

**SEMINARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA,
SIAP, Nº 42 (CON SU SESIÓN "SATÉLITE", Nº 14)**

**MADRID (ESPAÑA), FASE PRESENCIAL 21 Y 22 DE
FEBRERO DE 2020**

**"Pobreza y salud. En clínica, en salud pública y en la
sociedad"**

***ACTIVIDAD LIBRE DE HUMOS INDUSTRIALES (sin patrocinio ni de
empresas ni de industrias)***

INSCRIPCIÓN GRATUITA

En las Redes #SiapMadrid

Índice:

- 1.- Contenido del Seminario: "Pobreza y salud. En clínica, en salud pública y en la sociedad"**
- 2.- Dinámica de los Seminarios**
- 3.- Programa y organización. Ponentes y ponencias del Seminario propiamente dicho.**
- 4.- Casos-situaciones de la sesión Satélite (los ponentes, voluntarios, tiene que ser estudiantes/residentes)**
- 5.- Normas para la inscripción (la inscripción, del 1 de noviembre al 31 de diciembre de 2019; es ideal inscribirse cuanto antes mejor, siempre que se pueda antes del 21 de diciembre, para seguir el debate virtual**

que comenzará en dicha fecha)

6- Becas para estudiantes de fuera de Madrid

7.- Idiomas

8.- “Bebés/infancia a bordo”

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

1.- Contenido del Seminario: “Pobreza y salud. En clínica, en salud pública y en la sociedad”

Asociamos pobreza a carencia de alimentos, falta de vivienda y entorno saludable, problemas con el acceso al sistema de salud y de educación, falta de trabajo y seguridad social y problemas para tener un “lugar en el mundo” por aislamiento social, pero somos poco conscientes de su impacto global. Es un impacto que se revela muchas veces en lo sutil; hay ejemplos de este impacto global en el informe “Tejiendo Salud. Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza”¹. Así relata un problema educativo sutil una vecina en situación de pobreza, del barrio de de Tetuán (Madrid, España):

“En el colegio siguen un protocolo, y entonces tienen hasta la página 23 esta semana, y el que llega, llega, y el que no se le echa para atrás. Como tú estés molestando estás impidiendo que alcancen su objetivo. Entonces te van cambiando, porque hacen con grupos más pequeños, como si no pudieran aprender los 20 juntos. Si eres un niño que das problemas porque tienes problemas, antes, cuando no prestabas atención te ponían adelante, para que te enteraras un poco más. Ahora cuando no prestas atención te llevan al fondo para que no molestes. Al final va a salir el que tiene dinero. El que tiene a su familia feliz y contenta, es el que va a tener un futuro. El que tiene 3 o 4 hermanos y no tiene ni para comer, ese no.”

Por ello, acercarse a las situaciones de pobreza exige un cambio profesional para estar atentos a sus mil caras y sus mil consecuencias. Exige superar una serie de barreras para entender el sufrimiento, la vergüenza, la vulnerabilidad, la culpa, la frustración, el malestar y la enfermedad. El saber necesario para ello no es sólo profesional (de enfermería, de medicina, de salud mental, de trabajo social, de abogacía o de educación, por mencionar algunos) sobre qué sana y qué enferma, sino que hay que poner este diálogo con el saber experiencial del día a día de quien vive cotidianamente estas situaciones, de quien tiene la experiencia de las trampas, incertidumbres, durezas y alegrías que ofrece la vida diaria en pobreza.

Ambos saberes, profesional y experiencial, son necesarios para identificar cómo buscar la mejor salud. El cruce de ambos saberes es la base de poder cambiar la realidad desde lo común de un saber compartido con las personas

1 Tejiendo Salud Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza.
http://madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/Guia_Tejiendo_Salud.pdf

que viven la cotidianidad de la pobreza y la consiguiente exclusión social. Para acercarse a esta cotidianidad hay que promover encuentros útiles y con potencial de transformación pues se requieren conocimientos y habilidades que normalmente no nos enseñan en nuestra formación profesional. Hay que saber, además, algo de geografía e historia ya que la pobreza no se distribuye al azar sino que tiene un asiento específico en el mapa y ello obedece tanto a razones de planificación como de desarrollo social². De todo ello se tratará en este Seminario.

