

## CUMPLIMIENTO EN LA PRÁCTICA DE LAS CONDICIONES TEÓRICAS DE UNA ATENCIÓN PRIMARIA FUERTE

El Seminario de Innovación en Atención Primaria – SIAP N°34, “Atención Primaria Fuerte para pobres y para ricos. ¿Qué es y cómo se consigue en países desarrollados y en desarrollo?” Lima – Perú 2017, fue organizado por el equipo CESCA y la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria y contó con una primera fase (virtual) y una segunda fase (presencial).

Puede acceder a la información sobre la convocatoria del Seminario, así como al Resumen del mismo, ingresando a los siguientes links:

<http://equipocesca.org/seminario-de-innovacion-en-atencion-primaria-siap-no-34-con-su-sesion-satelite-no-6-lima-peru-15-y-16-agosto-2017/>

<http://medicinafamiliarchile.blogspot.com.es/2017/09/resumen1-del-seminario-sobre-atencion.html?spref=tw>

En la fase virtual se llevaron a cabo debates, entre otros, acerca del cumplimiento de algunas características identificadas, respecto al cumplimiento en la práctica de una Atención Primaria Fuerte.

A continuación, se presentan los comentarios de los participantes de los siguientes países: España, Chile, Perú y Argentina; quienes compartieron sus opiniones sobre el cumplimiento de estas condiciones teóricas de una Atención Primaria Fuerte.

Los testimonios recogidos permiten "asomarse" de forma privilegiada al interior del trabajo del médico de familia/general en los países analizados. Así mismo, se espera con éstas, fomentar la crítica y que más personas sean propositivas en torno a esta temática.

[Para contacto y envío de las 13 respuestas: Zoila Romero <zoilamanena@gmail.com> y Rafael Domínguez <rodominguezs@hotmail.com>]

---

### ESPAÑA

---

#### ESPAÑA1: GLORIA CANO FUENTES

##### **1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

A pesar de que en las encuestas obtenemos elevados índices de satisfacción, lamentablemente no contamos con el aprecio social, quizás debido a que en los medios de comunicación sólo se informa de proezas sanitarias y no de la labor callada y cercana de estos profesionales. (Cuando al presentarnos como

médicos, nos preguntan de qué especialidad, las caras de nuestros interlocutores con frecuencia demuestran la escasa relevancia que asocian a nuestro trabajo. Tampoco contamos con el aprecio profesional de Atención Especializada o Focalizada, que en demasiadas ocasiones nos utilizan como el último escalón del Sistema Sanitario. Ver el blog Salud, dinero y atención primaria de Juan Simó. <http://saludineroap.blogspot.com.es/>

## **2/ Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos**

Son muchas las horas que dedicamos al estudio fuera de nuestra jornada laboral.

## **3/ Son activos en investigación**

Aquí en Andalucía, la investigación está incentivada en los mal llamados Acuerdos de Gestión de las Unidades de Gestión clínica, pero se dota de recursos económicos muy insuficientes y no se reserva tiempo específico de la jornada laboral a la misma. Como ejemplo puedo poner, por haber participado en él, un ensayo clínico aleatorizado sobre la efectividad de un programa educativo para los pacientes asmáticos, que desarrollamos por completo en horario extra laboral. Próximamente, vamos a iniciar otro estudio sobre la demora en el diagnóstico del cáncer en Atención Primaria que también precisará horas de nuestro ocio, pues las agendas de consulta no permiten otra cosa.

## **4/ Reciben una remuneración adecuada**

El sueldo en Andalucía de los profesionales de la Atención Primaria es uno de los más bajos de España y tras los recortes, se mantiene por debajo de mis ingresos de 2010.

## **5/ Tienen autoestima**

Son tantos los mensajes negativos, que hay demasiados compañeros que están asumiendo una indefensión aprendida.

## **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio,**

En Andalucía en aras de una mal entendida accesibilidad sin filtro alguno, nuestras agendas están saturadas de banalidades que restan tiempo a los pacientes con más necesidades y a los inmovilizados en su domicilio

## **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo.**

Lamentablemente NO. No disponemos de agendas de calidad que nos permitan asignar el tiempo que necesita cada paciente. Las pruebas complementarias a las que tenemos acceso son escasas y marcadas por demoras injustas e indignas. No deja de ser curioso que mi residente cuando

rota por el hospital tenga acceso a todo tipo de pruebas complementarias que a mí me están vedadas en el Centro de Salud y a las que deja de tener acceso cuando se incorpora a nuestra consulta.

**8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones procoordinación, como el filtro o “gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición**

Lamentablemente NO. La deseable pero escasa coordinación con los especialistas focales funciona en la mayoría de las ocasiones gracias a contactos personales. Leí hace ya bastante tiempo un artículo de Juan Gérvas, en el que animaba a los médicos de AP a dirigir a sus pacientes por el sistema sanitario como si de un familiar se tratase.

Se firman acuerdos de coordinación AP-AE que no se llevan a la práctica en la mayoría de los casos y ello favorecido por la Administración que fija acuerdos de gestión incompatibles entre los 2 niveles asistenciales, pues penaliza las derivaciones desde Atención Primaria a los especialistas focales, e incentiva a los especialistas focales las primeras consultas. O incentiva las estancias cortas en el hospital, pero penaliza a Atención Primaria los reingresos en los primeros 30 días tras el alta.

**9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad**

Afortunadamente en el acceso a nuestras consultas no hay copagos, Sin embargo, cada día son más los pacientes que abandonan algunos fármacos de su tratamiento por no poder pagarlos. Las demoras en pruebas complementarias o para las consultas focalizadas, están promoviendo que aquellos que tienen recursos suficientes contraten seguros privados, que pueden considerarse una forma de copago, rompiéndose la equidad.

**10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

Los contratos eventuales han sido demasiados durante años. En el 2016, el consejero de sanidad de entonces publicitó a bombo y platillo la estabilidad de los profesionales en el que llamó PLAN POR LA RENOVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. Ya veremos si se cumple la promesa.

**11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

Lamentablemente NO, pues no asegura que los reciban los pacientes y poblaciones con más necesidades.

## **12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

Pese al gran número de registros en la Historia Clínica Electrónica, los profesionales solo conocemos datos del proceso asistencial, pero desconocemos resultados en salud no solo individuales sino comunitarios.

Se siguen incluyendo entre los objetivos parámetros individuales como hemoglobina glicada o cálculo del riesgo cardiovascular.

## **13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

Esto tampoco lo conseguimos, siendo llamativa la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios, tanto para procesos banales (inmediatez) como para procesos graves (ante las demoras en atención focalizada o de las pruebas complementarias). Esto, como muy bien explica Juan Simó en su blog Salud, dinero y atención primaria queda de manifiesto ante el hecho, sostenido durante años, de que la vía prioritaria de acceso a una cama de hospital es la puerta de los servicios de urgencias de los mismos, siendo prácticamente inexistente la posibilidad de una hospitalización ordenada por un médico de Atención Primaria

## **ESPAÑA 2: MERCEDES PÉREZ-FERNÁNDEZ**

### **1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

Cuentan con el aprecio de los que más lo precisan, especialmente pacientes pobres, ancianos, de clase baja y con enfermedades (varias) crónicas. Pero no cuentan con el aprecio de los que menos lo necesitan, que prefieren acceder directamente a los especialistas, aunque eso signifique un abuso dañino para su propia salud (por ahora no lo saben). Como dijo la socióloga Ana Rico, el prestigio social lo da la clase alta así que no vamos muy bien.

### **2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos.**

Su formación básica dependió en exceso de hospitales y especialistas focales y en la formación continuada dependen en mucho de los "expertos" e industrias de forma que no son tan polivalentes ni tan resolutivos como podrían ser. Además, hay una enorme variabilidad que no se "premia" y en un sistema de pago por salario los mejores terminan siendo penalizados.

### **3/ Son activos en investigación**

Hay investigación española buenísima en atención primaria, y se publica tanto en español como en inglés. Pero también hay mucho publicado sobre cuestiones irrelevantes, como hipertensión, diabetes, factores de riesgo y

similares y falta mucha investigación justo, por ejemplo, sobre polivalencia, capacidad resolutoria, concordancia médico paciente, longitudinalidad, etc. Los equipos de investigación suelen ser informales y hay poca continuidad (en muchos casos la actividad investigadora se cataliza en torno a la tesis doctoral y luego no hay nada más). Es penosa la ignorancia de todo lo que se publica de otros países fuera del entorno anglosajón, por ejemplo, sobre Portugal, Brasil, Costa Rica, Cuba y otros.

