

JORNADA ESTATAL DE ENTIDADES PRIMARISTAS

16 de marzo de 2019

[Centre Cívic Cotxeres de Sants](#). Barcelona

Entidades asistentes: [FoAAP](#), [La Cabecera](#), [Rebel·lió Atenció Primària](#), [Colectivo Silesia](#), [Basta Ya Málaga](#), [Navegantes de 3 Cabezas](#), [1 cada 8h](#), grup de primària de [Marea Blanca de Catalunya](#), [Lehen Arreta Arnasberritzen](#), [FoCAP](#).

Durante el debate se muestra en varias ocasiones la diversidad de la atención primaria y se comentan las diferencias entre entidades y territorios. “En Andalucía somos menos optimistas porque somos minoría, no nos consideran interlocutores”, “El problema en Cataluña no es solo la privatización, sino el modelo hospitalocéntrico.”

También destaca la frecuente utilización de lenguaje bélico para hablar de la confrontación en la defensa de la AP: “lucha”, “estamos en guerra”.

Mesa 1: La primaria y sus profesionales.

Ponencia de Esperanza Martín, médica de familia y miembro de Rebelión Atención Primaria

La Atención Primaria (AP) viene sufriendo un deterioro progresivo en los últimos años que actualmente se ve reflejado en el malestar de los profesionales, desde la residencia de MFyC (ver trabajo de investigación ganador del primer premio de “Les X jornades de recerca UD BCN-ICS” en 2018) hasta en los profesionales que llevan años trabajando en ella. La pregunta es, pues, ¿cuál es el detonante para que salten ahora los profesionales?

Los modelos de gestión y organizativos que plantean muchas de nuestras administraciones no valoran el trabajo que realizamos en los CAPs. Proponen estilos de dirección que parten del supuesto que no sabemos autoorganizarnos y hemos de aprender. Sin embargo, la mejora de los servicios de AP y el atractivo de la AP para los nuevos profesionales depende de la realidad presupuestaria de la AP. A pesar de ello, los profesionales de AP consiguen resultados inmejorables en los distintos barómetros de salud en que se pregunta a la población.

La motivación es esencial entre los profesionales y el motor que debe llevar al cambio. Pero los profesionales de la AP ¿estamos o no motivados? Se realiza una actividad participativa que muestra cómo en condiciones ideales de trabajo las profesionales sí están motivadas y eligen múltiples roles

(representados en preciosos dibujos de Gemma Torrell: profesora de universidad, atención a la cronicidad, tutora de residentes de medicina y enfermería, atención domiciliaria, directora/adjunta de equipo, estudio de casos, atención comunitaria, doctorado, atención en la consulta, emergencias, atención a jóvenes, etc.) e iniciativas, 4 de media, que enriquecen su trabajo habitual.

Las revoluciones sociales necesitan de una idea clara para conseguir el éxito. En el caso de la AP, la demanda es compartida alrededor de todo el estado: defender la sanidad pública es defender una AP pública y de calidad.

A pesar de que las profesionales de AP estamos poco organizadas y dispersas, con insuficiente apoyo de sociedades científicas y sindicatos, es necesario tener una mirada esperanzada. El ejemplo de la huelga en Catalunya demuestra la posibilidad de movilización general que puede conseguir nuestro sector si se articula bien la red de apoyos entre profesionales y ciudadanía. Los diferentes colectivos que nos reunimos hoy aquí son un ejemplo del poder potencial de cambio. También el ejemplo de la iniciativa popular impulsada por el CAP Raval Nord de Barcelona. Las huelgas (como la feminista de la semana pasada) son un ejemplo necesario y también nuestra visibilidad en los medios.

Las huelgas sirven para encontrarnos, reconocernos, visibilizarnos y son una demostración de fuerza, por tanto, sí sirven.

La revolución en Atención Primaria no es que sea necesaria, es que es obligatoria.

¡Hay que molestar!. ¡Hay que construir!.

Preguntas

- Cómo mover a la acción a los profesionales de AP?
- Cómo llegar a más personas inquietas para sumar y crecer como movimiento?

Tiempo de debate

Sobre el contenido del discurso primarista.

Importancia del contenido del discurso (“dogma”): La defensa de la AP es un argumento muy potente, fácil de explicar y fácil de “comprar” tanto por la ciudadanía como por los profesionales (hasta los más desmotivados): 25% del presupuesto del sistema sanitario, recuperar las plantillas, revertir el modelo de hospitalocentrista a primarista. Necesidad de “sembrar” este mensaje en todas partes.

Necesidad de que la movilización tenga contenido político, manteniendo la independencia de los partidos. Por ejemplo, Basta Ya Andalucía, es un colectivo muy diverso, también en ideología política: intentan no alinearse políticamente y centrarse en lo que les une.

Necesidad de reivindicar mejoras profesionales (políticas sanitarias, profesionalidad) además de mejoras laborales; a veces los sindicatos utilizan la calidad asistencial como excusa para beneficios laborales. Vigilar que el discurso no se vacíe de contenido (“10 minutos ¿para qué?”).

Importancia de poner las necesidades comunes por encima de las individuales. Las reivindicaciones propias han de estar en un contexto de ganancia colectiva, a pesar de que puedan diluirse un poco las propias. Pero se constata que la AP no va en este sentido, por lo que hay que explicitarlo claramente y trabajarlo en la práctica, en la cotidianidad.

En los últimos años, discurso del sistema sobre el proceso de desaparición y no-futuro de la AP (como diría Marina Garcés, la “condición póstuma” de la AP) que los profesionales hemos interiorizado. Hay que demostrar que somos, imponer el sí desde la práctica (sí hago domicilios, sí paliativos, sí crónicos...).

Sobre la acción concreta.

Importancia de la acción y no sólo el discurso. Hay que estar en todas partes (asambleas, en la calle, en los medios, en las redes sociales). Hay que demostrar el poder que tenemos. Ocupar todos los espacios, los espacios vacíos los ocupan otros con objetivos distintos a los nuestros.

Dar visibilidad. Difundir el argumentario. Ir a hablar a todas partes. Utilizar las redes sociales: blogs, twitter, instagram... (Se aplaza la discusión a la mesa de comunicación)

Nuestra fortaleza es la organización, el contacto y la coordinación entre entidades y profesionales. Hace falta ir a la una entre las entidades (crear plataforma?).

Necesidad de encontrarnos y escucharnos de forma multiprofesional. Se argumenta que se ha constatado que el colectivo médico es el que más se mueve (“y el que más carga”) y muchas personas del colectivo médico no ven la necesidad de trabajar juntos.

Necesidad de encontrarnos y escucharnos con la población. La ciudadanía es diversa, no se puede generalizar a “toda” la ciudadanía. Hay que saber que en algunos casos los intereses de la ciudadanía no convergen ni convergerán con los intereses corporativos de profesionales (ej. horarios).

Cabría la posibilidad de sumar a los sindicatos si nos afiliamos, ya que su discurso depende de lo que exigen sus afiliados.

Hacen falta buenos liderazgos, equipos directivos motivados por mejorar la AP. Hace falta que nos mostremos disponibles para liderazgos. Se argumenta que es difícil visibilizarse personalmente por miedo a represalias; es más fácil visibilizarse como colectivo.

