

**SEMINARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA, SIAP, Nº 39
(CON SU SESIÓN “SATÉLITE”, Nº 11)**

VALENCIA 8 y 9 DE FEBRERO DE 2019

"Prevención en salud. Entre la eficacia y la arrogancia"

ACTIVIDAD LIBRE DE HUMOS INDUSTRIALES

INSCRIPCIÓN GRATUITA

En las Redes #SiapValencia

- 1.- Contenido del Seminario: prevención en salud; excesos y defectos; no siempre es mejor prevenir que curar
- 2.- Dinámica de los Seminarios
- 3.- Programa y organización. Ponentes y ponencias.
- 4.- Inscripción (la inscripción está abierta desde el 1 de noviembre de 2018 y se cerrará el 9 de enero de 2019. Es ideal inscribirse cuanto antes mejor, siempre que se pueda antes del 1 de diciembre de 2018, para seguir el debate virtual que comenzará en dicha fecha
- 5.- Casos-situaciones de la sesión Satélite (los ponentes, voluntarios, tiene que ser estudiantes/residentes)
- 6- Becas para estudiantes de fuera de Valencia
- 7.- Idiomas
- 8.- “Bebés/infancia a bordo”
- 9.- Ejemplos para elaborar el relato vital. Relatos vitales de algunos organizadores y ponentes

1.- CONTENIDO DEL SEMINARIO: PREVENCIÓN EN SALUD; EXCESOS Y DEFECTOS; NO SIEMPRE ES MEJOR PREVENIR QUE CURAR

Son actividades sanitarias preventivas las que tratan de evitar daños futuros mediante intervenciones médicas específicas generalmente en sanos, o aparentemente sanos; se pueden emplear medicamentos, cirugía, técnicas de imagen, consejos, etc. Hay actividades preventivas muy eficientes, como la vacunación contra el sarampión, la poliomielitis y la fiebre amarilla o el consejo a fumadores en la consulta médica y de enfermería contra el tabaco. Otras actividades preventivas tienen menor valor y algunas son directamente perjudiciales; por ejemplo, el cribado de cáncer de tiroides o el consejo para la auto-exploración de mamas ¹.

Las actividades preventivas intentan impedir males y costes mayores en el futuro mediante intervenciones que producen inconvenientes y costes menores en el presente. La propuesta de evitar grandes y costosos daños futuros es tan atractiva y prometedora que adquiere fuerza profesional y social que termina cegando el buen juicio y la prudencia de forma que la prevención tiene un aura que deslumbra y se tiende a ignorar daños y costes². Así, se repite con cierta mezcla de ignorancia y de arrogancia que “es mejor prevenir que curar”, pero ello sólo es cierto cuando prevenir conlleve menos daños que curar, lo que no siempre sucede³. Si empleamos pruebas diagnósticas y fármacos con fines preventivos conviene la prudencia pues en ocasiones podemos hacer más daño que aportar beneficio. Existen múltiples ejemplos, como el tratamiento con estatinas en prevención primaria en la ancianidad ⁴, o pacientes en la menopausia sometidas a densitometrías y pruebas radiológicas innecesarias, que irónicamente acaban teniendo fracturas por tratamiento con bifosfonatos ⁵.

Sirva de análisis el necesario uso de la cesárea cuando durante el parto vaginal se presenta sufrimiento fetal, para evitar males mayores. El problema es la definición de

1 Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years, 2011.

2 Prevención: 10 principios en prevención, 10 (1). y (2).
<https://www.actasanitaria.com/prevencion-10-principios-en-prevencion-10-1/>
<https://www.actasanitaria.com/prevencion-10-principios-en-prevencion-10/>

3 Is clinical prevention better than cure? <http://equipocesca.org/is-clinical-prevention-better-than-cure/>

4 Huesch, M. Association of baseline statin use among older adults without clinical cardiovascular disease in the SPRINT trial. Research letter. JAMA, 2018.
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2669904>

5 Erviti J, et al. Oral bisphosphonates are associated with increased risk of subtrochanteric and diaphyseal fractures in elderly women: a nested case-control study. BMJ, 2012.
<https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e002091>