#### **4/ Reciben una remuneración adecuada**

Los salarios de los profesionales sanitarios del sector público español son muy bajos, sólo comparables a los finlandeses. Nada que ver con los del Reino Unido, Francia o Alemania (a paridad de coste).

#### **5/ Tienen autoestima**

Pues no siempre y muchas veces incluso carecen de liderazgo clínico de forma que siguen las guías clínicas, por ejemplo, como si fueran "verdad" (o peor, cooperan en su creación y lo hacen con violencia simbólica [https://es.wikipedia.org/wiki/Violencia\\_simb%C3%B3lica](https://es.wikipedia.org/wiki/Violencia_simb%C3%B3lica) )

#### **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio,**

Hay de todo. El problema es que cada vez se acepta más como normal el citar al paciente con su médico a más de 48 horas, el atender "urgencias" en el centro de salud por turnos (¡estando presente el propio médico de cabecera!) y el no hacer visitas a domicilio, incluso el dejar que los pacientes terminales en su propia casa los lleven los de terminales en su totalidad. Hay casos de accesibilidad con flexibilidad, pero no es la "corriente" y eso desprestigia a la atención primaria, y la hace débil.

#### **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo**

Por el contrario, el sistema favorece las "tontinaderías" y el trabajo burocrático, con fuertes incentivos. Por ejemplo, el cálculo del riesgo cardiovascular o el control de hipertensos y diabéticos con cifras absurdas y sin ciencia.

#### **8/ Les protege de la "competencia salvaje de los especialistas focales" con regulaciones pro-coordinación, como el filtro o "gatekeeping", que favorecen la cooperación y evitan la competición**

Como siempre, hay ejemplos de coordinación y cooperación, pero son los menos. Lo frecuente son los excesos de los especialistas focales, con impacto negativo en la equidad y salud. Por ejemplo, las unidades de insuficiencia cardíaca (o de Entresto, para decirlo claramente).

**9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad**

El copago directo es nulo, excepto para medicamentos (pagar el 40% puede ser fuerte para los desempleados con enfermedades graves, pues no discrimina salvo para jubilados, desempleados de larga duración y algunos grupos de medicamentos). Como dice Gloria, los recortes en financiación del sector público están llevando a muchos pacientes de clase media al aseguramiento privado.

**10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

Desde luego, no. La transitoriedad es la norma, entre médicos, enfermeras y administrativos jóvenes.

**11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

En España se puede tener el orgullo de que la atención primaria es "pro-pobre", y revierte la Ley de Cuidados Inversos. Por ejemplo, en esto sobre diabetes recién publicado en el País Vasco [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad\\_en\\_salud/es\\_def/adjuntos/diabetes.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/diabetes.pdf) Pero no siempre es así, y se demostró bien con la epidemia de sarampión en Sevilla, que afectó a marginados mal vacunados [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/vol87/vol87\\_3/RS873C\\_257.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol87/vol87_3/RS873C_257.pdf)

**12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

No se acepta. Se mide según parámetros absurdos, que provocan daños como la hemoglobina glucosilada citada por Gloria.

**13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

Se logra en parte, pero el atractivo de las urgencias hospitalarias cercanas es casi irresistible, como ha contado Salvador Casado en Villalba (Madrid).

**ESPAÑA 4: VEROAVILES LUGO**

**1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional:**

Creo que sí, honestamente, en general somos más respetados y valorados por los pacientes que por nuestros propios compañeros de especializada, a pesar de que nos critiquen muchas veces y crean que sabe más la Wikipedia que nosotros. muchas veces, esas críticas se basan en una mala relación médico-paciente que en otros aspectos. Creo que tenemos que darnos a valer más, en

muchas ocasiones, somos nosotros mismos nuestros peores enemigos. eso sí, soy consciente que el poder de los medios de comunicación es fundamental en la visión que el ciudadano tiene de nosotros... los poderes públicos no están interesados en darnos el valor trascendental que tiene nuestro trabajo.

## **2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos:**

Con respecto a esto, me planteo siempre que se supone que tenemos que saber, sobre todo yo como residente... cuando estas en urgencias, tan pronto ves una rotura de aneurisma, un esguince de tobillo o un ictus... no me llegan las horas del día y de la noche para estudiar algo tan inabarcable.... porque la jornada laboral es tan intensa que no nos permite dedicar tiempo al estudio.

## **3/ Son activos en investigación**

Investigar en atención primaria es fundamental si... pero cada vez me parece más una utopía... creo que puedo hacerlo con más facilidad de residente que cuando sea adjunta... soy la persona más motivada al respecto y también la más quejica, exigiendo tiempo de la jornada laboral para este tema.... que nunca llega, y siempre hay que quitarlo de nuestra vida personal y familiar... sin hablar de los recursos que son inexistentes, por mucha estructura logística que se cree. Aquí en Galicia tenemos el ACIS y el nodo de innovación... una especie de institución, punto de confluencia de ideas para mejorar nuestro sistema sanitario y crear I+D+I. la teoría es buena pero la práctica es más utopía que realidad. Ahí estamos trabajando para intentar sacar alguna idea hacia delante.

## **4/ Reciben una remuneración adecuada**

El sueldo de residente en Galicia es de los más altos de España, en ese sentido no hay queja...otra cosa es que sea acorde a nuestro trabajo, esfuerzo, responsabilidad y nivel de sufrimiento.

## **5/ Tienen autoestima:**

Creo que la autoestima en general está en horas bajas, pero va mejorando... en primaria actualmente podemos hacer muchas cosas que nos aportan motivación y que nos permiten dar una respuesta bastante rápida a los pacientes, como son, la teleconsulta, telederma, consultas por mail, el gestor de interconsultas, que nos da comunicación directa con el especialista, una batería de perfiles analíticas, tipo SOH, intolerancias y alergias, test de ureasa, RMN en determinados casos, ECOs abdominales, carotideas, etc.. cirugía menor....

**6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio:**

Este es un gran problema... en el centro rural el número de domicilios es enorme... casi todos los días salimos fuera de horario laboral, porque los domicilios son lejanos.... aunque aquí contamos con la enfermería que hace un gran trabajo por su cuenta... a pesar de todo es excesivo... las agendas también están mal gestionadas, demasiados pacientes, mi tutora tiene que hacer números para dedicarme 20 minutos un día de cada 3 meses... vemos mucha gente sin cita por complacencia, el rural es así... pero tampoco se valora este trabajo. tenemos otro problema, la saturación en otros centros (que no en el mío) es tal que dan las citas con 7 días de retraso...en AP!!!! la gente se va a urgencias... además en muchos centros cada día hay un profesional distinto, lo que es negativo para todos, médicos y pacientes.

**7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo:**

El tiempo se vende caro en AP, y no lo tenemos, los medios son los que son...siempre mejorable, pero desde mi punto de vista, muy escasos.

**8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones procoordinación, como el filtro o “gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición:**

A pesar de que las trabas burocráticas marean a los pacientes...hay bastante buena coordinación y comunicación, entre primaria y especializada gracias al sistema informático que tenemos y a las distintas aplicaciones creadas en los últimos años, también realizados reuniones interdisciplinares con el servicio de medicina interna.

**9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad:**

A pesar de que no hay copagos como tal, en Galicia si es verdad que hay pacientes que abandonan los tratamientos por falta de recursos. Hemos tenido problemas con la denegación de ciertos tratamientos como el de la Hep. C y algunos oncológicos. pero sin embargo las sillas de ruedas, el transporte en ambulancia, cierto material protésico es totalmente gratuito.

**10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal:**

La gestión del personal es totalmente nefasta... existen contratos de días o de horas...hay compañeros que llevan 10 años con contratos de 3 meses, esperando por una interinidad o porque salga alguna plaza de OPE. la enfermería es un problema grave en Galicia, ya que el personal próximo a jubilarse elije destinos de urgencias en hospital y en pueblos...que si es verdad que tienen mucha experiencia, la mayoría tienen una falta grave de motivación, eligen esos puestos para jubilarse, literalmente...lo que provoca problemas



serios en la coordinación del trabajo y una sobrecarga a mayores para el médico.