Por último, en este Seminario tendrá relevancia la pobreza extrema con su miseria, su vulnerabilidad, sus violaciones de los derechos humanos y sus secuelas. Cuando alguien sufre una terrible experiencia todo el mundo suele ser consciente de sus consecuencias pero la cuestión de la vulnerabilidad de las personas en situación de miseria es aún más insidiosa y las secuelas tienen mil caras, como la pobreza en general³.

2.- Dinámica de los Seminarios

Los Seminarios tienen ya 15 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". Es decir, los Seminarios emplean pedagogía inversa de forma que el encuentro presencial remata todo el trabajo realizado virtualmente.

Evitamos la "asistencia presencial sobrevenida" pues corremos el riesgo de que no se entienda dicho 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). Por ello las reuniones presenciales están abiertas sólo a quienes se han inscrito y seguido el debate virtual previo.

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

2 Desigualdades sociales en salud en la Comunidad de Madrid (1): la línea de la pobreza.

http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2010/01/10/130872

3 Miseria y vulnerabilidad | Martine Le Corre. <https://www.atd-cuartomundo.org/miseria-y-vulnerabilidad-martine-le-corre/>

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", alternativas que permiten descubrir mundos en ebullición, comprometidos con los valores y la ética.

Los Seminarios tienen, pues, 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 21 diciembre de 2019, y a partir del 9 de enero de 2020 se contará con los resúmenes de las ponencias del Seminario para su debate virtual previo al encuentro presencial. Desde el 20 de enero de 2020 se debatirán, además, las ponencias del Satélite.

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 21 de diciembre de 2019 para no perderse el debate virtual, que ayuda a que el presencial sea espléndido.

El debate presencial tendrá lugar en Madrid (España) los días 21 y 22 de febrero de 2020 con la siguiente programación:

3.- Programa y organización. Ponencias y ponentes

En el Seminario de Madrid colaboran el Centro Pastoral San Carlos Borromeo (barrio de Entrevías, Madrid), ATD Cuarto Mundo (España) y Equipo CESCO.

Presiden el Comité Organizador Daniel García Blanco y Beatriz Aragón. Forman parte del mismo Ariadna Ayala Rubio, María Ballesteros García, Gonzalo Bustos Herranz, Antonio Cabrera Majada, Jara Cubillos Yáñez, Juan Gérvas, Raquel Gonzalez Ruiz, Javier Padilla Bernáldez, Mercedes Pérez-Fernández, Carmen Rodríguez, Elena Ruiz Peralta y Pablo Serrano Morón,

Viernes 21 de febrero

9:00 - 10: h. Conferencia inaugural

Las dimensiones ocultas de la pobreza

Dani García (médico de familia y comunidades, aliado ATD Cuarto Mundo).
Militante ATD Cuarto Mundo por confirmar.

10:00 - 13:30 h - Sesión Satélite, casos

Presentación y debate, por parte de residentes y estudiantes, de 12 casos-situaciones, relacionadas en torno a los siguientes 5 ejes:

1. Definición y manifestaciones de la pobreza.
2. Enfermedades y pobreza.
3. Actitudes profesionales ante la pobreza.
4. Poder, relaciones y pobreza.
5. Otras maneras de mirar la pobreza.

16:00 -20:00 h - Seminario, aspectos sociales

Mesa de reflexión sobre pobreza y sociedad:

- Transformaciones en cómo se ven y abordan las realidades de pobreza
Enrique Martínez Reguera (psicólogo y pedagogo, Coordinadora de Barrios).
- Aporofobia - Albert Sales (profesor de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra y asesor del Ayuntamiento de Barcelona).
- Acercamiento a la pobreza desde la antropología - Ariadna Ayala (maestra y antropóloga), Beatriz Aragón (médica de familia y comunidades, antropóloga), Elena Ruiz (médica de familia y comunidades y antropóloga).