“sufrimiento fetal”, que depende en mucho de la forma de atención al parto, sobre todo de la monitorización fetal de rutina. Con la monitorización fetal rutinaria se llevan a cabo muchas cesáreas innecesarias por alarmas injustificadas. Respecto al parto vaginal, la cesárea multiplica por 5 la parada cardíaca, por 3 la histerectomía, por 3 la fiebre puerperal, y por 2 el tromboembolismo⁶. No es extraño que las mujeres nórdicas de clase alta estén rechazando las cesáreas por norma pero otras reclaman las cesáreas de elección, en la misma España y en el Reino Unido, por ejemplo; incluso aducen que negarlas es expresión simbólica del patriarcado^{7,8}. Así, el problema no es tanto de abuso de la prevención sino de lesión de principios éticos básicos, como autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Este ejemplo sirve además para hacer pensar en las guías y protocolos que promueven prácticas de dudosa efectividad o directamente dañinas, como la auto-exploración mamaria, o las que llevan a la medicalización y respuesta exclusiva con medicamentos a problemas sociales y políticos, como la obesidad.

Puesto que prevenir es tomar decisiones hoy para evitar males futuros es lógico que la prevención incremente la inequidad en salud. La prevención es más atractiva y es más aceptada por quienes tienen más futuro, por quienes pueden/esperan más réditos de la “inversión” en prevención. En la práctica, la prevención traslada recursos sanitarios de viejos a jóvenes, de enfermos a sanos, de analfabetos a universitarios, de rurales a urbanitas y de pobres a ricos. Por ello no es raro que la británica Iona Heath haya reclamado un Sistema Nacional de Enfermedad, pues centrarlo en la salud y en la prevención es profundamente inequitativo⁹. La misma médico general describió la falacia de Beveridge, esa que sostiene que la prevención ahorra costes y que induce a todos los políticos a prometer un “giro a la prevención”¹⁰.

En síntesis, este Seminario permitirá examinar críticamente las actividades preventivas

6 Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term.

<http://www.cmaj.ca/content/176/4/455?sid=3ebeb3e8-52c2-40d1-b829-4acadc0c9dbc>

7 ¿Cesárea? Las mujeres de clase alta empiezan a rechazarla en Finlandia y en Noruega.

<https://www.actasanitaria.com/cesarea-las-mujeres-de-clase-alta-empiezan-rechazarla-en-finlandia-y-en-noruega/>

8 When a hospital refuses an elective -c-section, that's patriarchy in action.

<https://www.independent.co.uk/voices/caesarean-birth-choice-women-nhs-natural-childbirth-hospital-midwives-health-safety-a8501106.html>

9 In defence of a National Sicknes Service

<https://www.bmj.com/content/334/7583/19>

10 An open letter to the Prime Minister.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244743/>

clínicas y en salud pública, valorando sus beneficios y daños.

2.- DINÁMICA DE LOS SEMINARIOS

Los Seminarios tienen ya más de 18 años de historia pues comenzaron a primeros de 2005.

Los Seminarios siempre han sido básicamente un debate virtual previo y posterior a un debate presencial.

El debate presencial es el momento de maduración que justifica el debate virtual previo y posterior. Sin el debate virtual no puede haber debate presencial: "no puede haber parto sin embarazo, ni pan sin masa, ni Seminario presencial sin Seminario virtual".

Evitamos la "asistencia sobrevenida" pues corremos el riesgo de que no se entienda el debate presencial por participantes que se incorporan sin haber seguido el debate virtual (su papel sería de "oyentes" si fueran prudentes, y no vale la pena).

La autoridad moral y científica la da haber participado, seguido y leído el debate virtual.

Nuestro horizonte es transversal, de búsqueda de la dignidad de pacientes y colegas, y de quienes participamos. Queremos cambiar la forma en que trabajamos desde dentro, desde la innovación. Creemos que "otro mundo" es posible y que hay alternativas a los "discursos únicos".