**11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones:**

En este punto no sé muy bien que opinar, desconozco si ocurre o no.

**12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto:**

Desde luego, los objetivos no son realistas.

**13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud:**

A pesar de que hay un mal uso de los servicios de urgencias... en mi caso, en el ámbito rural, el paciente confía en mis tutoras y acude como primera opción al centro... les pide consejo y habitualmente aceptan de buen grado sus opiniones... nuestro cupo es muy poco usuario de las urgencias. pero soy consciente que es una excepción.

---

## CHILE

---

### CHILE 1: CARMEN NADAL

**1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

Como directora puedo asegurar el aprecio de nuestros pacientes por sus profesionales tratantes. Creo tiene que ver con competencias personales más que una disciplina. Cuando el acceso a otros prestadores son escasos debido a pagos en el sistema privado o la burocracia propia del sistema público... se aprecia y atesora lo que se tiene. No le resto mérito a ningún profesional, pero en mi país la atención primaria pública no tiene competencia. Cada centro atiende lo designado. No hay opción. Por lo tanto, me parece un deber ético trabajar con excelencia y humanidad.

**2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos.**

El perfil del médico de familia en Chile ha estado en constante construcción. Incluso existe formación para MF adulto o MF niños. ¿Un contrasentido? ¿Una forma adecuada al país? Es difícil entender la diferencia entre un médico de medicina interna o pediatra versus MF. La población no lo entiende y yo..... tampoco. Entre lo que se forma como especialista versus lo que se puede aplicar en la práctica, existe un abismo de diferencias. Entiendo el enfoque de lo integral, pero eso no me parece propio de la MF. Si lo es la forma de

trabajar, el foco de atención y el lugar en la red de salud que se ocupa. Por eso muchos MF trabajan en hospitales y no en centros de atención primaria.

### **3/ Son activos en investigación.**

Una de nuestras grandes falencias como disciplina. Escasea el tiempo para investigar. Se prioriza lo asistencial y el manejo estadístico de datos a nivel central. Descansamos en estudios de otros países que son muy distintos al nuestro (ya sea latinoamericanos o europeos). Falta cambio en la mentalidad. Apremiar y entender el desarrollo detrás de las investigaciones y la valoración local para intervenir con esa lógica.

### **4/ Reciben una remuneración adecuada**

Es incomparable con otras especialidades y con el sistema privado. En un país tan desigual como Chile, el mercado marca muchas pautas salariales. Atención primaria pública es para "pobres". Como ellos no pagan, salarios a juicio de lo que sistema público puede sostener.

### **5/ Tienen autoestima**

La contra propaganda es a todo nivel. Así también es su ignorancia. La autoestima la forjamos juntos. ¡Nos falta marketing! ¡Nos falta identidad frente a otras especialidades!

### **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio**

Sólo ofrecemos apoyo en domicilio a pacientes dependientes severos y oncológicos. No con la frecuencia necesaria y probablemente, lejos de abordar necesidades. Cuidadores sobrecargados asumiendo el cuidado de sus familiares. Quedan fuera aquellos con dependencia leve y moderada. Los equipos de cabecera apoyan casos en domicilio de mayores riesgos, pero de forma insuficiente.

### **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo.**

Trabajamos basados en programación anual con rendimientos establecidos. Debemos enviar a la autoridad central las estadísticas de manera mensual. En mi lugar de trabajo hemos flexibilizado tiempos, pero nos faltan los medios, en especial infraestructura, movilización para visitas, etc.

### **8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones procoordinación, como el filtro o “gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competencia**

Como dijo uno de nuestros héroes nacionales: " la contienda es desigual". Una disciplina joven como la MF aún está haciendo camino y abriendo espacios, pero sin apoyo real de políticos, autoridades y académicos... se hace cuesta

arriba. Sin apoyo desde la formación de pre grado, para evitar la ignorancia. Incluso supe que una universidad muy prestigiosa en Chile, estuvo a punto de retirar la MF de la práctica de pre-grado. Falta docencia en MF a nivel de doctorado. No desmerezco a quienes con alta vocación están en esa área, pero hay que alcanzar niveles superiores. Pensar en alto para llegar alto.

#### **9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad**

En la atención primaria pública no hay cobro por atención o medicamentos establecidos como prestaciones garantizadas. Es una gama muy amplia. Las que son cobradas son de bajo costo, pues no se puede lucrar. Sin embargo, se obliga a estar vigente en el sistema de seguro público. Se nos quedan afuera inmigrantes irregulares, adultos mayores solos o quienes no tienen capacidad cognitiva suficiente. Aun así, un homenaje a nuestros trabajadores sociales que nos facilitan estos trámites.

#### **10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

Los médicos familiares y generales son los de mayor rotación. Con aspiraciones de trabajar en el sistema privado o especializarse en otra área con mayor remuneración y prestigio. Me atrevería a asegurar que esa anhelada longitudinalidad en atención primaria, se logra gracias a las otras disciplinas que hacen su carrera profesional en los mismos centros de salud.

#### **11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

¿Quién decide lo 'apropiado'? Nuestra forma de trabajo es vertical desde decisiones impuestas por el Ministerio de salud. Carecemos de trabajos locales efectivos, más allá de reuniones periódicas con un grupo reducido, que faciliten diagnósticos basados en datos reales y propios.

#### **12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

En Chile el trabajo comunitario es una meta irrenunciable para los equipos APS y públicos, quienes por lo demás, son multidisciplinarios (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, matronas, nutricionistas, kinesiólogos, entre otros), pero nuestra formación de pre grado no nos prepara para trabajar en equipo, entonces cada uno vela por lo suyo. Los trabajadores sociales nos orientan hacia la Participación, pero todavía no sabemos cómo trabajar a nivel comunitario. Falta formación, práctica y mucha investigación en esta área. Cada centro de salud cuenta con un Consejo de salud conformado por pacientes, pero no tienen el peso necesario para un modelo participativo que implica que la ciudadanía asuma un rol protagónico en el ejercicio democrático, es decir, poder incidir, afectar y ser co-constructores en el diseño de políticas

locales de salud. La institucionalidad debiese abrir espacios y democratizar los procesos sociales.

### **13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

Trabajo en una de las zonas con mayor vulnerabilidad de mi ciudad. El centro de salud es "vecino" de su comunidad, es decir, desde un punto de vista geográfico somos lo más cercano de la red pública de salud. Yo me atrevería a decir que si somos reconocidos como primera fuente. Pero reconozco que nuestro horario laboral, no cubre las necesidades de los trabajadores jóvenes. Entonces, se ven obligados a asistir a servicios de urgencia, pues funcionan 24 horas al día. Por otra parte, para obtener una cita, los pacientes deben ir directamente al centro de salud. El servicio de urgencia es por orden de llegada y riesgo.

## **CHILE 2: JOSÉ LUIS CONTRERAS**

### **1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

En general no contamos con aprecio social, estamos en la base de la pirámide del prestigio, esto para la gente y para otros especialistas, me han dicho muchas veces ¿porque trabajas en APS? El Modelo biomédico imperante en Chile valora en primer lugar a los profesionales de clínicas privadas y a los que trabajan en los Hospitales Públicos, ellos son los especialistas y los que saben, a los profesionales de APS en Chile la gente no los elige, están obligados a ir

### **2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos.**

La formación es cada vez mejor y polivalente, sin embargo, de 700 médicos familiares existentes en Chile, sólo 50% trabaja en Sector público y los que lo hacen en un % no menor cumplen labores de gestión o trabajan en diferentes roles en Hospitales, pocos lo hacen en labores asistenciales propiamente tal. Tengo certeza que la resolución de profesionales APS es el doble de mejor que la resolución de especialistas focales, lo hemos medido en Hospital Sótero del río, donde la no pertinencia entre especialista es de un 30% versus el 15 % de las que se reciben desde APS

### **3/ Son activos en investigación.**

Salvo contadas excepciones, no se realiza investigación operativa en más del 95% de los Centros de APS en Chile, atender pacientes es el paradigma predominante

#### **4/ Reciben una remuneración adecuada,**

A pesar de los mejoramientos salariales recientes a médicos familiares de APS, se recibe un bono extra a tu sueldo de casi 2000 dólares mensuales, sigue siendo muy inferior a lo que ese profesional puede obtener en el mercado privado. Esto es sólo para médicos familiares no incluye a médicos generales que trabajen en APS. Es un gran avance, pero insuficiente