Mesa de acercamiento a las luchas, resistencias y alternativas construidas desde abajo:

- Tetuán Resiste.
- Territorio Doméstico
- Mediadora intercultural Asociación Barró.

Sábado 22 de febrero

9:00 - 15:00 h - Seminario, aspectos clínicos

Mesa sobre enfermedades y pobreza

- Salud Pública, Atención Primaria y Pobreza - Javier Padilla (médico de familia y comunidades, economía de la salud y salud pública).
- El abordaje integral de la enfermedad en realidades de pobreza - Elena Bermúdez (médica de familia y comunidades, infecciosas) y María Luisa Fernández Rodríguez (Trabajadora Social), UVAAD Hospital Gregorio Marañón.
- Pobreza, salud mental y medicalización del sufrimiento - Nacho Revuelta (médico de familia y comunidades, salud mental)

Mesa sobre actitudes profesionales y pobreza

- Retos en el abordaje de la pobreza desde las consultas de Atención Primaria - Pablo Serrano (médico de familia y comunidades, Vallecas) y Carmen Rodriguez, Olga Nieto (Enfermera CS Martinez de la Riva).
- Prácticas institucionales de control de la pobreza - Sergio García, Deborah Ávila, Marta Pérez (Departamento Antropología Social, Universidad Complutense; Madrid)
- ¿Cómo perciben las actitudes profesionales quienes viven en pobreza? - Vecinas participantes en el proyecto de Comunidades Activas en Salud.

4. Casos-situaciones de la sesión Satélite

Quienes sean estudiantes y residentes, y se inscriban virtual y presencialmente en el Seminario, pueden optar a ser ponentes, al análisis de una de los 12 casos-situaciones clínicas que se estudiarán para determinar los problemas en relación con "Pobreza y salud. En clínica, en salud pública y en la sociedad". Para ello contarán con un tutor virtual que les ayudará a preparar la presentación y una organización en 5 ejes:

- Definición y manifestaciones de la pobreza.
- Enfermedades y pobreza.
- Actitudes profesionales ante la pobreza.
- Poder, relaciones y pobreza.
- Otras maneras de mirar la pobreza.

EJE 1 Definición y manifestaciones de la pobreza.

Caso-situación 1:

El Jefe de Servicio de Urgencias es un “raro”, y buen ejemplo es la sesión clínica que ha montado sobre “pacientes compartidos con policías, jueces y servicios sociales”. Para prepararla reparte copias de un texto inglés Keene, J.; Swift, L.; Bailey, S., y Janacek, G. (2001): «Shared patients: multiple health and social care contact», Health Social Care Community, 9:205-14. [Servicios públicos "utilizados" por pobres: comedores, albergues, urgencias, policía,...] [La invisibilidad de los problema sociales en pacientes en urgencias hospitalarias] Tutora Mercedes Pérez-Fernández.

Caso-situación 2:

Jaime ha tenido una vida marcada durante muchos años por sus adicciones. Durante sus años más difíciles, sobre todo al caer enfermo, el único apoyo que encontraba era el de su familia. Aunque intentó acercarse a recursos de atención a drogodependientes, en varios le ponían condiciones que no podía cumplir, mientras que la ayuda que le ofrecían en otros no era la que necesitaba. Los veía más interesados en controlar que en apoyarle para salir adelante. Se vio tan mal, tan necesitado de cuidados y sobrecargando tanto a su madre y a su padre que, según palabras suyas *“decidí meterme en la cárcel, aunque fuera para morir, pero al menos allí estaría atendido”*. Era el único lugar en el que encontró techo, comida y ciertos cuidados médicos. Conoce otros casos de compañeros suyos que se han visto en la misma situación: *“Hay personas que están tan mal, sin conseguir ayudas de ningún tipo, ni vivienda, ni nada, que casi prefieren hacer algún delito para que les enchironen y poder estar más tranquilos y con más apoyo que el que tienen fuera”*. [Cárcel y pobreza] Tutorización Jesús Hernández (vecino Comunidades Activas) + Gonzalo Bustos.

EJE 2 Enfermedades y pobreza.