3.- PROGRAMA Y ORGANIZACIÓN. PONENTES Y PONENCIAS

En el Seminario de Valencia colaboran: Vocalía de Residentes y Jóvenes Médicos de Familia de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària, Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària, Colegio Oficial de Médicos de Valencia y Equipo CESCA. Presiden el Comité Organizador Javier Ramírez Gil y Luz de Myotanh Vázquez Canales y forman parte del mismo Lluís Espanya Cruañes, Asunción Samper Hernández, Ana Pagá Casanova, Aina Quilis Pellicer, Ana Ocaña Ortiz, Viola Casseti, Carolina Mir Sánchez, Rosa Tomás Almarcha, Mercedes Pérez-Fernández y Juan Gérvas.

Los Seminarios tienen un componente virtual y otro presencial. Es condición necesaria participar en el debate virtual para poder asistir al debate presencial.

El debate virtual general comenzará el 1 de diciembre de 2018, y a partir del 9 de enero de 2019 se contará con los resúmenes de las ponencias también para su debate virtual previo al encuentro presencial.

En el debate virtual general se considerarán aspectos relevantes, publicaciones clave, casos clínicos y comunitarios, experiencias innovadoras y opiniones de participantes.

Es importante inscribirse antes del 1 de diciembre para no perderse el debate virtual, que ayuda a que el presencial sea espléndido.

El debate presencial tendrá lugar en Valencia los días viernes 8 y sábado 9 de febrero de 2018 con la siguiente programación:

El viernes 8 de febrero, por la mañana, ponencia inaugural y casos-situaciones del Satélite, de 09,00 a 13,30 horas

- “La prevención en la vida cotidiana”. Ponentes: Luz Vázquez (médica de familia, consultorio de Yátova, Valencia) y Javier Ramírez (residente medicina de familia, centro de salud Altabix, Elche)

-12 casos/situaciones clínicas; en cada caso-situación 5 minutos de presentación y 10 minutos de debate general

El viernes 8 de febrero, por la tarde, primera sesión del Seminario, de 16,00 a 20,00 h

Ponencias, cada una seguida de debate abierto general.

- “El concepto de prevención: una reflexión desde la historia”. Josep Lluís Barona (historiador de la ciencia, Universitat de València)

- “Medicalización y medicamentación de la sociedad”. Ricard Meneu (médico y economista de la salud, Valencia)

- “Cultura de la prevención y comportamiento frente a la salud”. Estel Ortells (médica de familia y de medicina preventiva y salud pública, Castellón)

- “Información sobre salud y mensajes preventivos en los medios de comunicación”. Carolina Moreno (profesora de periodismo, Universitat de València)

- “Políticas sanitarias, influencias indebidas y conflictos de interés en materia de

prevención". Abel Novoa. (médico de familia y presidente de NoGracias.eu)

El sábado 9 de febrero, por la mañana, segunda y última sesión del Seminario, de 09,00 a 15,00

Ponencias, cada una seguida de debate abierto general.

- "Petr Skrabanek revisitado (1940-1994): vigencia de la obra de un pensador escéptico". Ermengol Sempere (médico de familia, centro de salud de Paterna, Valencia)

- "Factores de riesgo cardiovascular". Félix de Miguel (médico de familia, Madrid)

- "Excesos preventivos y iatrogenia en salud mental". Rosana Corral y Carlos Heimann (psiquiatras, unidades de salud mental de Sagunto y Llíria, Valencia)

- "Dejar de hacer para hacer: reorientación comunitaria y domiciliaria de las actividades preventivas de un centro de salud". Pepi Gutiérrez y Francisca Nieto (enfermeras de atención primaria, Valencia)

- "Excesos preventivos en embarazo y parto". Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández. (médicos generales jubilados, Equipo CESCA, Madrid)

- "Evidencias y controversias en cribados poblacionales". Rosa Magallón. (médica de familia, Zaragoza)

4.- INSCRIPCIÓN

La inscripción es gratuita.

El Seminario de Innovación está abierto a inscripciones virtuales desde cualquier parte del mundo (sin participación presencial) y a virtuales-presenciales (participación virtual y presencial) de estudiantes de ciencias de la salud, residentes (medicina de familia, pediatría, medicina interna, salud pública, farmacia, psicología, etc), médicos clínicos (rurales-urbanos, de medicina de familia, pediatría y otras especialidades), farmacéuticos (comunitarios y otros), enfermeras (de atención primaria, matronas y otras), trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, gestores, profesores, legos y otros.