Sobre la motivación y las dificultades personales.

No está tan claro que la mayoría de profesionales de AP estén motivados; hay mucha heterogeneidad en la primaria y muchas motivaciones muy diferentes (no hacer domicilios, tener menos pacientes).

La participación en nuestras entidades nos ayuda personalmente, a mantener la motivación, a cuidar la vocación. Cuando "compras el discurso" no vuelve a ser como antes, cambia la mirada. Pero por otra parte hay dificultades de tiempo, conciliación, relación con compañeros, represalias.

De las reflexiones y preguntas previas.

Desmontar el discurso imperante de AP= médicos de atención primaria. La AP sólo se entiende si se tienen en cuenta a todos y cada uno de sus miembros, sanitarios y no sanitarios, desde personal de limpieza a especialistas de medicina y enfermería familiar y comunitaria. La defensa de la AP no se entiende sin tener en cuenta el punto de vista de la población y sin contar con ella.

El sistema de castas de la medicina FyC: ¿sabemos en qué condiciones trabajan el resto de compañerxs? ¿A quién(es) interesa que se mantengan ciertos privilegios?"¿Te ha hecho mejor profesional-persona esto que recuerdas, como para que propongan que lo hagan lxs nuevxs?, cuando en los debates se introduce ese discurso de: "toda mi vida he hecho tardes y ahora que llevo x años con mañanas, no voy a cambiar con lo que me ha costado conseguirlo...", "los viernes tarde no voy a trabajar, ya lo hice muchos años...", "las urgencias que las vea el residente, que le sirve para formarse...". Las inequidades organizativas solo se pueden revertir con reorganizaciones del poder, y eso por consenso es complicado (cuidado con confundir la autoorganización con la violencia del consenso).

Sobrecarga en la urbana vs falta de profesionales en la rural → tendencia a contrataciones ilegales de profesionales no MIR, con todavía más precarización.

Medicina de familia de AP vs atención continuada → la falacia de la equiparación a través de ofertas públicas de empleo (OPEs), cuando en atención continuada las condiciones laborales son peores (no horarios, no pacientes asignados, se cobra menos, si perteneces a un sector o área ni siquiera trabajas en el mismo centro, tardes, festivos, no longitudinalidad...)

además de no pertenecer a los equipos de atención primaria → no posibilidad de ser tutor/a, no posibilidad de acceder a la coordinación (aunque sean las personas que coordinan muchas veces las suplencias). Para la ciudadanía: peor calidad asistencial.

¿Es una OPE la mejor solución para revertir la precariedad laboral y ofrecer una mayor calidad en la atención?

¿Son los objetivos (objetivizados) ligados a incentivos económicos la mejor forma de evaluar una atención de calidad?, ¿Son un sistema equitativo para potenciar el profesionalismo?

Escasa conciencia de clase trabajadora entre los profesionales de AP que conecte con las luchas del resto del equipo de AP y con nuestros pacientes. Solo se movilizan por las condiciones laborales propias /privilegios percibidos como amenazados y como reivindicación fundamental.

- Muchos son los motivos que han causado malestar en los últimos años entre los profesionales que trabajan en AP: económicos, saturación en el número de visitas, falta de reconocimiento social, falta de reconocimiento por parte de los propios directivos, orientación del sistema de salud hospitalocentrista,¿Cuál crees que es la causa más representativa entre los profesionales que trabajan en los Centros de Atención Primaria de la situación de malestar que vivimos actualmente? La falta de tiempo y recursos y su repercusión en nosotros y nuestros pacientes.
 - Sensación de progresiva pérdida de control sobre el propio trabajo e imposiciones “desde arriba” que no se entienden ni comparten. Eso y la sensación de que no hay en el horizonte un cambio de tendencia. Falta de oportunidades laborales para la gente joven que le permitan una proyección vital. Mantenimiento de esta situación hasta los más de 40 años. Pérdida de calidad asistencial vinculada a recortes, incluidos de plantilla y privatizaciones. Mucha burocratización y control gestor. Pocas oposiciones. Multiplicación de las formas de contratación y división de las luchas.
- Respecto a la capacidad para organizarse de los profesionales de AP en relación al malestar que están viviendo, ¿cuál crees que es la mayor dificultad para mantener la cohesión de los movimientos que han surgido en defensa de la AP? Aunar la disparidad de criterios e intereses nuestros.
 - Dificultad para el entendimiento interdisciplinar e intersectorial, déficits en el trabajo en equipo, colaborativo, asambleario

- La organización del centro atendiendo más a los privilegios de ciertos profesionales, las planificaciones basadas en preferencias de práctica de los profesionales (por ejemplo de consultas especializadas dentro del propio centro etc...), que en las necesidades de la comunidad a la que se atiende y considerando las personas que conforman ese equipo.
- ¿Cómo se defiende un SS primarista desde dentro de la consulta de AP (MF, enf, TS)? ¿De qué manera trabajar para defenderla? Trabajando como si el sistema de salud fuera primarista, demostrando lo que sabemos hacer para que la población sea consciente de ello y lo valore
 - Polivalencia y resolutividad para generar valor de cara al paciente; coordinación proactiva con atención hospitalaria para no mantenerse al margen de la asistencia dada en ese nivel; ética de la negativa en la firma de contratos programas de cara a la gerencia para mostrar independencia no solo de la industria sino también de los objetivos que se consideren perversos.
 - Fomento de la pata del sistema de “orientación a la comunidad”, como manera de prestar una mejor atención pero también como forma de dar valor no solo a nuestro trabajo sino a la AP en su conjunto
- ¿Cómo se defiende un SS primarista desde la organización y estructura de los centros de salud? Estableciéndolo como un valor constante
 - Introduciendo a la ciudadanía en la toma de decisiones sobre aspectos organizativos tipo horarios, por ejemplo (esto por lo recientemente ocurrido en Madrid con el pilotaje de horarios).
 - Mejorando el trabajo en equipo. Generar puentes entre luchas.
- ¿Cómo revertir y evitar el burnout de las profesionales? Se revierte con estabilidad en el empleo, recursos, formación y reconocimiento. Si no se tiene, luchando de forma proactiva.
 - Eliminar de las consultas la burocracia innecesaria (por ejemplo, no necesidad de IT por ausencia los tres primeros días del trabajo por cuadros como un catarro o una gripe).
 - Cobertura de las reducciones de jornada (reflexión de por que se producen, si se flexibilizaran los horarios quizás se podrían reducir el número). Cobertura de las bajas de profesionales, de días de formación y vacaciones. Como no podemos hablar de cobertura de ausencias sin hablar de las condiciones de las personas que cubren esos puestos, que hay que caminar hacia el sobredimensionamiento de las plantillas que permita hacer más en tiempos de baja frecuentación y hacer mejor (cubrir) en tiempos de ausencias.