Caso-situación 3:

Francisco tiene 63 años. Ha tenido adicción a la heroína y cocaína de la que consiguió desengancharse con tratamiento con metadona hasta hace 2 años

en los que pudo dejarlo. Acaba de ingresar por bronquiectasias infectadas y se encuentra con mucha astenia. Trabaja como chófer pero ahora no puede. Acude para control de su IT y comenta que hasta que no llegue el comienzo del mes no puede tomarse la medicación. Además de su astenia, comenta que se encuentra muy solo y llora durante la consulta. Tiene 2 hijos con los que no se habla y una hija, que vive en Talavera, apenas le llama y él no tiene dinero para acercarse hasta allí. No tiene apenas amigos: "Todos se murieron y los que quedan sé que me entenderían a la primera, nada más verme, pero no puedo ir a verlos porque caería de nuevo como ellos". En unos días acudirá a ver a la Educadora Social en el CAID con quienes mantiene muy buena relación y confía en ella. Le indico que poco puedo hacer pero me dice que con venir a verme a desahogarse es suficiente. Quedamos en vernos en una semana. [Recursos desde la consulta: falta de medicamentos/redes de apoyo] [Necesidades que cubrir desde las consultas] Tutora Alejandra Alcalá.

Caso-situación 4:

Andrés lleva tiempo en seguimiento en el Centro de Salud Mental. Tiene una historia de toxicomanía, actualmente en tratamiento con metadona, es EPOC, VIH + y está en tratamiento actualmente de la hepatitis C. Hoy tiene cita con su nuevo psiquiatra, y le plantea que necesita que le haga un informe para poder presentar en el Centro Base para la valoración de su minusvalía. La última vez se quedó en un 58%, y espera poder llegar a un 65%, que le permita acceder a una pensión que, aunque sería muy escasa, al menos le permitiría pagar regularmente el alquiler de una habitación. Estos años ha ido alternando las habitaciones con la calle en función de si cobraba o no alguna prestación, que nunca duraban mucho, o de algún trabajillo o chapucilla que le surgía. [Vivienda y pobreza] [Salud mental y pobreza][falta de longitudinalidad en atención y ayudas] Tutor Pedro Montilla.

Caso-situación 5:

Mujer de 42 años derivada por su médico de cabecera por "Mareo, vahido sin síncope, Trastorno adaptativo ansioso-depresivo por problema familiar". La paciente presenta síntomas ansioso- depresivos en relación a relación conflictiva con su hermana y situación económica familiar, que no le permite una independencia mayor que le aleje de esas situaciones. Vive con su madre

(diagnosticada de Alzheimer), su hermana (problema de alcoholismo), y su hijo de quien tiene custodia compartida quincenal. Cuando vivía con su madre su hermana fue a vivir con ellas, comenzando a surgir problemas y conflictos, ya que su hermana tiene un problema de alcoholismo y presenta agresividad importante. En la actualidad, según refiere la paciente, la hermana agrede a su madre, su sobrina. Refiere alta ansiedad, con opresión torácica, angustia frecuente, dificultad para respirar. Ataques de pánico puntuales. Estado de ánimo subdepresivo. "Lo veo todo negativo, veo que con mucho que yo me esfuerce no va a cambiar nada..." Pérdida de peso en los últimos meses. "Yo estoy para todo el mundo, pero para mí..." "Cuidando de mi madre, tuvo un ictus en septiembre, me lo he comido yo".

Trabaja en la limpieza de domicilios particulares, cobraba la Renta Mínima de Inserción Social, pero desde hace dos meses no la percibe porque, según le han dicho, le enviaron una carta solicitándole nueva documentación, ella refiere no haber recibido ninguna carta. Ha intentado recuperar dicha renta pero faltan los papeles de su hermana, quien no está en condiciones de recopilarlos, pero a su vez forma parte de la actual unidad familiar. Ella se encuentra pendiente de operación de rodilla, pero valora que si la intervienen no va a haber ingresos económicos para sostener el domicilio. Es fuente de estrés la sensación de que busca cuidar a todos y nadie la va a cuidar a ella cuando necesite. Desbordada, irritable, solicita medicación para disminuir la ansiedad. [Medicalización de la pobreza] [Dificultad de apoyo social] [Violencia institucional] Tutor Luis Miguel Saez.