#### **5/ Tienen autoestima,**

Yo la tengo en las nubes jaja, pero la realidad es que los profesionales médicos de APS se subvaloran, es mi percepción, siempre están por salir del sistema, hacer becas de especialidades focales, todo apunta a querer sacar lo antes posible a los médicos de APS, eso atenta contra la autoestima

#### **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio**

La APS en Chile cada vez más ha entendido que los domicilios son la parte más importante del trabajo con mis pacientes, faltan iniciativas generadoras y disruptivas, en CESFAM Garín que me correspondió dirigir por 4 años, existe un Programa de Rondas en Campaña de Invierno para ir a domicilio para atender a pacientes con neumonía con muy buenos, buenos resultados, también implementamos el realizar una visita domiciliaria a todo paciente diabético que debutaba con Diabetes

#### **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo.**

Tenemos rigideces que pocos se atreven a desafiar, yo en los centros que me ha tocado dirigir hemos facilitado tiempo y medios para que los médicos no solo atiendan, sino que también hagan trabajo comunitario, hagan docencia, investigación, reuniones clínicas etc. Hemos modificado rendimientos etc.

#### **8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones procoordinación, como el filtro o “gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición**

Todo está diseñado para que los Especialistas focales hagan protocolos de que quieren recibir desde APS, con muy poca capacidad de interactuar desde APS, pocos de los protocolos existentes se hacen en conjunto. En Hospital Sótero del Río he tenido que lidiar para que se entienda que la Elaboración de Protocolos de derivación es una tarea conjunta con los Profesionales de APS

#### **9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad,**

En APS no existe Copago, la gente que no ve satisfecha recurre a mercado privado, donde tiene altos gastos de bolsillo

### **10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

En Chile la longitudinalidad la ofrece el Equipo de Salud, los médicos somos aves de paso, son muy escasos los médicos que han permanecido en una plaza por al menos 30 años La Longitudinalidad para los médicos de APS chilenos es una quimera

### **11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

En Chile no existe verdadera descentralización, tenemos Programas Verticales donde el Ministerio de Salud decide la oferta de prestaciones a realizar desde Arica a Punta Arenas. Existen excepciones claro está, pero no se han masificado

**12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria:** resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto. Claramente, se da la paradoja, a nivel local tenemos muy buenos resultados, pero si comparamos nuestras intervenciones particulares con el especialista focal en el caso individual, los resultados clínicos son mejores. La Paradoja de la APS existe también en Chile en mi opinión.

### **13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

No somos la primera fuente, la gente primero recurre a la automedicación a las medicinas complementarias y a Dr. Google, somos el final de la cadena de reconocimiento por parte de la comunidad. En un Centro de APS en Chile de un 100 % de personas inscritas, solo el 60 % toma contacto con APS en un año, el 40% busca solución en otro lado porque no somos respuestas para ellos en materia de salud

---

## **PERÚ**

### **PERÚ 1: BRAULIO CUBA**

Es importante tener en cuenta que la capacidad resolutive depende en gran parte de las competencias adquiridas, de las posibilidades de adquirir nuevas en un proceso formativo continuo; pero al mismo tiempo y dependiendo de varios factores la capacidad resolutive requiere de buenas condiciones laborales (infraestructura, equipamiento, tecnología) además de las condiciones organizacionales. El actual escenario irá cambiando debemos construir un sistema de salud con grandes fortalezas en la atención ambulatoria y domiciliaria y con ayuda de nuevas y mejores condiciones tecnológicas, así como la intervención de proveedores polivalentes y con gran capacidad resolutive, configuren escenarios más atractivos para los usuarios.

## **PERÚ 2: ANA CASTRO**

### **1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

Como Jefe de establecimientos de diversos niveles puedo asegurar que el aprecio de nuestros pacientes es directamente proporcional a la satisfacción de sus necesidades que muchas veces son solamente la de ser escuchados. Durante nuestras largas horas de atenciones extramurales, en equipo de salud se compartía con la población, con sus creencias, con sus costumbres, lo cual hacía que nos entendieran mejor y que se sintieran libres de expresar sus ideas. El nivel de educación de nuestra población migrante de estas zonas urbano marginales no es la mejor, pero esto no ha constituido un obstáculo sino más bien una oportunidad. Recuerdo que dentro del equipo teníamos personal técnico quechua hablante y ello nos ayudó mucho.

### **2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos**

En mi experiencia tuve contacto solamente con médicos generales, que fuimos capacitados en atención extramural, en la estrategia de atención centrada en la persona y familia, y de ello puedo dar cuenta. Estoy convencida que los que trabajamos en el primer nivel de atención como le llamamos aquí en Perú, sentimos mucho más las necesidades de la población. Cuando un profesional se especializa cada vez más se despersonaliza su atención, sufre la pérdida de esa visión integral de tratamiento, fragmenta su atención y por ende se aleja de su paciente.

El médico general capacitado trata de resolver los mayores problemas de su paciente antes de transferirlo, tratamiento de heridas, colocación de dispositivos, entre otras.

### **3/ Son activos en investigación.**

Esto si es una gran debilidad ya que nuestra cultura como profesionales no va orientada hacia la investigación, no nos gusta registrar los datos, sistematizar las cosas y esto pasa en todos los niveles de atención.

### **4/ Reciben una remuneración adecuada**

Nuestra remuneración sigue siendo una de las más bajas del continente, y esto muchas veces desalienta sobre todo a los profesionales jóvenes.

### **5/ Tienen autoestima**

Creo que esto es algo personal y de grupo.

## **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio**

Una gran experiencia que pudimos constatar en un hospital de mediana complejidad que el equipo de salud donde había un médico familiar tenía un cronograma de atenciones a domicilio para pacientes postrados ancianos y niños. En un hospital nacional hace 4 años pude constatar también un programa dirigido a pacientes oncológicos y atención en red de atención donde se había capacitado a profesionales médicos generales en esta atención.

## **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo**

Nuestro sistema sanitario no es el mejor aquí en Perú, nuestras atenciones se miden en indicadores de productividad hora medico en la parte asistencial y muchas veces no tenemos los medios necesarios para brindar una atención de calidad. Además, los sistemas de trabajo en el primer nivel de atención no están digitalizados por ende el trabajo del llenado de diversos formatos representa un buen porcentaje del tiempo de atención.

## **8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones procoordinación, como el filtro o “gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición**

Nuestro sistema de salud no tiene orientación hacia la prevención y promoción de la salud que son el marco para una especialidad como es la de medicina familiar. He visto los esfuerzos de algunos colegas por aplicar lo aprendido, pero también he constatado las dificultades y el poco reconocimiento que tienen nuestros médicos familiares ante las otras especialidades médicas. La competencia es buena, pero debe darse en iguales condiciones.

## **9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad,**

En nuestro sistema de salud, de acuerdo al aseguramiento universal en salud casi el 60% de la población tiene un seguro de salud público es decir el Seguro Integral de Salud, que tiene un plan de atención que incluye la gran mayoría de enfermedades en las cuatro etapas de vida, pero muy pocas actividades preventivo promocionales. Sin embargo, el gasto de bolsillo para nuestros pacientes sigue siendo importante ya que el seguro muchas veces se encuentra desabastecido sobre todo en medicamentos.

## **10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

Los médicos familiares y generales son los de mayor rotación ya que los sistemas de trabajo son deficientes y marginatorios, por ello estos profesionales son los que van migrando de establecimiento en establecimiento hasta que hacen la especialidad o encuentran incentivos que respondan a sus necesidades.



### **11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

Nuestro sistema de salud tan fragmentado hace que al medir por ejemplo la satisfacción de nuestros usuarios de salud los resultados no lleguen al 40% sobre todo en la parte pública, este es un indicador de calidad de atención. No obstante, las medidas que se toman para cambiar esta situación son insuficientes y no van de la mano con lo que viven día a día los trabajadores de salud.