- Generar espacios de reflexión sobre la gestión emocional y vital de nuestro trabajo, pacientes conflictivos, relación dentro de las otras personas del equipo. Que esto esté dentro del horario laboral (no se necesita más de 1 hora a la semana) acompañados por Profesionales
- ¿Cómo movilizar a las residentes en defensa de un SS primarista? ¿Hay que participar en la formación de residentes? ¿Cómo promover el conocimiento sobre las personas referentes en AP, las evidencias sobre la organización de SS que influyen sobre la primaria, la gestión de los cuidados, etc.? (Actualmente la formación de residentes está centrada en lo micro, la resolución de problemas clínicos y la gestión de mi consulta, pero hay una ausencia total de formación sobre lo que pasa más allá de la puerta de la consulta). Lo mismo ocurre en la universidad. Hay que hacerles conscientes de la realidad y de lo que debiera de ser, que atisben en nuestras consultas lo que de verdad es la AP, y crearles expectativas

Mesa 2: La primaria y la sociedad.

Cesca Zapater, activista de [Marea Blanca de Catalunya](#) y miembro del FoCAP y Trini Cuesta, activista del [Col·lectiu d'Entitats SAP Muntanya](#) y del grupo de atención primaria de la [Marea Blanca de Catalunya](#)

Cesca Zapater

Nos hubiera gustado que las dos intervenciones previstas para esta mesa hubieran estado a cargo de activistas de entidades no profesionales sanitarias. Pero razones laborales lo han impedido y asumo parte de la intervención con las limitaciones correspondientes. Intervención que hago desde mi experiencia de participación en la Plataforma pel Dret a la Salut y en Marea Blanca de Catalunya (MBC). Voy a hacer un rápido recorrido, subjetivo y parcial, por la historia para llegar a algunas conclusiones y elementos para el debate.

En 2011 se forma la Plataforma pel Dret a la Salut por diversas entidades y en la que el FoCAP participó desde su inicio. El desencadenante fueron los recortes del año 2011, que en Catalunya fueron los más duros y los primeros en aplicarse de todas las CCAA. Destacar que con anterioridad ya existían algunas entidades muy activas en barrios.

Las luchas tuvieron su punto álgido en 2014, con amplia extensión en todo el territorio. En general, fueron movimientos de rechazo a los recortes presupuestarios y de servicios y a una mayor privatización. Los temas que más centraron el interés fueron los referentes a hospitales: cierre de camas, demoras en servicios de urgencias, listas de espera quirúrgicas, de servicios especializados y pruebas diagnósticas. Los escenarios de lucha más frecuentes fueron las puertas de los centros hospitalarios.

En el campo de la atención primaria (AP) también hubo protestas contra el cierre de servicios de atención continuada, reducción de horarios de los centros y la reducción de plantillas. Hay que destacar acciones que duraron meses en algunos pueblos y barrios, en forma de manifestaciones, encierros en los centros, recogida de firmas... que coincidían con realidades sociales de tradición de lucha y entidades ciudadanas muy consolidadas. Las alianzas con los profesionales, que en general soportamos en silencio los recortes, fueron puntuales y escasas. Las acciones se hacen también en algunos centros de salud.

La protesta fue evolucionando hacia la elaboración de propuestas y hacia la creación de MBC en 2015. En su declaración fundacional se aboga por un nuevo sistema sanitario que rehúya la privatización, la mercantilización y biomedicalización y que garantice el acceso universal a la salud. Además contenía un punto referente a la AP: “Mejorar el sistema asistencial potenciando una Atención Primaria fuerte y reformar la atención hospitalaria,

adecuándola a las necesidades de salud actuales. Su lema es “Por un sistema sanitario público, universal y de calidad”.

A MBC se han adherido unas 70 entidades de diverso tipo: entidades vecinales, grupos de defensa de la sanidad pública, sindicatos, partidos políticos, con diferentes grados de participación e implicación.

Con variable intensidad se fue extendiendo el interés por la AP con el liderazgo de una entidad, la coordinadora de entidades SAP Muntanya, que presentó un Manifiesto en defensa de la Atención Primaria y Comunitaria en el que recogía elementos conceptuales y marcaba un punto de inflexión en las reivindicaciones. Posteriormente, el manifiesto fue asumido por la coordinadora de MBC. Por primera vez aparecían en el lenguaje del movimiento palabras como integralidad, capacidad de resolución, longitudinalidad, trabajo en equipo, atención comunitaria, participación o desmedicalización.

El contacto y el trabajo continuado de MBC con entidades profesionales como FoCAP o Rebelión Atención Primaria han facilitado el desarrollo de un discurso primarista y la confluencia en las luchas, como la protagonizada por Can Vidalet y la firma de manifiestos en defensa de un sistema público de salud con fuerte APS, como el “Enfortim l’AP” (fortalezcamos la AP), por diversas entidades cívicas.

Después de un proceso de debate hubo otro punto de inflexión. Se elaboró el documento “Marea Blanca Catalunya por un sistema sanitario primarista” en el que se profundiza en la naturaleza de los sistemas sanitarios y se hacen propuestas muy desarrolladas sobre qué atención primaria se quiere. Este documento ha sido aceptado también por la Coordinadora estatal de mareas blancas. Desde entonces se asume el lema “Por un sistema sanitario público, universal, de calidad y primarista”. Este documento fue presentado recientemente en el Congreso de los Diputados.

Dando un paso más adelante, hace unos meses lanzamos la Campaña “Donem Vida a l’AP” (Demos vida a la AP) desde tres entidades (MBC, FoCAP y Rebelión Atención Primaria), con materiales impresos y charlas, dando mensajes claros y asequibles para la gente, que identifican las reivindicaciones fundamentales de la AP.

El día de lucha estatal contra las listas de espera de este año tuvo también su contenido primarista. A las reivindicaciones de otros años se añadió que el eje de la sanidad es la AP y que ésta debe gestionar las listas de espera de los hospitales.

Muy recientemente ha tenido lugar una importante movilización por un nuevo CAP (Centro de Atención Primaria) de Raval Nord, en la que han confluído profesionales y vecinos.

Algunas ideas destacadas y para el debate, partiendo de nuestra experiencia, que pueden aplicarse o no al resto de realidades territoriales:

1. Los movimientos parten de un predominio de lo cuantitativo y lo hospitalario: más servicios, más camas, más especialistas, más centros, más intervenciones, sin cuestionar la necesidad o la adecuación de los mismos. En general, la población ha adoptado el discurso dominante del sistema sanitario: en continuo crecimiento, tecnificado y especializado.

2. Aunque de manera no homogénea se ha observado una evolución en el discurso, se habla del contenido de la AP y de sus cualidades. Muchos activistas hablan ya sin tropezar de la longitudinalidad y la reclaman ante las instituciones.

3. Nos encontramos con cierta dificultad para introducir elementos críticos como la medicalización, la sobreactuación, y el sobretratamiento, pero cuando se explica, se entiende. La gente se reconoce fácilmente cuando se habla de relación, confianza, o de globalidad. Las personas con plurimorbilidad aprecian estos valores porque son víctimas de la fragmentación y la mecanización de los hospitales.

4. El trabajo conjunto y continuado de ciudadanos y profesionales permite compartir puntos de vista, comprender necesidades y crecer en un discurso común.

5. Es muy interesante que alguna entidad ciudadana ejerza el papel de liderazgo en el discurso y en las reivindicaciones. Se ha podido hacer un ejercicio de análisis de las situaciones desde el punto de vista primarista, por ejemplo, ante la falta de pediatras.