EJE 3 Actitudes profesionales ante la pobreza.

Caso-situación 6:

Luzmila tiene 51 años. Vive con una hija menor que aún estudia. Trabaja limpiando un bar de copas. Hace 3 meses su jefe la golpeó en el brazo y mano porque ella le reclamaba que le pagara el sueldo que le debía desde hace meses, pues no les estaba pagando. Le produjo lesiones en brazo y mano que en este tiempo ya han curado. Su jefe ha dado de baja la empresa en la que trabajaba pero no ha formalizado el despido y Luzmila, mientras esté de baja, seguirá cobrando parte de su sueldo a través de la Mutua laboral. La causa médica de su baja, las lesiones en brazo: "CONTUSION DE HOMBRO Y

BRAZO SUPERIOR”, ya se han curado pero si le damos de alta la paciente no percibirá ningún dinero a fin de mes, ya que la Mutua Laboral le dejará de pagar al no seguir de baja y su jefe no les estaba pagando. ¿Qué hacemos? ¿Le damos de alta o mantenemos la baja? [Dilemas éticos en la consulta] [Lógica “médica” frente a lógica “ética”] Tutor Juan Gervás.

Caso-situación 7:

A María la llama su trabajadora social porque dice que quiere conocer a sus hijas. Al llevarlas, lo primero que pregunta a la mayor de ellas es qué le gusta más de lo que cocinaba su madre: *“dijera lo que dijera, mala cosa. Porque si dice que filetes, va a pensar que no necesitamos la ayuda, y si le contesta que arroz, va a decir que por qué no le doy nada más”*. Vive con el constante miedo a que la señalen como que no sabe cuidar a sus hijas y se las quiten: *“vas asustada, con miedo. Y este miedo no es porque sí, sino por la experiencia previa que hemos tenido de vernos juzgadas de manera constante. Con la excusa de evitar abusos se ponen en plan controlador. Si vas mal porque vas mal, y si vas bien porque a lo mejor te dicen que ya no necesitas la ayuda”*. [Ayudas y control social] [Conocimiento a partir de la experiencia de pobreza] [Importancia de la red familiar] Tutoras Vecinas Comunidades Activas en Salud - Samira / M^a Ángeles / Paloma.

Caso-situación 8:

Andrés acaba de terminar el MIR y comienza a trabajar en un CAID (Centro de Atención Integral a Drogodependientes). Nunca antes ha trabajado en el campo de las drogodependencias. El primer día, siente que la acogida por parte de las demás profesionales del centro es muy buena, le dan consejos y le animan. El trabajador social, que es quien lleva más años en el centro, le dice: *“no te creas nada de lo que te dicen. Mienten siempre”*. Andrés se queda impactado, ¿cómo poder trabajar así, con esa premisa? Además, tras las primeras consultas, siente que él es primero que está mintiendo. Se supone que él es el médico, el que sabe, el que tiene que decidir qué hacer... y se encuentra con que quienes vienen, sobre todo quienes llevan muchos años acudiendo al CAID, saben mucho más que él sobre drogas, medicamentos, efectos que producen... ¿Quién miente a quién? ¿O mienten todos? [Comunicación y confianza ¿cómo construirla?] [Conocimiento desde la

experiencia vs conocimiento académico] [autonomía en la toma de decisiones]
Tutor Antonio González.

EJE 4 Poder, relaciones y pobreza.