### **12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

En el Perú la medicina familiar recién está posesionándose, sin embargo, el trabajo comunitario fuerte lo tienen las otras especialidades de salud como enfermería y obstetricia, quienes son los primeros que interactúan con la comunidad. Como les dije mi experiencia en algunos establecimientos que funcionan como CLAS, es decir Comités Locales de Salud, me han demostrado que la mejor atención se fortalece con el trabajo en comunidad, los pacientes y sus familias involucradas en el cuidado de la salud. Esta estrategia de coorganización lamentablemente tuvo su auge en los años 90, pero a la fecha solo quedan muy pocos a nivel nacional.

### **13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

De esto si puedo dar fe, el mejor reconocimiento de este trabajo en equipo con proyección a la comunidad lo tenemos de nuestros pobladores, de los promotores de salud que forman parte del trabajo y que representan siempre una ayuda para nuestro trabajo, el cual poco a poco se ha ido reconociendo (El día 4 de junio se celebra el Día del Agente comunitario en salud, por ejemplo). Una comunidad que interviene es una comunidad que aprende y que puede valorar el autocuidado como una estrategia sostenible de atención en salud.

## **PERÚ 3: VICTOR NARCIZO**

### **1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional**

Al inicio, no cuentan con el aprecio mencionado. Aún existe la confusión de médico familiar con médico general, pensando que es lo mismo y que siempre deben pasar por el médico de atención primaria antes de ser derivados a otro médico especialista, esto les causa incomodidad y piensan que es una pérdida de tiempo. Sin embargo, cuando hay continuidad y se crea una relación de confianza entre el paciente y el galeno, recién se puede contar con el aprecio requerido. Pero, a nivel social (si considero toda la población limeña) muchos pacientes prefieren acudir a los hospitales y menosprecian a los profesionales

de los establecimientos del primer nivel. En cuanto al aprecio profesional, muchos colegas de las demás especialidades menosprecian a los médicos de atención primaria. No puedo hablar de los otros profesionales como enfermeras, obstétricas, etc; pero supongo que debe ser una situación similar.

## **2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos**

En Lima, las facultades de medicina otorgan una enseñanza hospitalocéntrica, con lo cual los médicos generales egresados no están capacitados para manejar los problemas de salud más frecuentes de la población. Asimismo, en la residencia médica ha mejorado el sistema de enseñanza para los futuros médicos de familia; pero aún existen muchas deficiencias como la falta de docentes contratados, pocas sedes docentes, etc.

## **3/ Son activos en investigación**

Existen pequeños grupos de médicos de familia que realizan estudios de investigación, en su mayoría descriptivos. También, la gran mayoría lo realiza porque es requisito para obtener el título. Luego de obtener el título, la gran mayoría ya no realiza investigación alguna.

## **4/ Reciben una remuneración adecuada**

No existe una buena remuneración. Por tal motivo, un buen grupo de médicos familiares realiza otra especialidad.

## **5/ Tienen autoestima**

No puedo hablar por los demás colegas, pero en mi caso tengo autoestima.

## **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio,**

En el establecimiento de salud, existe una buena accesibilidad al establecimiento, pero existe un alto diferimiento para conseguir una cita (en la mayor parte de los casos, 1 mes). En mi caso no contamos con posibilidad de atención a domicilio. Existe una unidad a cargo de las visitas domiciliarias a pacientes que lo ameriten.

## **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo.**

En el establecimiento de salud donde trabajo, se cuenta con medios necesarios (exámenes de laboratorio e imágenes). Sin embargo, no hay un tiempo adecuado en la consulta. Para todos los casos simples o complejos contamos con 12 minutos. Hay que agregar que la mayor parte de establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima no cuentan con los medios necesarios para resolver los problemas de salud más frecuentes.

**8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones procoordinación, como el filtro o “gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición,**

Se cumple el atributo del primer contacto en el establecimiento donde el establecimiento donde laboro, donde el médico de atención primaria decide si el paciente amerita evaluarse con otros especialistas. Este escenario se cumple en todos los establecimientos del Seguro Social, pero en los establecimientos de otras entidades prestadores de salud (públicas y privadas) los pacientes pueden obtener cita directamente con otros especialistas.

**9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad**

En el Seguro Social, el paciente no realiza ningún copago.

**10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

La mayor parte de profesionales cuentan con un contrato a plazo fijo y otros cuantos cuentan con un contrato indeterminado.

**11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

Solo se atiende a pacientes asegurados, por lo tanto, varios pacientes que sufren de alguna enfermedad crónica o discapacitante que no cuentan con seguro, no pueden ser atendidos.

**12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

Existen estándares a cumplir en el establecimiento de salud, muchos de ellos se ciñen a objetivos de tamizaje poblacional (muchos sin evidencia científica como el PSA), pero hay otros como la satisfacción del usuario, el cual mide la apreciación de la población hacia los profesionales del centro de salud. Sin embargo, no existen parámetros para medir los efectos de las intervenciones del establecimiento en la salud de las personas.

**13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

Como mencione en el primer acápite, al inicio los pacientes desean atenderse con otros especialistas; pero luego de formar una relación entre los pacientes y los profesionales de atención primaria, ellos reconocen a los profesionales como los promotores de su salud.

## **PERÚ 4: RAFAEL DOMÍNGUEZ**

### **1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

En primera instancia es aún ignorado por la población que existen los médicos de familia u otros profesionales de la salud con un entrenamiento de postgrado (especialidad) para la atención primaria. El personal que labora desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención llevan consigo la carga del prejuicio de la gente respecto a que el primer nivel es ineficiente, poco resolutivo, para pobres, sus establecimientos no son bonitos, son caóticos, etc. Independientemente de que algunas personas conozcan a un prestador de salud en el primer nivel y tengan confianza con él, la población no lo asume así por lo que no cuentan con aprecio social y tampoco profesional en relación a otras especialidades (queda claro que no me refiero a la excepción, sino a la regla).

### **2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos**

Esto está mejorando. Antes casi toda la residencia de medicina familiar y comunitaria se desarrollaba en hospitales y en diferentes servicios. Luego, algunas universidades incluyeron las rotaciones de algunos meses por establecimientos de salud del primer nivel "modelos". En los últimos 5 años la proporción de estas rotaciones es mayor y ahora los residentes tienen la oportunidad de contar con tutores médicos de familia, sobretodo cuando se trata de establecimientos del Seguro Social de Salud - EsSalud. Ahora existen residencias en otras carreras de ciencias de la salud. La formación avanza a su ritmo, pero es penoso cuando el egresado tiene tanto que puede hacer (por contar con las competencias) pero a la vez tanto que no puede hacer (por restricciones del sistema, medios insuficientes, el "síndrome del barquero" que ya fue definido en otras intervenciones, etc.

### **3/ Son activos en investigación**

Escasa investigación y menos publicación, a costa de tiempo e inversión propias de los autores. La investigación en lugar de promoverse pareciera que se desalienta. Las normas del residentado médico desde hace un par de años no exigen que el residente presente un trabajo de investigación o tesis como requisito para optar por el título de la especialidad sino que ahora sólo se requiere haber presentado un proyecto de investigación.

Fuera de ello, es poco el incentivo para investigar como estudiante y luego, como trabajador no se encuentra habituado el personal a hacerlo y con ellos se forman los nuevos residentes y alumnos.

#### **4/ Reciben una remuneración adecuada**

No. Si bien la remuneración en el sector público es casi la misma para el profesional que labora en la atención primaria respecto al que lo hace en la atención hospitalaria, estos últimos tienen mayores chances de obtener ingresos mayores realizando práctica privada.

#### **5/ Tienen autoestima**

Diría que aparentemente muchos profesionales del primer nivel de atención se han resignado a la opinión adversa del conjunto y ello conlleva a una actitud dependiente de los especialistas hospitalarios (referencias, uso de guías de práctica clínica) y a la cultura de la queja.

#### **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio**

Accesibilidad dentro del horario de atención. Salvo en las regiones, usualmente los profesionales de la salud viven en lugares distantes a su centro de labores. Los servicios a domicilio constituyen iniciativas particulares, el consultorio consume el tiempo. De otra parte, se desmembra la atención primaria a través de equipos dedicados a realizar visitas domiciliarias sin ser parte del equipo de salud del ámbito o por ejemplo con iniciativas como la provisión de cuidados para pacientes con enfermedad terminal por equipos de salud exclusivos para esa labor.

#### **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo.**

En general no. En el sistema se sigue apostando por la provisión de servicios hospitalarios, grandes inauguraciones, se les da medios y tal vez tiempo, sobretodo a los nuevos establecimientos hospitalarios, en detrimento de la atención primaria.