6. Solo se llega a un sector reducido de la población. Refleja la poca capacidad de respuesta social al deterioro de la sanidad pública, al menos en Cataluña. Todavía ha sido menor la participación de los profesionales, excepto en los días de la huelga.

7. Parece haber un cierto agotamiento y falta de horizonte de las luchas. El discurso primarista puede haber revitalizado el movimiento, sumando nuevas reivindicaciones a las clásicas contra la privatización.

Trini Cuesta, “Soy la portavoz pero hay un trabajo de equipo, sin todos ellos no lo sería”

Participación ciudadana en los Centros de Salud. Primero quiero hacer referencia a la historia de un territorio que conozco muy bien y que tiene una larga tradición en las luchas vecinales para conseguir mejoras en las condiciones de vida de la población y, específicamente, en la defensa de nuestros centros de salud. Nou Barris fue el primer distrito, junto al de Horta

Guinardó donde se constituyeron los Consejos de Salud, en el 2002. Por tanto, estamos hablando de dos décadas de implicación vecinal en la defensa de la AP y la salud comunitaria.

Sin embargo, en los últimos años hemos asistido impotentes a la degradación del sistema sanitario en general y la AP en particular, sin que estos espacios mal llamados de “participación ciudadana” hayan servido mínimamente para evitar o paliar la agresión sufrida por las políticas neoliberales impulsadas desde la Generalitat. Pero ¿qué hacer cuando los valores e intereses de la parte que ostenta oficialmente el poder, la planificación y gestión del Sistema sanitario, no coincide con los intereses de la mayoría de la población y de los profesionales? La participación real es muy difícil de ejercer, por tanto la participación ha derivado en indignación, denuncia, resistencia, protestas por parte de la ciudadanía y profesionales más concienciados.

Cuáles son las limitaciones o dificultades con las que nos encontramos las entidades:

- Falta de conciencia del papel fundamental que juega la AP dentro del sistema sanitario. (Fue en el 2015 que se debatió y surgió de un taller)
- Sobrevaloración del hospital-centrismo.
- Falta de formación para entender el complejo modelo relacional de la sanidad catalana, provisión, gestión, etc.
- La dificultad de las entidades para acceder a espacios de debate y reflexión.
- La transmisión de información ha venido básicamente a través de los estamentos institucionales, equipos directivos, gerentes, etc.
- La implicación de las entidades en otras luchas y reivindicaciones del territorio, por ejemplo: urbanismo, contaminación, desahucios, etc. debilitan y dispersan la capacidad de organización. En Nou Barris el número desahucios es muy elevado, quizá uno de los barrios con más desahucios de Barcelona, y precisa mucha energía de los movimientos.

Observaciones respecto a la relación con los profesionales:

- Un grado muy importante de corporativismo que tradicionalmente ha marcado distancias con la ciudadanía organizada.
- Falta de compromiso de profesionales, sindicatos, colegios profesionales, etc. en la defensa de la AP.
- Relegar al papel de “paciente-usuario/a” a los grupos activistas que trabajan en los territorios y no entender el activismo de las entidades como posibles aliados.

- No reconocer la capacidad de presión e influencia que en momentos determinados puede ejercer el tejido asociativo.

Sin embargo, en los dos últimos años hemos sido capaces de abrir un horizonte que nos ha permitido encontrar espacios de confluencia con profesionales, hemos podido sumergirnos en la reflexión y el debate. Se han elaborado documentos que han marcado el rumbo en la defensa de un sistema nacional de salud primarista. Hemos avanzado mucho en la teoría y en la práctica para defender el modelo que permite dar una mejor calidad asistencial a la población.

Es imprescindible seguir por este camino que hemos emprendido, el debate, la reflexión, las estrategias, las complicidades, la organización y la acción. Ésta es la primera línea de participación. La segunda, la institucional, como los Consejos Participativos en los CAPs, ha de ser un objetivo siempre y cuando tengamos preparación y capacidad de incidir en las decisiones y forzar si cabe, consensos vinculantes. De lo contrario, puede convertirse en más de lo mismo. La participación no puede venir nunca de arriba abajo, eso ya lo hemos aprendido.

Tiempo de debate:

Destacamos la primera intervención que era una experiencia concreta y puede aportar una mirada más a esta mesa.

Laura, médica jubilada: En el CAP Rocafonda de Mataró que está en un barrio con mucha emigración y culturas sanitarias diversas, hace 5 años echan a dos médicos interinos y la población se encerró en el CAP. Se logró una mesa que se reunía mensualmente: una la llamaron triangular donde participaban las organizaciones sociales y otra participativa donde estaban los directivos. Nunca consiguieron más dinero ni más profesionales (actualmente hay 11 médicos de los que 6 están de baja maternal y gripe) pero valoran otros logros:

1. Han conseguido la integración en el barrio
2. Han colaborado los 5 años y han participado en las AAVV, en charlas educativas sanitarias para las diferentes culturas sanitarias.
3. Han conseguido la participación de los vecinos, de la policía, de las farmacias y otros agentes sociales.
4. Están intentando canalizar y tratar a los jóvenes consumidores de drogas.
5. Aumentando la cultura sanitaria del ciudadano han disminuido la hiperfrecuentación que era un problema que tenían.

Intervenciones que plantean algunos problemas de los profesionales:

En algunos CAPs la comunitaria no está concebida para que la población decida sino que desde el CAP se impone su "comunitaria".

Se formula la pregunta de cómo conseguir ser proactivos entre los profesionales y como conectar con la ciudadanía. Marea Blanca Málaga la forman muchos profesionales y la participación ciudadana es muy pequeña.

Es necesario conocer la precariedad de los profesionales que nos atienden y evitar la confrontación con ellos.

Intervenciones que plantean mantener la relación con el sistema público:

En el 2002 el consejo de salud era un espacio muy interesante para mantener contacto con las instituciones públicas (CAPs, hospitales, etc.) en Barcelona. Pero desde los recortes ya no servía a las necesidades de los barrios, que asistían a su degradación con rabia e impotencia. Hay que buscar otros espacios de empoderamiento.

Algunos problemas y circunstancias actuales:

Ante el cierre de servicios como el de oncología infantil de Sabadell, que tratan 9 casos nuevos al año, no se debe pedir mantener servicios porque no pueden ofrecer la mejor asistencia ni son eficientes. Tampoco hay que centrarse en pedir más pediatras cuando no los hay, sino reclamar atención a la población infantil con criterios de proximidad, accesibilidad y longitudinalidad.

Los ciudadanos pedían más sanidad pública. Ahora no es suficiente, la sanidad pública puede convertirse en privatizadora de forma encubierta. En el sistema sanitario público y primarista, que son dos de las patas donde se asientan los movimientos, falta introducir una tercera pata, la no medicalización. Es necesario cambiar el paradigma de cuanto más mejor, oponerse a más análisis, más pruebas, etc.