La inscripción virtual es condición necesaria para la participación presencial.

La inscripción está abierta desde el 1 de noviembre de 2018 y se cerrará el 9 de enero de 2019. Es ideal inscribirse cuanto antes mejor, siempre que se pueda antes del 1 de diciembre de 2018 para seguir el debate virtual que se iniciará con dicha fecha.

Para inscripciones, por favor envíe personalmente y cuanto antes un correo electrónico a:

<u>Juan Gérvas</u>	<u>CON COPIA a</u>	<u>y a Mercedes Pérez-</u>
<u>jjgervas@gmail.com</u>	<u>Javier Ramírez-Gil</u>	<u>Fernández</u>
	<u>javiramgil@gmail.com</u>	<u>mpf1945@gmail.com</u>

en que se indique en el "asunto" "inscripción SiapValencia", y en el cuerpo del correo-e 1/ nombre, 2/ correo electrónico para el contacto, 3/ tipo de inscripción (virtual o virtual y presencial) y 4/ un breve relato vital en torno a las 500 palabras (formación, situación actual, compromiso social, idiomas, aficiones, etc) [veáanse ejemplos al final, relatos vitales de algunos organizadores-ponentes]. Este currículum vital se compartirá con todos los inscritos y es necesario en todos los casos, aunque se haya participado en Seminarios previos.

Se le incorporará al grupo virtual y le llegará una invitación del mismo (si esto no sucede, por favor insista escribiendo de nuevo).

5.- Casos-situaciones de la sesión Satélite

Quienes sean estudiantes y residentes, y se inscriban virtual y presencialmente en el Satélite, pueden optar a ser ponentes, al análisis de una de las 12 situaciones clínicas que se estudiarán para determinar los problemas en relación con el contenido del Seminario. Para ello contarán con un tutor virtual que les ayudará a preparar la presentación.

Los interesados, por favor que manden un correo-e a:

<u>Juan Gérvas</u>	<u>CON COPIA a</u>	<u>Mercedes Pérez-Fernández</u>
<u>jjgervas@gmail.com</u>	<u>Javier Ramírez-Gil</u>	<u>mpf1945@gmail.com</u>
	<u>javiramgil@gmail.com</u>	

en que se indique en el “asunto” “propuesta ponente SatéliteValencia” señalando el caso-situación elegida y las razones que lo justifican.

1.- Los trabajadores de la fábrica de Opel en Figueruelas (Zaragoza, España) tienen una revisión anual. Uno de ellos, Juan, de 55 años, acude a su médico de cabecera porque le han encontrado la tensión alta, el colesterol “por las nubes” y “lo de la próstata” elevado: “La tensión imposible, de 15/9, y vea aquí las estrellitas: 220 el colesterol y 4,1 el PSA. Necesito medicación y seguramente más pruebas, ahí lo pone” dice mientras deja con preocupación el informe sobre la mesa. [“Asteriscos en analíticas, chequeos y exámenes de rutina”]

2.- Gabriel, de 85 años, nació y ha vivido toda su vida en Utiel (Valencia, España). Padece hipertensión, diabetes tipo 2 y artrosis de columna. Se siente amargado por todas las restricciones que últimamente le han impuesto con objeto de "prevenir mejor que curar" (comer sin sal, sin azúcar, sin grasas, fuera el vino en las comidas, no poder tomarse el coñac de los domingos que tiene costumbre con los amigos, y no poder practicar pesca en el río Cabriel, afición de toda la vida, por los riesgos que entraña). A su médico lo único que parece que le importa es cumplir las últimas guías sobre hipertensión y que mantenga la hemoglobina glucosilada por debajo de 7. [“Estilos” de vida y prevención sin límites”]

3.- Malika, 30 años. Acude angustiada a consulta de pediatría en Pontevedra (España), donde le expresa a la médica su preocupación por no poder pagar las dosis de vacuna de la meningitis B (Bexero), no incluida en el calendario, pero que cree es muy importante para sus hijos. [“Vacunas. Soy una mala madre”]