Caso-situación 9:

En la rotación de promoción de la salud, Claudia participa en un taller de sensibilización en hábitos de vida saludable para personas que reciben la Renta Mínima de Inserción Social (RMI), como parte del programa individual de inserción. La Administración que lo imparte agradece acceder a una población a la que normalmente no llega, piensa que pueden ser espacios de sociabilidad para estas personas y que la información puede ser útil para mejorar su alimentación y actividad física. Los grupos están conformados en su mayoría por población gitana y población que acude a comedores sociales. El ambiente es distendido, pero Claudia se siente incómoda en su papel. *“Precisamente los que estamos aquí no podemos permitir económicamente elegir saludable” “Encima con esta charla nos haces sentirnos más culpables, si es la sociedad la que nos tiene así” “Yo no quiero cursos, yo lo que quiero es trabajar” “Si es tan malo, ¿entonces por qué el ministerio deja que se haga comida con esos aceites?”* [Ayudas condicionadas] [Comida y pobreza] [Prejuicios y etiquetas entre profesionales y personas en pobreza y/o marginadas] [Medicina y control social] [Hábitos saludables y pobreza] Tutora Raquel González.

Caso-situación 10:

Alfredo es residente de cuarto año de familia. Hoy viene Estrella a su consulta, que lleva un año y medio sin aparecer. A sus 34 años tiene 4 hijos y no quiere más, por lo que acude para solicitar algún método anticonceptivo. Alfredo sopesa las posibilidades: previamente ya había tenido un hijo mientras tomaba la píldora, se le olvidaba con frecuencia. Tampoco había funcionado el pinchazo trimestral (la DEPO), no acudía a consulta. ¿Y el preservativo...? *“Mi marido no se quiere poner eso, dice que no siente nada”*. Tras meditarlo y de acuerdo con Estrella, la deriva a Ginecología para colocar un DIU. Mientras tanto, la cita con enfermería para ponerle la DEPO y así esté cubierta hasta la consulta con Ginecología, pero hoy no quedan huecos y la cita la semana

siguiente. Estrella no acude a la cita con enfermería y aparece a las 3 semanas en consulta de nuevo "*Doctor, tengo un retraso...*". [Consultas de alta resolución] Tutora Fátima Cortés.

EJE 5 Otras maneras de mirar la pobreza.

Caso-situación 11:

Familia marroquí viene a España marido trabaja en la construcción y reagrupación familiar al resto en unos años. Viven en asentamiento en situación precaria pero estable: hijos escolarizados, él con permiso de residencia, ha perdido trabajo (construcción) pero hace chapuzas. Ojo que el permiso si no consigue trabajo no se renueva. Arreglando el tendido eléctrico informal del barrio en un día de lluvia se cae del poste donde estaba subido y se queda tetrapléjico. No es accidente laboral porque no estaba trabajando con contrato, tiene asistencia sanitaria pero durante los dos meses que dura su ingreso no entra nada de dinero en casa. Al salir tampoco, lo que tienen son gastos... mientras espera tramitar pensión y ayuda, la mujer e hijos van tirando de familia extensa, vecinos y Cáritas. ["Lo primero de todo, la dignidad"] [Lo que los pobres nos enseñan: estrategias de supervivencia y de afrontamiento de miradas sesgadas; conocimiento y reconocimiento ¿qué saber aportan quienes viven en pobreza?] Tutora Patricia Escartín.

Caso-situación 12:

Como cada año, los informes confirman que la pobreza es frecuente por más que sea invisible para una sociedad ciega. Dicen los titulares "La pobreza infantil afecta en España a uno de cada tres niños, un problema que se traslada a distintos ámbitos de su vida y que se proyecta en su futuro, según muestran algunas de las cifras que manejan organismos oficiales y entidades sociales". En la Asociación de Desarrollo Comunitario de Buenos Aires, (Asdecoba), de la ciudad de Salamanca deciden llevar el problema al Centro de Salud. [Geografía, mapas y pobreza] [Vinculación, y poder: como pasar del asistencialismo al acompañamiento y la lucha por los derechos] Tutora Victoria López.

5.- Normas para la 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 y se cerrará el 31 de diciembre. Es ideal inscribirse cuanto antes mejor, siempre que se pueda antes del 21 de diciembre para seguir el debate virtual que se iniciará con dicha fecha.