#### **8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones pro-coordinación, como el filtro o gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición**

No. Una persona puede acceder a ser atendida por un especialista hospitalario pagando una consulta que de por sí tiene un costo subsidiado (caso de establecimientos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales). Lo que suceda fuera del sistema público es libre albedrío en una lógica de mercado y libre competencia.

#### **9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad,**

No hay copagos en el sector público en el Perú cuando se trata de asegurados a EsSalud o al SIS (Seguro Integral de Salud - MINSA). Cuando no se cuenta con alguno de estos seguros el costo es bajo. Donde se queda la gente

relegada es al momento de comprar los medicamentos, aun cuando el aseguramiento es por el SIS a veces no hay disponibilidad de medicamentos.

**10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

No. No se cuenta con una carrera sanitaria o incentivos que promuevan la longitudinalidad. Por el momento el sistema se enfoca en dotar de recursos humanos, pero el tema de la longitudinalidad no está siendo abordado.

**11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

Los servicios otorgados a un paciente responden a una cartera de servicios o paquete. Las intervenciones incluidas a veces son cuestionables, caso de algunas vacunas o algunos tamizajes. Respecto a las poblaciones, se cumple la Ley de Cuidados Inversos.

**12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

No se acepta la paradoja. Se quedan con la primera parte del enunciado y se confía en los especialistas hospitalarios. Luego, los hospitales públicos quedan en desventaja frente a la atención de las clínicas privadas y al final, la desconfianza es tanta que se duda de todo. Poco capital social.

**13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

Si las personas pueden gastar prefieren ir a la atención privada. Si tienen seguro social - EsSalud regularmente utilizan los servicios de emergencias, pero cuando se trata de consulta ambulatoria en caso la cita les sea otorgada semanas después, acuden al privado o se automedican. Cuando las personas no tienen otra elección acuden al prestador público. Esto suceden en la capital. En las regiones sí puede ser diferente, por una cuestión de distancias - acceso.

**PERÚ 5: ZOILA ROMERO**

**1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

En el caso de EsSalud pese a haberse instaurado una política de captación de recursos humanos como médicos familiares, estos no son reconocidos ni por la población, ni por los demás especialistas, esto ha ido virando en los últimos años. Sobre el equipo que trabaja en la primaria, dados los problemas del sistema existe insatisfacción de los usuarios que demanda una atención de calidad; esto es más intenso en los lugares más alejados del país, EsSalud no cuenta con establecimientos de salud (no así el Ministerio de Salud), que

genera que la población se sienta desprotegida, incrementando el gasto de bolsillo para poder acceder al servicio.

Existen experiencias positivas, como por ejemplo en los Centros del adulto mayor, en donde la prestación es brindada por asistentes sociales, psicólogos y recientemente médicos, la atención es básicamente de prestaciones sociales, y la satisfacción del usuario en un estudio que se realizó en la institución en el año 2016 llegó al 86% aproximadamente.

## **2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos**

Hay avances respecto a este tema en el caso de la formación en postgrado dando como resultado, profesionales más competentes, pero todavía algunos procedimientos (que bien puede hacerlos un médico familiar) no son permitidos en la primaria.

En el caso del pregrado sólo algunas universidades (uno o dos) insertan temáticas que incluyen el abordaje en APS, que sería uno de los aspectos que es necesario fortalecer.

Otro es el tema del trabajo en equipo, seguimos moviéndonos en espacios diferenciados, con recelo. Una apuesta para lograr un trabajo en equipo en EsSalud, fue el Programa de "EsSalud Familia", instaurado hace algunos años y en el que un equipo conformado por un médico familiar, una enfermera, un obstetra, un odontólogo y un técnico de enfermería realizaban atenciones dentro de un espacio territorial específico; sólo se instauró en 7 lugares del país, aunque actualmente sólo 2 o 3 siguen funcionando.

## **3/ Son activos en investigación.**

Este es uno de los aspectos en los que más adolecemos. No obstante, EsSalud tiene instaurado un concurso anual (Premios Kaelin) por investigación; sin embargo, pocas son las investigaciones trabajadas en la primaria. Otro es el tema de incentivos, el profesional dada la carga laboral no siente interés por desarrollarla.

## **4/ Reciben una remuneración adecuada**

En EsSalud existe un sueldo diferenciado por zonas de menor desarrollo para los profesionales que decidan laborar ahí, pero no se recibe una bonificación extra por el trabajo en primaria, siendo los sueldos bastante irrisorios, que contribuye a que la mayoría de profesionales opten por tener 2, 3 y hasta 4 trabajos, lo que contribuye a incrementar el estrés laboral y esto definitivamente repercute en la atención que brindan a las/os pacientes.

## **5/ Tienen autoestima**

Probablemente la mayor cantidad de profesionales que trabajan en la primaria en EsSalud se sienten relegados o disminuidos en relación a los profesionales

que trabajan en los hospitales, creo que esto es un aspecto cultural en dónde supuestamente son “mejores vistos” y gozan por tanto de mayor estatutos.

#### **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio**

EsSalud dentro de su cartera de servicios que ofrece a la población tiene consignado el desarrollo de servicio a domicilio, que predominantemente es desarrollado en los lugares donde existe este programa de EsSalud Familia. Existe un servicio a domicilio para adultas mayores dependientes (PADOMI) que tiene algunos años y es desarrollado en varios lugares del país, es un equipo conformado por médico, psicólogo, asistente social, terapeuta físico, entre otros, quienes brindan atenciones en el domicilio, en los últimos años se han incorporado médicos familiares.

#### **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo.**

Definitivamente no, cada vez los tiempos son más cortos para la atención y los medios insuficientes, ya que la mayor cantidad de presupuesto es asignada a los hospitales o institutos, quedando la primaria relegada.

#### **8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones pro-coordinación, como el filtro o gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competencia**

En EsSalud, podría decirse que funciona medianamente, ya que las personas tienen necesariamente que pasar por la primaria para llegar a los hospitales o institutos, el problema es que no hay un buen filtro; así mismo, los pacientes que no alcanzan cita en la primaria finalmente terminan acudiendo a un servicio privado que se rige por sus propias normas, o acudiendo directamente a las emergencias.

#### **9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad**

No hay copagos en el caso de EsSalud.

#### **10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

En EsSalud genera bastante dificultad los regímenes laborales, ya que salvo los profesionales nombrados (que se rigen bajo el régimen laboral 276) y los profesionales con contrato indeterminado (que se rigen por el régimen laboral 728), los demás profesionales (la gran mayoría) están bajo un régimen laboral llamado CAS, que tiene poca o nula estabilidad y que genera que haya una constante rotación dentro de los establecimientos, dificultando por ende ofrecer más longitudinalidad. En los últimos años se generó un movimiento para la anulación de este régimen laboral, actualmente ya es una realidad.



### **11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

EsSalud brinda 3 tipos de prestaciones: de salud, sociales y económicas, existiendo una Cartera de Servicios de Salud y una Cartera de Servicios de Prestaciones Sociales, que, si bien promueven el cuidado de las personas y poblaciones, algunas intervenciones son cuestionables, pero definitivamente tienen mayor evidencia científica que las ofertadas por el Ministerio de Salud.

### **12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

No se acepta, en EsSalud hay poco trabajo en comunidad, salvo las experiencias piloto dadas en el Programa de EsSalud Familia; en las personas, se está virando hacia un trabajo más humano, más empático y solidario, pero aún hay una brecha muy grande por recorrer; y en el caso de los resultados para cada enfermedad, es deficiente como en el resto del país.

### **13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

Un paciente asegurado en EsSalud sabe que tiene que acudir primero a la primaria, en algunos casos optan por el uso de la emergencia (aun cuando no sea necesario) abarrotando estos servicios, sobre todo en los hospitales. Por tanto, es una cuestión ya establecida, pero no porque los pacientes se sientan a gusto, salvo algunos casos.

## **PERÚ 6: ANGEL SÁNCHEZ**

### **1/ Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

Creo que el aprecio social está directamente relacionado con la longitudinalidad con que cuente la APS. si no contamos con una organización y estructura que permita la puesta en práctica de la longitudinalidad será difícil contar con el pareció por parte de la sociedad. Se necesita también que el médico general/familia cumpla con la función de filtro, en los casos de Europa hay legislación que promueve esto. Que la población conozca al médico de familia no es el problema, la población conoce lo que la visión hegemónica de salud propone a la sociedad, medicalizando la vida, despojándonos de nuestro cuerpo, donde el médico de familia y APS no es parte de este juego.