4.- En Castilla La Mancha (España) se ha decidido implantar el cribado poblacional de cáncer de cuello de útero. Los profesionales de la salud se enteran por la prensa. Raúl, médico rural en Torrijos (provincia de Toledo), decide revisar el fundamento científico de tal decisión. [“Cribado del cáncer cuello de útero”]

5.- En Cocentaina (Alicante, España), Antonia cuida de su padre, viudo y con

Alzheimer. El médico de cabecera le ha mandado al neurólogo porque cada vez está peor. Allí le han ofrecido a Antonia y a sus hermanos el sumarse a un programa de detección precoz de Alzheimer a través del análisis de proteínas, “para poder actuar a tiempo”, les dicen. [“Ética y diagnóstico precoz en demencia y otras alteraciones mentales”]

6.- En Francia, como en Suiza, se plantean reformar o erradicar el programa del cribado de cáncer de mama. Ante las dudas de su efectividad el problema es cómo lograr un cambio social que lleve a la aceptación de los cambios previstos. Las autoridades colaboran con médicos clínicos y salubristas para preparar un plan al respecto. [“Mamografías, salud pública y sociedad”]

7.- En un grupo de residentes de cardiología, en Montevideo (Uruguay), se debate sobre si el sistema sanitario público debería costear el tratamiento de un segundo episodio de revascularización coronaria, en pacientes que hayan sufrido un evento isquémico previo, si se puede demostrar que no cesan en su hábito tabáquico y/o no siguen una dieta adecuada. [“Ética y moral en clínica y salud pública”]

8.- Guadalupe, enfermera de atención primaria discute sobre equidad y prevención con una estudiante de enfermería, en Ciudad de México (México). “Siempre es mejor prevenir que curar y se debe prevenir todo lo prevenible, a cualquier precio”, dice. “Por ejemplo, nadie cuestiona el uso de cinturones de seguridad, airbag y todo tipo de medidas de seguridad en un coche, pese a la gran inversión que ello supone, y cuando también pueden producir, en ocasiones, más daños que beneficios si se activan en situaciones inadecuadas”. “¿Qué problemas de equidad puede tener la prevención si mejora a todo el mundo?” pregunta la adjunta. [“Equidad y prevención”]

9.- Rosa es estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima, Perú). Tiene que dar una charla a sus compañeros sobre “Excesos en la prevención” y el profesor le recomienda que se centre en el ejemplo del uso de estatinas en prevención primaria cardiovascular. [“Riesgo cardiovascular: clínica, salud pública y sociedad”]

10.- En Elche (Alicante, España) ha habido un caso de paciente con hipercalcemia grave/coma por error posológico con vitamina D (1 ampolla cada 21 horas en lugar de cada 21 días). Al revisar la literatura para preparar una sesión clínica en Endocrinología, el residente de medicina de familia se topa con el comentario de Rafael Bravo, de Madrid, sobre: “Es hora de que los médicos y pacientes frenemos nuestro entusiasmo por la detección y la administración de suplementos de vitamina D”. [“Nutrición y salud”]

11.- En Segorbe (Castellón, España), Carmen, una mujer recién jubilada es remitida a la unidad de rehabilitación, por una fascitis plantar de tórpida evolución. Allí le hacen todo tipo de pruebas y una vez curada, es instigada a someterse a tratamientos agresivos de prevención, con suplementos nutricionales, denosumab, flavonoides y más. Ella se encuentra y siente sana, y sólo quiere disfrutar de su tiempo libre y paseos por la naturaleza con sus perros. [“Mujer y salud”]

12.- Fernanda es dueña de una farmacia en Santa Coloma de Gramanet (Barcelona, España). La Generalitat de Catalunya ha implantado un programa de detección de la fibrilación auricular a través de la toma del pulso en las farmacias. Fernanda se pregunta si vale la pena, pues sospecha que puede llevar al uso de los nuevos anticoagulantes orales. [“Decisiones políticas en prevención”]

6.- Becas para estudiantes de fuera de Valencia

Ayudas exclusivas para estudiantes de ciencias de la salud. Seis ayudas de cincuenta (50) euros cada estudiante. Para estudiantes que no vivan en Valencia. Solicitudes a jjgervas@gmail.com

7.- Idiomas

Castallano y también catalán, francés, gallego, inglés, italiano, portugués, vasco y otros.