Sociedad:

Se explica la experiencia de Caldes de Monbui; un grupo de personas se encerró en el Punto de Atención Continuada durante 2 meses a raíz de anunciarse su cierre. La complicidad que se creó entre los usuarios y algunos profesionales ha sido muy importante y transformadora porque ha permitido ponerse en el otro lado de la silla.

La gente no puede reivindicar lo que no conoce. Les hemos de exponer lo que somos capaces de hacer desde AP. Deberíamos explicar y definir qué es AP y qué debería ser. Hay que hacer pedagogía, pedagogía y pedagogía. Después además organizarnos. Que el FoCAP haya ido a los barrios, a marea, etc., ha sido muy importante.

Es importante relacionarse con los sindicatos y partidos, no los despreciemos o desechemos del grupo. Hay una necesidad de mantener relación con la ciudadanía y todas sus formas organizativas.

Es difícil introducir este discurso de sistema sanitario público y primarista en la población con condiciones socioeconómicas precarias, hay que animar a los barrios a crear comisiones de salud, acompañarlos, etc. Hay que actuar como una gota malaya. Hay que saber qué queremos y como lo queremos, hacer un bloque cohesionado entre los vecinos. No es fácil. Los usuarios son protagonistas de su historia. Han de defender sus centros de salud. No son los propietarios del sistema, pero también.

¿Cómo empezar? En función del territorio. En cada lugar hay que transmitir que necesitan a los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc. Y trabajar para crear confluencias entre ellos y los vecinos. Donde no llegan los profesionales pueden llegar los usuarios.

De las reflexiones y preguntas previas.

- ¿Cómo explicar la AP a la población? ¿Cómo construir confianza en la AP? En las consultas, siendo médicos de familia de verdad. Creando foros y lugares de encuentro donde hablar sobre ello. Recuperar los valores-principios de la Atención Primaria. Incluir “nuevos” valores de las teorías feministas.
- ¿Cómo hacer accesible la información (los datos objetivos) a la población general? (Ej cómo traducir el blog de J. Simó a lenguaje común para generar un titular cada semana). Simplificando los mensajes, repitiéndolos y usando todo encuentro físico o virtual para difundirlos.
- La participación de la ciudadanía: favorecer la participación y la exigencia de eficiencia, sabiendo que los recursos son limitados y no infinitos.

Mesa 3: La primaria y la cultura neoliberal y posmoderna.

Abel Novoa, médico de familia, coordinador del [Grupo de Trabajo de Bioética de la semFYC](#) y presidente de la [Plataforma No Gracias](#)

El conocimiento hiperespecializado, demandado por la población, rápidamente cambiante, es una amenaza para la AP, para la sostenibilidad económica y para la seguridad del paciente. El conocimiento en AP es complejo, pero la AP tiene que ser capaz de abordar esta complejidad. Por tanto, es importante conocer cómo se produce el conocimiento y como avanza (epistemología), para “no morir en la ola de la evidencia”.

Estamos en una crisis generalizada en el gobierno epistémico de la ciencia y sobretodo en la gestión del conocimiento en biomedicina. No es una crisis de la ciencia, sino del conocimiento que producimos. El 85% de los recursos dedicados a investigación no producen conocimiento relevante (Chalmers y Glasziou). Hay que pinchar la burbuja biomédica que solo revierte en las compañías farmacéuticas y no mejora la salud de la población.

Causas de esta situación:

- 1) Económica. A partir de los años 80 se creyó que el mercado sería el regulador del conocimiento, se introdujo el capital en los mecanismos de producción del conocimiento (revolución tecnocientífica), pero la metodología científica es maleable y no puede estar sometida a los procesos del mercado.
- 2) Contexto de investigación: publicar o morir, incentivos para generar currículum, dinámicas de competencia, exigencia de una determinada forma de publicar, etc
- 3) Institucional. Incapacidad del gobierno e instituciones de velar por ciencia ética. El marketing se sofisticó, la manipulación del conocimiento y su difusión, los conflictos de interés, el deterioro de la institución médica, MBE, revistas, etc.
- 4) Razones epistémicas. Paradigma reduccionista de la ciencia moderna. La hiperespecialización es más fácilmente mercantilizada.

¿Qué podemos hacer?

- Desarme político. Cualquier discurso de este tipo se le acusa de poco científico. Como ponemos límites a la interferencia del mercado en el conocimiento?
- Ciencia postnormal. Para reducir la incertidumbre no podemos usar los instrumentos que usamos ahora, ya que las decisiones que asumimos en base al conocimiento científico tienen un impacto que no podemos prever (Funtowicz and Ravetz). Hay tres momentos de máximo riesgo y máxima incertidumbre: 1) la creación de “verdades” (para mejorar las evidencias: participación, sistemas de gobierno de las instituciones, reducción de conflictos de interés); 2) la aplicación de las evidencias

adquiridas en una población al individuo (hay instrumentos de juicio clínico como la medicina reflexiva); 3) las decisiones en salud pública y dónde invertimos el dinero (la incertidumbre se reduce mediante la participación ya que la ciudadanía también tiene un conocimiento experto, p ejemplo, los tribunales ciudadanos que toman decisiones jurídicamente válidas).

- Pseudociencia es una práctica que ignora u oculta las incertidumbres. La MBE también.
- Mapa de la medicina crítica: trabajar como mejoramos el juicio clínico (especialmente importante para la AP).

Conclusiones. La crisis de la ciencia, sobretodo biomédica tiene consecuencias muy dañinas para la sociedad y la medicina. La AP debe liderar este nuevo movimiento, modular este conocimiento hiperespecializado que nos llega, y conceptualizar y dar valor a nuestro propio conocimiento.

La revolución es el freno de emergencia. W. Benjamin.

Tiempo de debate

La ciencia es una metodología quanti y quali, no está en crisis, hay que seguir apoyando la ciencia, el problema es el contexto en el que se produce el conocimiento. Sorprende que lo sigan llamando crisis más que negocio, sino estafa.

La epistemología feminista tiene mucho a aportar, genera disonancias y critica la separación conocimiento ("verdad") - valor (relevancia). Dejar de hacer lo que no vale para nada. Hay temas de interés no biomédico.

La biomedicina es un puzzle difícil de leer. Hay una relación vertical de poder: tener conocimiento concreto, valor simbólico de estar en poder del conocimiento. Esta relación se puede romper a través de la traducción. Buscar traductores (blogs que sintetizan la evidencia, comunitaria, etc.). La AP tiene un papel fuera del centro de salud, traducir a la población ese conocimiento, y también entre atención especializada (AE) y AP.

Las médicas/enfermeras de familia intuimos las debilidades del conocimiento biomédico más que los especialistas, pero nunca nos han hablado en la universidad ni en la residencia de esto. No hemos conceptualizado las debilidades de las guías, del conocimiento que estamos aplicando a la población.

Dificultad de dedicar tiempo a la propia evaluación de lo que hacemos en AP. Condicionantes derivados de la precariedad actual. La investigación no puede

dependen del buenismo, sino de cómo sellamos la investigación centrada en las preguntas relevantes para la salud de la población (elegidas por la ciudadanía).

¿Qué puede hacer la AP frente al liderazgo del conocimiento hiperespecializado?

