawa.ca)

Migration & Development in Africa

2

## The Brain Drain of Health Professionals from Sub-Saharan Africa to Canada

African Migration & Development Series No.

2

# UNA REFLEXIÓN Y RECOPIACIÓN DE PERCEPCIONES Y CREENCIAS



- 22% de los médicos y 7% de las enfermeras (2004), ejerciendo en Canadá, tenían un título profesional del Extranjero
- La mayoría de los profesionales de salud eran procedentes del continente africano, en particular de Africa del Sur para los médicos
- Los actores interpelados en Canadá, ante los profesionales procedentes de países emisores, adoptaron una postura defensiva ante diferentes opciones como la adopción de un código ético, la compensación financiera del país de origen y otras alternativas...
- Sin embargo es imprescindible, según los autores, de contribuir a fortalecer el sistema de salud del país de origen y adoptar un enfoque intersectorial amplio para reducir el desequilibrio positivamente, ya que muchos retos se quedaban pendientes

# ¿PERO CUAL ES EL DEBATE HOY EN DÍA: DONDE ESTAMOS?



**ROYAL COLLEGE**  
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

What's really  
behind Canada's  
**unemployed  
specialists?**

Too many,  
too few doctors?

Findings from the Royal College's  
employment study - 2013

**Executive Summary**



**NEWS** Video Shows Canada World Politics Entertainment Sci-Tech Health Autos Business Sports CTV News Mobile CTV

## Health

HOME HEADLINES DIET AND NUTRITION FITNESS BODY AND MIND LIFESTYLE

### Only half of international medical grads in Canada work as doctors: study

**NEWSGO**



CTV News Channel: Medical residency limited

Dr. Nishit Fumekia speaks about the difficulty in getting a residency position and what jobs trained doctor are turning to.

« SOLO LA MITAD DE LOS MÉDICOS EGRESADOS DEL EXTRANJERO TRABAJA EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE CANADÁ »

« DEMASIADO MÉDICOS O ESCASEZ: QUE SE OCULTA DETRÁS DE ESPECIALISTAS DESEMPLEADOS? »

# CONFERENCIA DEL CRMCC EN NOVIEMBRE DE 2015



- Cuestionario autoadministrado a los nuevos especialistas para documentar las dificultades de sumarse al trabajo (2015):
    - 16% tienen problemas por incorporarse al trabajo y el 31% de este grupo sigue en subespecialidades
    - Disciplinas de cirugía y vinculadas a los cuidados intensivos parecen más afectadas
- El informe subraya tres hipótesis que desvelan algo interesante :
- economicas: menos recursos (quirofanos, etc.) y más médicos, inestabilidad de la bolsa para la jubilación
  - organizativas del propio sistema de salud: modelos interprofesionales, planificación de los cupos laborales y plazas de residencias, cultura de protección sobre recursos con reflejo corporatista
  - personales y ligadas al contexto: falta de orientación profesional, situaciones familiares y preferencias individuales

# CONCLUSIÓN



- La rectoría del sector salud fue un espacio de legitimidad para hacer de la APS un pilar del sistema de salud en los 30 últimos años y llevar una agenda protagónica ante los RHS, pero la presión ciudadana sigue clave para mantener estas conquistas
- La reconfiguración de los establecimientos de salud, de reforma a reforma, facilitó el fomento de redes integradas de salud efectivas, a las cuales se puedan acudir personas y grupos en las zonas más remotas del país
- El papel protagónico de la academia y de otros actores claves para la transformación curricular vislumbra una visión de los perfiles esperados a través de lo salud y lo social, combinando APS y salud poblacional como vertientes mayores
- Un sistema de salud basado en la APS requiere equipos operativos de salud con una colaboración interprofesional efectiva y nuevas reglas del juego ante el ejercicio profesional
- La agenda no puede ocultar la migración en Canadá como problema vinculada a la fuga de cerebros sin una reflexión articulada incipiente

Gracias por su atención