8.- “Bebés/infancia a bordo”

Los seminarios fomentan la presencia y participación de las minorías, y especialmente de quienes tienen a su cargo a bebés/niños. En las reuniones presenciales son

bienvenidos con sus hijos <http://www.actasanitaria.com/con-bebesinfancia-bordo-ser-madre-y-perecer-en-el-esfuerzo/>

9.- Ejemplos para elaborar el relato vital. Relatos vitales de algunos organizadores y ponentes

Viola Casseti

Soy italiana de nacimiento, pero me considero una ciudadana global. Apasionada y curiosa desde siempre, empecé mis estudios formándome en antropología en Bolonia (Italia) y luego en desarrollo y derechos humanos en Londres. Con la inocencia de los que salen de la universidad pensando que aún pueden cambiar el mundo, me fui a trabajar a Nicaragua, en principio iba a quedarme tres meses y al final me quedé casi dos años. Allí aprendí que la salud no significaba hospitales y médicos, sino que la salud era algo social, cultural, económico y político. Aprendí a escuchar y trabajar con las personas y las comunidades. Ese fue mi encuentro con la salud pública y los determinantes sociales. Como dije, soy curiosa y me encanta explorar, estudiar, conocer y aprender, tanto de los libros cuanto de las personas. Y así empecé a leer por mi cuenta sobre salud, epidemiología y participación comunitaria. Me quedé trabajando al otro lado del charco un poco más, en México con una cooperativa de diseñadores y alfareros tradicionales, y en 2014 volví a Europa para estudiar salud pública. Llevo unos años estudiando y trabajando entre España y Reino Unido, aprendiendo herramientas para mejorar la investigación y las prácticas de promoción de la salud. Las que me conocen, saben que soy fan y promotora de la investigación y evaluación cualitativa. Ahora soy doctoranda en la Universidad de Sheffield, con un proyecto de investigación entre los dos países, y colaboro con grupos de trabajo en España, como el PACAP y el grupo AdaptA GPS de adaptación de la guía NICE sobre participación comunitaria para mejorar la salud.

En mi tiempo (nunca-) libre Intento hacer mi parte de activismo cotidiano comprando a través de un grupo de consumo local y de proximidad, empujando una movilidad sostenible y compartida (valenbisi) y disfrutando de las montañas de la Serra Calderona que estoy conociendo a paso de senderismo cada fin de semana.

Lluís Espanya Cruaños

Apasionado de los proyectos con personas: a veces organizo cosas, otras desorganizo. Desubicado en persona, tiempo y espacio mayoritariamente.

Por la mañana no soy persona, de noche suele aguantar en condiciones. Intento comer de la mejor manera posible y desde que trabajo se me resiste el ejercicio físico de forma regular. Tengo una bandeja de entrada en el correo electrónico que da miedo, pero acabo organizándome sorprendentemente bien. Me encanta el mar.

Soy hermano mayor de Inma, nieto de Vicenta y orgulloso hijo de mis padres. Nací en Valencia (aunque yo siempre diga que soy de Xàbia) y desde pequeño dicen que siempre preguntaba el porqué de las cosas. Yo sí que recuerdo que las ganas de conocer y aprender me han acompañado en todo momento, y gracias a ello me he interesado por numerosas disciplinas: pintura, kárate, teatro, química, videojuegos, voleibol... pero la música siempre ha sido la mayor de mis pasiones.

A pesar de ello, cuando cumplí los 18 años caí en la Facultad de Medicina y fui cumpliendo con los cursos hasta que gracias a un maravilloso Erasmus en Berlín aprecié el valor de lo que estaba estudiando. A la vuelta del examen MIR decidí ser médico y por diversas casualidades acabé trabajando en Honduras un breve periodo de tiempo. Allí descubrí a la fuerza los determinantes sociales, aún sin saber qué demonios eran: fue tal la impresión que cuando llegó el momento de elegir especialidad lo tuve clarísimo: medicina familiar y comunitaria (#lamásbonitadelmundo).