- Reivindicar un papel fundamental de seguimiento de patologías crónicas (pacientes con patología oncológica larga supervivencia, VIH+, etc.) que actualmente llevan en el hospital. LA AP es más accesible para resolver las dudas en relación a la vida, el trabajo y la enfermedad. Profundizar en este conocimiento. Explicar en qué consiste nuestro conocimiento, defenderlo ante el paciente y la población. Considerar nuestro conocimiento como algo consubstancial y diferente del (híper)especializado.
- ¿Qué hacemos con las novedades constantes, etc.? Hacer participar al paciente. En todo tipo de intervenciones, los pacientes son más prudentes. Las GPC son paternalistas. P.ej. ¿Cuál es el beneficio de tratar con anticoagulantes a una persona con chadvasc2? ¿Después de tratar a mil pacientes cuantos ictus evitamos? 6. Que a mí me parezca indicado, no es condición sine qua non para anticoagular, es el paciente quien decide el riesgo que quiere asumir, a través del NNT.

Sobre la participación de la población.

Preocupación porque la población se mueve por cosas que a los profesionales no nos casan. P. Ej. Asociación de diabéticos reclamando técnicos dispositivos para la DM, que es una pérdida de tiempo ir al médico de familia. Habla de que la industria ha llegado más rápido a los pacientes que nosotros.

La participación es un proceso complejo, de cara a pensar en la investigación. Mejor usar población que ciudadanía. Retornaran al discurso hegemónico, por lo que tiene que estar moderado de alguna manera para que la gente que hable en estos espacios de participación. Participación emotiva, predisposición al cambio de las Instituciones (conservadoras o dispuestas al cambio), poblaciones con discursos débiles o fuertes, diferentes estrategias porque siempre van a quedar personas que se queden fuera. Quizás vale más poner la oreja sobre lo que dice la gente que está condicionando su salud y de la investigación que quiere que hagamos.

Desde la ciudadanía se cuestiona que la investigación no estudie las causas que producen actualmente enfermedad (ej asociadas al cambio climático, que constituye un reto de futuro para todos). Queja de que el conocimiento está siempre en un mismo lugar, la información, el conocimiento, no baja a la gente. Necesidad de conectar espacios de conocimiento y pensar cómo lo trasladamos a la población.

Es un reto para la democracia cómo incorporar a la población. Quien tiene que liderar el reto son los profesionales de AP. Es parte de nuestro “core”.

De las reflexiones y preguntas previas.

- La prevención cuaternaria es un concepto contraintuitivo.
- ¿Cómo hablar de la AP en la sociedad de la inmediatez, el consumo? ¿Existe relación entre esto y el incremento del uso de servicios privados y de agresiones a profesionales? ¿Existe un desequilibrio entre expectativas creadas y recursos destinados a la Atención Primaria?
<https://colectivosilesia.net/2018/12/12/la-trampa-de-la-accesibilidad/>
- ¿Cómo contribuir a crear comunidad?
- ¿Cómo introducir el debate sobre los cuidados? Todos los días en la consulta y en los domicilios, transmitiendo lo que de verdad es rentable para la salud y siendo siempre coherentes en nuestras prescripciones. Difundiendo, apoyando, colaborando en iniciativas que ya se están desarrollando: #LosCuidados, Cuidando la comunidad, The Lancet Feminista...y otras que desarrollan en los diferentes barrios y pueblos en los que trabajamos.

Mesa 4: La primaria y los medios de comunicación.

Lucía Delgado, portavoz de la [Plataforma de Afectados por la Hipoteca \(PAH\)](#), miembro del [Observatori DESC](#)

Los canales de comunicación:

¿Cuál utilizamos? ¿Sirven todos para lo mismo? Dependerá de si queremos denunciar, informar, movilizar la población,...

El mensaje debe ser comprensible para todos, siempre. El lenguaje técnico hay que hacerlo comprensible, significar las palabras y humanizarlas. Por ejemplo la PAH empezó a utilizar la dación en pago y hubo que explicar lo que significaba. Y humanizar, ¿cómo se humaniza la palabra desahucio? Pues vinculándola a las experiencias de las personas que están relacionadas con ella; poner números y además explicar qué pasa y a quien le pasa.

Herramientas para ser más visibles:

Se puede utilizar la desobediencia civil, se pueden dar charlas, se pueden convocar ruedas de prensa, se puede ocupar (una oficina bancaria), se pueden recoger firmas para cambiar la ley para evitar desahucios o cortes de suministros (luz, agua,..)

Las nuevas tecnologías nos permiten generar un espacio colectivo donde volcar la información y conseguir objetivos marcados.

En relación a la Atención Primaria podemos preguntarnos:

- ✓ ¿Por qué creemos que no se da a conocer la AP?
- ✓ ¿Por qué se habla de defenderla? ¿de quién, contra quién?
- ✓ ¿Cómo la imaginamos? ¿Cómo queremos que sea?
- ✓ ¿Cómo utilizamos los medios de comunicación?
- ✓ ¿Hay presupuesto para hacer estas cosas? Tiempo y dinero.
- ✓ ¿El trabajo de AP es política?
- ✓

Tiempo de debate:

¿Cómo ha conseguido la PAH implicar a los sectores sociales más excluidos y con más riesgo?

Las personas que llegan a una asamblea son las que tienen un problema con su vivienda: se les asesora colectivamente y se visualiza que el problema es global. Se genera una cadena de solidaridad en que las personas que han sufrido la misma situación aportan información a los recién llegados. Quizás los profesionales de AP deberíamos tener un papel como lo tiene la PAH: traducir

el lenguaje de los sistemas sanitarios a los usuarios y utilizar todas las herramientas comunicativas que tengamos a nuestro alcance.

¿Cómo podemos sumar y aunar las reivindicaciones?

Porque todo está relacionado. Se constata que las personas que van a ser desahuciadas o tienen cortes de los suministros, especialmente los energéticos, tienen importantes problemas de salud. Hay un trabajo de photovoice que recoge cómo afecta a la salud no tener calefacción, no tener casa....

Experiencias y relación con los medios de comunicación:

En la huelga de atención primaria en Catalunya del pasado mes de noviembre 2018 sólo se hablaba de médicos, cuando estaban en huelga todos los estamentos de la AP. Reiteradamente se contactó para que corrigieran la información, pero no fue así. Los medios de comunicación desinforman y tergiversan. Una propuesta es hacer un comunicado de prensa para que la publiquen con información veraz.

En AP deberíamos saber dónde estamos para saber qué vamos a comunicar per ejemplo “qué es la AP, qué no es la AP”

Tenemos dificultades para tener presencia cotidiana en los medios de comunicación. Los grandes hospitales tienen gabinetes de comunicación enormes y en la AP son muy pequeños y su finalidad no es poner en valor la AP. Si hay noticias sobre salud nunca están relacionadas con la AP; si se habla de la gripe no convocan a un profesional de AP que es quien visita mayoritariamente. Si se convoca una rueda de prensa no acuden los periodistas.

LA PAH ahora no está de moda y para estar en los medios de comunicación hace falta “montar algo gordo”. Los medios no son grandes o pequeños. Los medios pequeños llegan también a muchas personas; lo que interesa es que el mensaje llegue, explicando y repitiendo muchas veces un mensaje es cuando cala. No hay que enfadarse si las personas no conocen los conceptos: hay que explicarlo cada vez, es un trabajo de fondo para ir avanzando y también obtener pequeñas victorias.