### **2. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos**

Creo que sobre la base del estándar podemos estar conformes con la formación, pero si nos preguntamos si la currícula responde a las necesidades de la comunidad, pienso que debemos seguir avanzando para llegar al ideal de ser polivalentes y resolutivos; además de reforzar las competencias

comunicativas. Existen experiencias que promueven el aprendizaje basado en problemas en la comunidad (APS). En Inglaterra con GENERAL MEDICAL COUNCIL "TOMORROW'S DOCTORS", se desarrolla en programas basados en la comunidad, los estudiantes desde el inicio tienen un encuentro desde el inicio con los médicos de familia y el seguimiento de las familias.

### **3/ Son activos en investigación.**

No somos activos activos y se debe promover la investigación desde la APS.

### **4/ Reciben una remuneración adecuada**

Creo la remuneración debe mejorar y estimular los médicos del primer nivel atención; además existen diferencias entre los que trabajan en el MINSa y EsSalud.

### **5/ Tienen autoestima**

La autoestima anda disminuida.

### **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio,**

no ofrece ninguna de las dos, pero existe atención domicilio en el seguro se llama PADOMI, cuando entré a trabajar me sorprendí al ver que los médicos contaban con lista de pacientes y había seguimiento a largo plazo. Pero en el MINSa no existe un servicio a domicilio.

### **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo.**

el panorama es difícil, disminuye el tiempo de consulta a 8 minutos, aunque esto no determina la calidad de la consulta, pero tampoco contamos con longitudinalidad para tener más encuentros con el paciente.

### **8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones pro-coordinación, como el filtro o gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición**

Como anécdota, existen policlínicos en donde los pacientes se acercan y preguntan ¿me duele la cabeza a donde debo ir? y los técnicos le dicen a neurología y así se reproduce esto con todas las partes del cuerpo. el cuerpo pertenece a los especialistas, y en estos centros no existe servicio de medicina general ni mucho menos de médico de familia. Estos centros están a nivel nacional y reflejan una realidad donde los especialistas ganan esta competencia. Ojo me refiero al sector privado.

**9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad,**

No

**10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

Para nada

**11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones,**

Existe una brecha grande a la hora de brindar servicios a poblaciones por ejemplo originarias, se necesita de trabajar la interculturalidad y a esto sumarle el respeto por sus valores culturales para promover salud, una tarea pendiente en la que se avanza a pasos cortos.

**12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

No se acepta

**13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

En un menor porcentaje reconocen esa labor

---

## **ARGENTINA**

### **ARGENTINA 1: GABRIELA DI CROCE**

**1) Los médicos generales/de familia, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional.**

Esto depende del lugar. En términos generales, cuanto más urbana la zona laboral menos reconocimiento hay para los médicos de familia. No conozco en profundidad la situación de cada país, pero en Argentina muchas veces somos menos que "no reconocidos". El concepto general de la comunidad médica hacia los médicos generales o de familia, no es de lo más agradable. Incluso, teniendo en cuenta que nuestro sistema de salud apunta (o por lo menos eso parece desde la definición de su concepción). Es muy contradictorio que un sistema nacional de salud se defina como orientado a la APS y muchas de sus grandes universidades nacionales, muy reconocidas, carezcan, en algunos casos, de materias donde se profundicen los conceptos de medicina familiar y APS. Por lo tanto, el reconocimiento general no puede ser el mejor si desde las casas de educación, no se "habla del tema". Ahora, en aquellos lugares donde existe el reconocimiento, siempre existe o existió alguien que lo "logró" por mérito propio y compromiso de su trabajo, lo cual, es difícil de generalizar

muchas veces y además, lo entiendo personalmente, "como una red de 1 sola persona". O sea, no sirve.

## **2) Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos**

Mi experiencia personal es que sí. Pero existen muchos lugares de formación en Argentina que no cuentan con la estructura académica necesaria. Algunas residencias no cuentan con un programa formal, y en algunos casos también falta acreditación. Estos no son temas menores si consideramos que, nuevamente a lo mismo (no quiero sonar repetitiva), si nuestro sistema de salud se fundamenta en la APS, una de sus principales tareas debería asegurar formar con altura a aquellos que llevarán adelante al mismo.

## **3) Son activos en investigación**

Si lo son, solo que son pocas los trabajos que se conocen. Hay serias dificultades con el envío de trabajos a las revistas de medicina familiar, motivo por el que su publicación es cada vez menos frecuente. Y como siempre, todo es sostenido por la voluntad.

## **4) Reciben una remuneración adecuada**

Creo que verdaderamente, no. Esta debe ser una de las realidades más compartidas por los profesionales de la salud. La carga emocional y todo lo que implica involucrarse socialmente con la comunidad nunca será adecuadamente remunerada. Al margen, la inmensa cantidad de trabajo, no solo asistencial, que implica ser parte de la APS goza de una mala paga. No es uno de los mejores incentivos.

## **5) Tienen autoestima**

Definitivamente sí. Si no existiera una fuerte autoestima entre quienes trabajamos en atención primaria, muchas de las tareas ni siquiera serían posibles de ser pensadas.

## **6) Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio**

El sistema de turnos es propio de cada efector. Muchas veces, autogestionado. La demanda interminable termina haciendo de esta tarea una labor meramente artesanal. Tuve una experiencia laboral en Buenos Aires, en donde como parte del posgrado en salud social y comunitaria, mi práctica estaba destinada a un CAPS de zona urbana marginal. Habiendo aprendido la tarea en una población diferente, un pueblo del interior y habiendo trabajado a la par con agentes sanitarios como soporte de mi labor, ilusamente intente mantenerlo. El resultado fue más que desalentador... La cascada de permisos que debías solicitar para una visita domiciliaria o un relevamiento de la comunidad era

tremendo... Cuento esto para enfrentar formatos de trabajo o de concepción del mismo.

#### **7) Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo**

Creo que el punto anterior también responde aquí. Teniendo en cuenta la situación social de Argentina, donde las condiciones de vida se han vuelto muy adversas en el último tiempo... Cada vez menos recursos.

#### **8) Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones procoordinación, como el filtro o “gatekeeping”, que favorecen la cooperación y evitan la competición**

Se intenta, desde algunos sectores. Pero no siento que sea la percepción nuestra. Tampoco creo que se deba ver como una competencia, pero muchas veces nosotros mismos nos encontramos explicando que tanto hemos estudiado o que tanto sabemos para justificar nuestras prácticas.

#### **9) Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad**

El sistema público de salud de mi país es gratuito. No se abona nada, excepto algún bono "contribución" de tipo cooperadora, quien puede hacerlo. La situación económica no es condición que discrimine la atención. No se le niega, incluso cuando son extranjeros.

#### **10) Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal**

La rotación del personal es moneda corriente en muchos sectores. En primer lugar, largos años de espera de los profesionales por un cargo de planta permanente que mejore sus condiciones laborales lleva a que muchos busquen "otro lugar" y dejen sus lugares. Por otro lado, una moda frecuente en Argentina es el recambio secundario de movimientos políticos: "gestión nueva de gobierno, movimiento del personal y reubicación". He sido testigo de cambios de profesionales en zonas donde estuvieron años conociendo y trabajando. Se desarman los equipos, a los que habrá que volver a consolidar. El afán de dar respuesta a las inmensas necesidades de la población hace que los médicos de un área sanitaria deban cubrir varios CAPS diferentes en la semana. Considero esto, una barrera importante para la longitudinalidad...

#### **11) Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

No sé qué decir... siempre podemos estar mejor y brindar mejores servicios. Desde mi cuestión personal, me estruja el alma reconocer todas estas falencias, falencias de un sistema del que soy parte, aunque se que no responsable. Con los recursos disponibles brindamos lo mejor posible, lo que no significa que el servicio se pueda calificar de adecuado.

**12) Acepta la paradoja de la atención primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

Este aspecto es propio de esta especialidad. Creo que la mirada poblacional es nuestra bandera, nuestro caballo de batalla. Aunque nuestra medida de eficiencia sigue siendo "cantidad de pacientes x médico x hora de consulta"... Se hace difícil visibilizar el resultado de la tarea comunitaria si medimos exclusivamente con números en una planilla.