A día de hoy sigo motivadísimo con mi parte musical y fascinado por el montón de experiencias y gentes extraordinarias que me he ido encontrando por el camino.

Juan Gérvas

Médico y hombre feliz (con camisa y sin ser del todo idiota). Casado con Mercedes Pérez-Fernández, cuatro hijos, ocho nietos. Viajamos con ellos todos los veranos a lugares varipintos (en 2016 a Islandia, en 2017 a Castilla y León, en 2018 a Estocolmo), sin sus padres. Optimista nato, crítico duro, positivo en lo práctico diario. Empezó medicina en Valladolid (España) con 16 años, y acabó a los 22, con un hijo y esperando otro. Durante la carrera, alumno interno de Medicina Interna, y becario de IBM para el desarrollo de la historia clínica electrónica (en 1969 ya decían: “En diez

años, la historia resolverá los problemas de coordinación”). Primeros años profesionales dedicados a la docencia (anatomía) y a la tesis doctoral en Valladolid (facultad de medicina) y la investigación en laboratorio (neurología, modelos experimentales de enfermedad de Parkinson) en Madrid (facultad de medicina de la Autónoma y hospital Ramón y Cajal). Búsqueda de "vida" como médico de cabecera (médico general) en la atención primaria a la que ha dedicado el resto de su vida. Escritor de lo que vive y siente, entusiasmado con lo que hace. Exigente con los demás pero más exigente consigo mismo. Primeras décadas de trabajo como médico general en Madrid capital (en la intersección de la riqueza y la pobreza, de los “doctores en” y de los analfabetos, entre la glorieta de Cuatro Caminos y la calle Orense), la última década profesional de médico rural en la sierra de Madrid, atendiendo población del valle del río Lozoya, en el Parque Nacional de la Sierra de Guadarrama (pueblos de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón). Practicante de una medicina con límites, científica y humana (armónica). Profesor siempre en la universidad española, en torno a la salud pública y la atención primaria, a tiempo parcial, también en Estados Unidos (Escuela de Salud Pública de la Johns Hopkins, de 1991 a 2013) y en la Escuela Nacional de Sanidad (todavía profesor invitado de Salud Internacional). Jubilado de la clínica, activo en docencia y en la Red. Le gusta la poesía, y el cine en versión original, andar por el campo, nadar en el mar (desnudo), saltar al agua desde acantilados altos y conducir (hubiera sido camionero si no fuera médico). Se defiende en español e inglés, convive con el catalán, el francés, el italiano y el portugués y llegó a saber ruso. Ha publicado con Mercedes Pérez-Fernández tres libros en Libros del Lince (Barcelona): "Sano y salvo, y libre de intervenciones médicas innecesarias", "La expropiación de la salud" y "El encarnizamiento médico con las mujeres".

Rosa Magallón

La pereza veraniega me ha hecho bucear en mi ordenador a la búsqueda de mi anterior reato vital para un seminario Siap. Y no ha sido posible encontrarlo. Así que dejo de procrastinar y me pongo a ello, me servirá de reflexión personal, parón de unos minutos para mirar hacia atrás y un poquito, ya cada vez menos, hacia adelante.

Creo que una de las decisiones más acertadas de mi vida fue la de decidir ser médico

de familia, allá hace muchos años, en una gran salón de un hospital madrileño. Una elección poco meditada quizá, pues inicialmente no era consciente de la profundidad y las implicaciones de esta decisión.

Ser médico de familia me ha permitido desarrollar mi profesión plenamente. Y también crecer como persona, sobre todo crecer como persona. Cada día aprendo una cosa nueva, pero no solo de medicina, que caso es lo de menos. Sino de la vida de las personas, de su sufrimiento, de su dignidad por encima de todo. Siempre digo a mis residentes que tenemos ese privilegio especial de formación continuada: somos voyeurs de la vida de los demás, y eso nos enriquece hasta tal punto que crecemos cada día, aprendemos a relativizar nuestras propias frustraciones y problemas, a veces tan nimios, comparados con los de nuestros pacientes-personas....