Es importante que las personas no hablen a título individual: que se sepa que se da voz a un colectivo. La PAH es asamblearia: la portavoz transmite lo acordado en el espacio político de trabajo. Es importante que las portavoces conecten, que tengan formación, tiempo y quieran asumir esta responsabilidad. Tienen que ser muy pocas las elegidas para relacionarse con los medios puesto que son las que van a dar la información y serán las que los medios llamen para relacionarse.

En la PAH una persona pone la voz y la cara pero detrás siempre hay un equipo que son los que hacen el relato, se consensua el relato y lo que se va a transmitir. Es muy importante hacer pedagogía: ¿por qué hemos llegado a esta situación? Y llevar datos.

La AP está desprestigiada y la población desconoce su importancia, además la especialidad de medicina de familia y comunitaria tiene muy poca presencia en las universidades. Los profesionales no están prestigiados como especialistas y en ocasiones se deja “entrar” a profesionales sin especialidad aunque también algunos se reivindicán como mucho más que un especialista. Hay que explicar la potencialidad de la AP por su longitudinalidad y conocimiento del entorno. Deberíamos ver cómo nos situamos dentro del sistema: si sólo nos defendemos o si estamos transformándolo. Deberíamos ser el centro del sistema basado en los pacientes. Deberíamos arrebatár el poder que se ha trasladado a lo biomédico, lo hospitalario y lo económico. El ser humano no cede el poder voluntariamente: hay que arrebatárselo.

De las reflexiones y preguntas previas.

- En la época de los relatos “fabricados”, ¿cómo construir intencionalmente un relato que contribuya a evolucionar el imaginario colectivo hacia un objetivo primarista?: reconocer las fortalezas de la primaria, valorarla, combatir la medicalización y la mercantilización de la salud.
- ¿Cómo hablar de los límites? Límite a la medicalización, recursos limitados, límite al tratamiento al final de la vida...
- ¿Cómo construir un relato de empoderamiento colectivo, construcción de comunidad, también en salud y cuidados, impulsar iniciativas desde la población...?
- ¿Cómo construir el relato desde los medios de comunicación, desde las redes sociales, desde la publicidad, desde los CAPS (blogs, anuncios, videos de la sala de espera...)? Habría que conseguir que los interlocutores para todos los temas de salud sean los profesionales de la AP, y no otros especialistas.
- Crear un listado de personas de contacto de los diferentes medios de comunicación y ser proactivas --> ofrecer noticias de ámbito primarista

Mesa 5: La primaria y las administraciones.

Gemma Tarafa, comisionada de salud del Ajuntament de Barcelona

La intervención de Gemma Tarafa y el debate posterior ha girado en torno a varios ejes:

- a) La necesidad de establecer **sinergias entre Instituciones y entidades** para promover cambios e instaurar soluciones, ya que la presión bilateral entre una institución y una entidad resulta poco operativa para generar movimiento. Por otra parte, hay nudos muy difíciles de resolver por la correlación de fuerzas políticas e institucionales, que requieren valentía para tomar decisiones. Por separado (instituciones y entidades) no vamos a construir nada.

En el caso de la ciudad de Barcelona hay que tener en cuenta que el ayuntamiento tiene más competencias en salud que otros ayuntamientos, ya que forma parte del Consorci Sanitari de Barcelona. Hay que aprovechar los espacios mixtos de toma de decisiones, en los cuales el CatSalut no es el único interlocutor, ya que ofrecen más posibilidades de intervención. Por este motivo también es necesario abrir los espacios de toma de decisiones para que el CatSalut no sea el único interlocutor con capacidad de hacer cambios.

- b) ¿Cuáles son las dificultades de las entidades para ser reconocidas como interlocutor válido por las administraciones? Por un lado, la falta de poder que tradicionalmente se nos atribuye a las profesionales y a las entidades de AP, y que en ocasiones nosotras mismas interiorizamos (cómo nos posicionamos delante de las administraciones, de la atención secundaria, etc), perpetuando esa falta de poder. Por otro lado, la falta de uso del poder que pudieran tener nuestras organizaciones.

Por tanto las entidades debemos proponernos activamente sin esperar a que nos llamen, para **participar en los ámbitos de decisión** (administración local, partidos políticos, instituciones sanitarias), **ejercer como lobby**, demostrar nuestro poder social y no desfallecer si no hay resultados inmediatos. “Las políticas oyen, pero alguna vez también escuchan”. También las profesionales primaristas debemos entrar en los espacios de toma de decisiones, para pluralizar la mirada.

- c) Hay que **ejercer más presión social**, ya que las instituciones necesitan de los movimientos sociales y del apoyo ciudadano para tomar decisiones valientes. A pesar de que es obligación de las instituciones analizar los problemas y proponer soluciones, sin que la priorización de los problemas haya de depender únicamente de la presión social, los movimientos sociales no podemos eludir la responsabilidad. Hay espacios

de toma de decisiones a los que no llega suficiente presión social. En estos espacios, para conseguir llevar a cabo cambios de calado es fundamental un empuje social mantenido (“ruido” en la calle). Hay que ocupar los espacios de presión, ya que si no los ocupamos nosotros los ocuparán otros con intereses opuestos. La presión más notoria ha sido la de la huelga de noviembre de 2018. (P ej. la medida de que el 30% de las nuevas viviendas sea protegido se ha conseguido por una presión en la calle de largo recorrido).

¿Cómo encontrar formas sostenibles de mantener la presión? Para ello hay que agrandar la base (de activistas, profesionales y usuarias) para que la presión llegue a las instituciones de forma constante y audible. Tengamos presente nuestra fortaleza: somos muchas profesionales, casi un "ejército". El reto está en cómo potenciar ese hecho. La TV pública puede y debe ser un altavoz de los movimientos sociales

- d) Hay cambios necesarios para defender la AP que son de gran calado y que no tienen la implantación suficiente en el pensamiento de población y de agentes políticos. Por ello es necesario que las entidades **hagamos continuamente pedagogía, generemos contenido** para que quien forma parte de las instituciones lo utilice y transmita en otros espacios. Hace falta deconstruir cosas antes de poner el centro en un nuevo modelo de AP; hay que decir claras ciertas cosas, y no sólo por parte de profesionales, (por ejemplo, que para poner la AP en el centro del sistema sanitario hay que quitar presupuesto hospitalario) para que se puedan tomar decisiones políticas valientes.

Mesa 6: La primaria y la secundaria.

Joan Gené, médico de familia

Mejorar la relación entre la atención primaria (AP) y la atención secundaria (AS) ha sido un aspecto central de los procesos de reforma. Catalunya ha experimentado un avance de la AP en muchos aspectos paralelo al del Reino Unido, con la diferencia que los británicos han hecho esfuerzos para utilizar la visión de la AP para racionalizar la AS. En nuestro país, en cambio, la AP siempre ha estado supeditada a la AS.