**13) Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

Creo que es el punto satisfactorio de la fortaleza de la APS. Desborda el sistema dado que muchos prefieren a "su médico" aunque tengan que esperar largas horas. Siempre un grueso importante vuelve a nosotros. Buscando reaseguro. Falta muchísima educación poblacional en salud, mucho trabajo de campo ahí donde sucede todo... en la comunidad. En los últimos años la comunidad se ha volcado muchísimo a los servicios de salud. Muchas veces por banalidades. Me pregunto si será porque las necesidades no satisfechas adecuadamente solo encuentran sosiego en la escucha en una buena entrevista... o hay otros factores, no lo sé.

**ARGENTINA 2: CARLOS GARCÍA**

**1/ Los médicos generales/familiares, enfermeras y otros profesionales de primaria cuentan con el aprecio social y profesional**

Mi respuesta es un NO, taxativo.

En primer lugar, aclaro que hablar de "sistema de salud" en nuestro país, es una entelequia, casi un sofisma. En nuestro país conviven disarmonicamente múltiples formas de atención. Yo trabajo en el mejor hospital de la Argentina, en donde hace ya 28 años creamos con Adolfo Rubinstein el Servicio de Medicina Familiar. Muy frecuentemente se me sigue preguntando qué es la medicina familiar. Si uno dice que es un generalista, pasa a ser en el imaginario colectivo "alguien que no hizo una especialidad y que deriva (refiere) a especialistas". Y aquí va lo que pienso que es el denominador común necesario: Si, la medicina de atención primaria no es promovida por el Estado como el eje de la atención de todo el país, cualquier intento de desarrollarla y promoverla, se frustrará. En la Argentina, no podría decir cuántas residencias existen de Medicina Familiar o Medicina General, pero creo que aparte de en nuestro hospital y en otro hospital privado, CEMIC, no existe un solo servicio de medicina familiar o general. Son simples secciones de otros servicios o del hospital y los programas de formación de los residentes dejan muchísimo que desear.

## **2/ Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos**

La dispersión de formación es tan grande que es difícil de responder. De todos modos, el promedio de calidad de formación en nuestro país, es bajísimo. Nuestro Servicio, el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires tiene una formación muy sólida e independiente de las especialidades y somos referentes, pero no es para nada, la realidad nacional. Porque la medicina de atención primaria no es una política de Estado. Creo que mi respuesta está en sintonía con la mía. Y, claro... no hay forma de no ser repetitivos cuando la falla es contumaz.

## **3/ Son activos en investigación**

Contrariamente a lo que responde Gabriela, diría que no. Porque la formación en investigación es muy pobre en las residencias en Argentina. Acuerdo que hay mucho de voluntarismo. Como dice Mercedes, existe mucha investigación irrelevante y el rigor científico pobre.

## **4/ Reciben una remuneración adecuada**

No. En la Argentina, la inequidad en la distribución del ingreso de los profesionales médicos es brutal, aun dentro de las especialidades. Pero la medicina familiar está en el percentil más bajo. De hecho, uno de los determinantes importantes de los últimos años en la elección de la especialidad (que dicho sea de paso, no más del 40 por ciento de los médicos hacen una residencia) es el sueldo del residente. No pocos eligen anestesiología, porque es bien rentada.

## **5/ Tienen autoestima**

No me atrevería a ser tan concluyente como Gabriela. Es más, diría que no. Y me encantó la sentencia de Mercedes "*y muchas veces incluso carecen de liderazgo clínico de forma que siguen las guías clínicas, por ejemplo, como si fueran "verdad" (o peor, cooperan en su creación y lo hacen con violencia simbólica*". No son pocos los médicos generalistas que se pasan a otras especialidades, hacen homeopatía, medicinas alternativas y experimentan técnicas poco probadas. Vale la pena leer el enlace de *violencia simbólica* que aplica *con violencia* a este tema. Muchas veces, es una pseudo auto-estima, signada por la *violenta colonización simbólica*. El empleo a rajatabla de las guías es un ejemplo flagrante de la expresión inconsciente de la auto-estima.

## **6/ Ofrecen accesibilidad con flexibilidad, incluyendo servicios necesarios a domicilio**

No. En mi servicio, los pacientes tienen sistemas de mensajería telefónica por lo que los mensajes llegan a los médicos y estos los pueden llamar. En mi caso personal, todos mis pacientes tienen mis números de teléfono y dirección de email para comunicarse conmigo en cualquier momento. Y eso es lo que

promulgo. Uno de nuestros factores críticos debe ser la accesibilidad. Quisiera ser bastante tirano en ello. El médico no debe esconderse de sus pacientes, así como soy tirano con mis pacientes en decirles que si por un resfrío llaman a un médico a domicilio, me avergonzarán y los expulsaré de mi cápsula:

<http://mimedicodecabecera.blogspot.com.ar/2012/02/sirenas-en-la-noche-por-los-mocos-de.html>

#### **7/ Trabajan en un sistema sanitario que les facilita medios y tiempo.**

De acuerdo con Gabriela y encantado con la visión clara de Mercedes “tontinaderías”, la polarización patética en las últimas guías de estatinas, leer los resultados del SPRINT y salir corriendo a aplicarlos a la consulta y ver el paciente como “carne de guías de práctica clínica” es lo que ocurre en los escasos lugares en donde la formación es rigurosa. En el resto, nada de nada.

#### **8/ Les protege de la “competencia salvaje de los especialistas focales” con regulaciones pro coordinación, como e filtro o gatekeeping, que favorecen la cooperación y evitan la competición.**

No, para nada. El Estado ausente. En nuestro caso, en el servicio del hospital, los médicos generalistas van adquiriendo un rol bastante relevante y son crecientemente respetados. En los hospitales públicos no es así. No existen los servicios de Medicina General o Familiar. Son simplemente residencias, muchas de ellas con currículum de rotaciones por especialidades... imaginen.

#### **9/ Impone copagos bajos o nulos en el punto de atención al paciente/población para incrementar la equidad.**

Relativizo bastante lo de Gabriela, dado que si bien “el sistema público” es “gratuito” casi le tendrían que pagar al ciudadano por lo que lo padece. La atención es episódica, los recursos aberrantemente mal distribuidos, no existe la población a cargo, ni la regionalización ni los niveles de atención.

#### **10/ Facilita ofrecer más y mejor longitudinalidad y coordinación de cuidados con menor rotación del personal.**

No. En Argentina, en los últimos 30 años “todos estamos para otra cosa”, para algo “superior”, de paso por la nimiedad del momento. Así estamos.

#### **11/ Promueve servicios apropiados a pacientes y poblaciones**

En la Argentina muchos (pero muchos, muchos) no tienen sus necesidades básicas satisfechas. 13 millones de habitantes son pobres, 2,3 millones son indigentes. La clase alta busca desesperadamente la vacuna contra el VPH, contra la gripe, la conjugada y la no conjugada contra la neumonía, la densitometría ósea, el colesterol bueno y el malo, el magnesio en la dieta. La vacuna contra el VPH se puso recientemente en el calendario de vacunación para los niños varones: sin análisis de impacto presupuestario, sin respondernos a qué costo de oportunidad. Esta foto, la tomé este mes, en



Salta, cerca del punto tripartito de fronteras de Argentina, Bolivia y Paraguay en una comunidad Wichi (Mataco) donde el gobernador se casó recientemente con una fiesta glamorosa, no se la pierdan:

<http://caras.perfil.com/2016-09-27-75005-macedo/>

**12/ Acepta la paradoja de la Atención Primaria: resultados deficientes en cada enfermedad por separado pero excelente en las personas y en la comunidad en conjunto**

Aclárenle la pregunta por favor. Ni sabe de qué se está hablando. Sí, sí, pasa por la hemoglobina glicosilada y cómo clasifica nuestro paciente en el SPRINT, si es rico, claro está.

**13/ Pacientes y comunidad reconocen a los profesionales de primaria como su primera fuente de atención y promueven su propia salud**

Es cierto, como dice Gabriela, tener un médico es un lujo de pocos; quienes lo tienen lo reconocen y lo siguen. Pero, una vez más, el Estado no ha hecho nada.