También la experiencia docente que a lo largo de los años me ha permitido conocer tantas generaciones de residentes, vocacionales y no. Y he prendido con dificultad que mis expectativas sobre la Medicina de Familia y la plenitud que me genera el serlo, no tienen por qué ser compartidas, y eso es igual de respetable que mi santa e incombustible vocación.

Pienso a veces en la madurez de mi vida, en las puertas que se cerraron, qué hubiera sido de mi vida con otras elecciones que descarté, también en mi vida personal... Y me gusto lo que veo, con todos sus pros y sus contras, he sido y soy una afortunada.

Mercedes Pérez-Fernández

Licenciada en Medicina por la Universidad de Valladolid (España) y especialista en Medicina Interna dejó la comodidad del hospital por la posibilidad de ser al tiempo madre y médico de cabecera de 2.000 pacientes. Con cinco hombres en casa se hizo feminista de armas tomar. Sus pacientes salían con frecuencia en las noticias, en la sección de sucesos, pues dedicó casi tres décadas (70, 80 y 90 del siglo XX) al bronco San Blas, del Madrid del tiempo de antes, durante y después de “la Movida”, cuando la heroína mataba tanto como el SIDA. Tras un tiempo en un asilo (como médico) ocupó plaza de médico de pueblo ya sin hijos en casa, en la primera década del siglo XXI. Entre las experiencias vitales, el viaje de tres meses de 2011 recorriendo la piel y las venas abiertas de Brasil (25.000 km, 32 ciudades, 19 estados, 70 centros de salud),

zonas de bajo Índice de Desarrollo Humano, para evaluar la atención primaria con la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria. De siempre le gustó la ética médica y le ha dedicado horas de teoría y práctica. También le gusta pintar al óleo y hacer iconos al estilo antiguo. Se le da muy bien el punto y lucen piezas hechas a mano su esposo (Juan Gérvas), cuatro hijos y ocho nietos (y algunos amigos). Todavía, a veces juega con Honorata, la muñeca que viste y calza como si fuera la hija que nunca tuvo, que le regaló su entonces novio y actual marido. Baila muy bien, es alegre y animosa, buena compañera de viajes y del viaje de la vida. Lee ficción, aprecia el buen vino, disfruta de las calas del Cabo de Gata y del nadar en el mar Mediterráneo, y no le importa pasar el rato distraída “pensando en las musarañas”. No aguanta ni la injusticia, ni la corrupción, ni a los abusones, ni a los estúpidos, ni a los chulos, ni las tonterías innecesarias. En 2015 tuvo un grave infarto de miocardio del que está recuperada, más animada y más crítica con la medicina que nunca. Ha publicado con Juan Gérvas tres libros: "Sano y salvo, y libre de intervenciones médicas innecesarias", "La expropiación de la salud" y "El encarnizamiento médico con las mujeres".

Asunción Samper

Ilicitana de cuna y alérgica al polen de palmera, llegué al mundo de la medicina más bien de casualidad, mientras estudiaba células y tejidos me di cuenta que lo que realmente me interesaba eran las personas que formaban dichas células. En mi familia nadie es médico, pero todos (sobre todo mi abuela) tienen claro que si algún medicamento les sienta mal...no van a tomárselo, diga lo que diga el doctor.

En la actualidad soy residente de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud de Altabix (Elche), acabo de iniciar mi cuarto año. No dejo de sorprenderme de la cantidad de retos que esta especialidad puede ofrecer. También formo parte de la Vocalía de Residentes y del grupo de trabajo de Comunicación y Salud de la SoVaMFiC, aunque no tengo mucho tiempo de ayudar.

Especialmente interesada en los cuidados paliativos y en el acompañamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, sean clasificados como pluripatológicos, crónicos complejos o frágiles, ya que lo importante no son las “etiquetas”, si no las personas, por las que podemos y debemos mejorar cada día. Recientemente he estado rotando en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Negrín, una experiencia inolvidable

tanto por lo que aprendí dentro como fuera de ese servicio.

Mis objetivos en la vida a día de hoy son formarme de la manera más neutral y aséptica posible y visitar todas las Islas Canarias, entre otros lugares del mundo. En mis ratos libres me gusta leer, escuchar música de cuando aún no había nacido y tomar cerveza con mis amigos.