Hay poca evidencia sobre la mejor forma de fijar la relación entre AP y AS. La revisión sistemática sobre el *gatekeeping* muestra que éste tiene efectos sobre la actividad y los costes, pero desconocemos como afecta a la salud (1). En nuestro entorno se confirman los beneficios de la continuidad asistencial tanto por la AP como por la AS, aunque en nuestro sistema, debido al modelo organizativo, ésta se produce básicamente en la AP y muy poco en la AS (2).

Los proyectos innovadores en AP se caracterizan por establecer vínculos fuertes entre los diferentes actores, ofrecer una atención proactiva, desarrollar nuevas competencias profesionales, usar las nuevas tecnologías, hacer una gestión de un ámbito más amplio que el del equipo de AP y favorecer la colaboración entre los diferentes actores asistenciales.

El proyecto de innovación Enapisc incorpora algunas de estas perspectivas, sin entrar en definir claramente cuál ha de ser la relación entre AP y AS. Se limita a promover que los diferentes proveedores fijen “pactos territoriales” para la ordenación de los servicios en el territorio. A mi entender, es una propuesta inocente ya que este pacto difícilmente se producirá en beneficio del paciente, ya que no participa y por la asimetría de poder que existe entre los diferentes proveedores que participan. Como decía Al Capone “se pacta mejor con una pistola sobre la mesa”.

Entendiendo que la coordinación de los proveedores del territorio en beneficio del paciente es fruto del equilibrio de poder entre los diferentes actores, finalizo la exposición con un análisis de estas fuerzas para poder identificar aliados que ayuden a revertir el modelo hospitalocéntrico que tenemos en nuestra casa.

Bibliografía

1.- Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literatura.Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2011; 29: 28-38

2.- Waibel S, VargasI, Coderch J, Vázquez ML. Relational continuity with primary and secondary care doctors: a qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. BMC Health Services Research (2018) 18:257

Del tiempo de debate.

- Las derivaciones que no son desde AP afectan la continuidad de la atención y minan la centralidad de la AP: derivaciones entre la AS (en Andalucía desde hace 10 años que solo el 45% de las visitas de CCEE hospitalarias vienen de AP); también existen “interconsultas inducidas” que son derivaciones desde la AP a la AS inducidas desde la propia AS. Es difícil el equilibrio entre el papel de agente del MF y no burocratizar la vida del paciente. Por otra parte, eliminar las derivaciones que no son desde AP genera rechazo en profesionales de AP por la percepción de mayor carga de trabajo y porque genera inseguridad y extrañamiento acompañar al paciente en procesos más largos (experiencia de Madrid).
- La evidencia sobre derivaciones es siempre unilateral, se estudian las derivaciones de AP a AS, pero no las devoluciones de AS a AP,. Tampoco ese estudia la AS desde el punto de vista de la seguridad del paciente ni del sobretratamiento. Los estudios a corto plazo (con rédito electoral o de gestión) benefician a la AS; los beneficios de la AP necesitan estudios a medio plazo que no se realizan, pero los buenos resultados en salud son en gran parte por la AP.
- Las urgencias se están convirtiendo en la puerta de entrada al hospital, lo que es un problema porque no gestionan la incertidumbre. Además las urgencias están al servicio de los servicios hospitalarios que son quienes deciden qué pacientes se ingresan.
- A nivel de gestión: hay que hacer visibles los conflictos de poder en la relación con la AS, mediante la queja efectiva sistemática; buscar estrategias que visibilicen la AP (poner el nombre el MF/enf en los informes, etc).
- A nivel de profesionales, compartir objetivos, conocerse mutuamente para aumentar el respeto mutuo (nombrarse por el nombre, visibilizar el trabajo de AP en los informes y las notas clínicas, etc...). Hacen falta tiempos para coordinarnos, que faciliten un contacto directo real.

- Algunos temas para abordar en un futuro:
 - AP es todos los Servicios que se hacen en la comunidad, pero ahora el hospital también está ocupando la comunidad.
 - La atención virtual (beneficios, perjuicios, evidencias, responsabilidades)
 - Las listas de espera que colapsan la AP.

Conclusiones

¿Y ahora qué? ¿Cómo seguir alimentando una conflictividad necesaria para revertir la agonía de la atención primaria?

¿Qué podemos hacer como médicas en la consulta?

1. Ética de la negativa y denuncia de las situaciones concretas que van en contra de los valores de la AP: negarse a medidas que vayan contra la longitudinalidad, eliminar la burocracia de la consulta, solicitar al Comité de Ética Asistencial la valoración de los conflictos éticos, solicitar la valoración de los riesgos psicosociales de nuestro trabajo.
2. Buscar o crear espacios comunes para encontrarnos con los diferentes miembros del equipo de AP, implicar al resto de profesionales.
3. Buscar o crear espacios comunes con la población, involucrarnos en el tejido asociativo del barrio donde trabajamos.
4. Exigir tiempo para el paciente y buscar tiempos específicos en horario laboral para aquellas cosas que no podemos hacer habitualmente (investigación, comunitaria, etc.)
5. Disfrutar a pesar de todo.

¿Qué podemos hacer como asociación?

1. Tejer todas las alianzas posibles y **coordinarnos con las otras entidades** para compartir experiencias, recursos humanos i materiales, aprovechando las habilidades de cada colectivo. Acciones concretas:
 - a. Red de correos electrónicos.
 - b. Plataforma o alianza que sirva de paraguas donde estemos todos para amplificar las cosas que hace cada colectivo y hacer proyectos concretos. (Aunque organizarse ya es un trabajo en sí mismo)
 - c. **Colectivizar las evidencias** sobre los beneficios de la AP entre nosotras, generando base de datos y documentos comunes, también en lenguaje accesible a la población (grupo de google para ir recogiendo los documentos)
 - d. Pensar cuánto dinero estamos dispuestos a gastarnos en esto. Encargar estudios, contratar a quién sea para que se hagan trabajos, etc.

2. **Definir qué modelo de AP queremos** (ideario). Generar discurso conjunto en torno a temas fuerza con metodologías adecuadas que permitan la reflexión, pero también la concreción. Traducir el modelo a medidas concretas (propositivas) para poder comunicarlo y difundirlo en nuestro entorno, en las instituciones, en las redes sociales, en los programas electorales y grupos políticos.
3. **Ampliar la base** asociativa multiprofesional y sumar activistas entre profesionales y ciudadanía. Hacer una búsqueda activa de contactos entre personas de diversos ámbitos (cultura, ecología, política, economía, universidad, activistas sociales...) con ideas parecidas. Hablar de la AP en todos los entornos posibles, y crear foros específicos para ello.
4. Realizar un **plan/estrategia de comunicación**: redes sociales, video, post, podcast. Hacer pedagogía, atraer diferentes interlocutores, generar sensación de masa crítica... Trabajar en base a documentos-eventos-jornadas-movilizaciones concretas.
5. **Participar de los ámbitos de decisión** de forma proactiva, sin esperar a que nos pregunten, utilizando los contactos que tengamos a mano, mandándoles nuestros documentos y publicaciones. Demostrando nuestro poder, mediante la acción constante. Sólo así nos iremos constituyendo en interlocutoras reconocidas.
6. **Contar con la población**. Información y participación mutua.