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

Juan Gérvas

jjgervas@gmail.com

CON COPIA A:

[#siapMadrid](#)

siapmadrid2020@gmail.com

[com](#)

y a Mercedes Pérez-

[Fernández](#)

mpf1945@gmail.com

en que se indique en el "asunto" "inscripción SiapMadrid", 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 relato vital en torno a las 500 palabras, no un "currículo vital" sino una "historia vital" (formación, situación actual, compromiso social, idiomas, aficiones, etc) [veánse ejemplos al final, relatos vitales de organizadores]. Este currículo 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).

6.- Becas para estudiantes de fuera de Madrid

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

7.- Idiomas

Español preferente y también aimara, catalán, francés, gallego, inglés, italiano, portugués, quichua, vasco, zaparo y otros. Los idiomas son puentes que nos unen, no barreras que nos separen.

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 organizadores

Beatriz Aragón.

Soy Bea Aragón Martín y escribo esto con un retoño de 20 días en el regazo: la joven Luisa (Martín Aragón) nació justo a mitad del año, en percentil 50 de peso, talla y perímetro craneal, como dándonos el gusto de estar en el centro de la distribución normal y ahora de nuestras vidas. Aparte de ser madre reciente y "añosa" como signo generacional, soy médica de familias y comunitaria-con-dudas-de-lo-que-es y desde hace 12 años trabajo en el equipo de intervención con población excluida (EIPE), una unidad en el margen de la atención primaria (pero parte de ella) desde donde trabajamos a dos bandas para garantizar la asistencia sanitaria a personas en exclusión y aproximar sus realidades a las sanitarias que les tienen que atender en un intento por contextualizar la atención. De estos 12 años en el EIPE he estado fuera durante 3 años en los que me desvié hacia la antropología para repensar desde otros lugares la práctica médica y las formas en las que atendemos a población excluida. Estos desvíos además de descubrirme otros espacios

teóricos me permitieron vivir en otros lugares, como Londres y Göttingen, donde yace el bueno de Gauss ya que allí postuló la distribución normal (aunque no fuera el primero, pero eso es otra historia). Lo normal, la media, mediana y moda que coinciden. Lo normal, lo que no es patológico desde nuestra formación sanitaria. Lo normal, lo que se parece a nuestra forma de hacer, lo más frecuente. Adolphe Quetelet (sí, el del índice de Masa Corporal) fue quien enunció por primera vez esa certeza que se sostiene en el tiempo por la cual se asocia la normalidad biológica y social a la frecuencia de aparición de determinadas características en la población. Y durante un tiempo yo me dediqué a intentar entender cómo estas ideas sobre la normalidad (estadística y más) y la diferencia esbozan nuestras prácticas cotidianas en los centros de salud, sobre todo con población gitana. Y escribí una tesis que se puede leer [aquí](#).

Desde que he vuelto a Madrid y a la práctica clínica me he enredado en el grupo de inequidades de la somamfyc y en distintos proyectos docentes desde donde re(pensar) juntas la medicina familiar y comunitaria que queremos. Gracias a un SIAP de hace años pude participar en un grupo de investigación cualitativa del que he aprendido un montón y con el que he disfrutado muchísimo [kuxkuxeros](#). Y con unas amigas, organizamos **TEOK** de vez en cuando.

Ariadna Ayala Rubio.

Maestra y antropóloga social. Después de haber trabajado unos años como maestra de educación especial y logopeda en Perú, Inglaterra y los Estados Unidos, decido reorientar mi carrera profesional hacia las ciencias sociales. Mientras acabo la licenciatura de Antropología Social trabajo como educadora para la salud e investigadora en una ONG que realiza prevención del riesgo con drogodependientes en Las Barranquillas. Al licenciarme, colaboro con ellos para realizar una investigación cualitativa que dé cuenta de las percepciones de los usuarios de los servicios de la ONG Univer-Sida. Comienzo el doctorado en Antropología Social en la Universidad Complutense a la vez que trabajo como antropóloga para el entonces Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, esta vez coordinando una investigación sobre las concepciones y prácticas en materia de prevención de la salud de la comunidad gitana española. A partir de esta investigación, decido centrar mi

tesis doctoral en la aplicación de la política social de rentas mínimas de la Comunidad de Madrid con la población gitana. Al acabar mi tesis consigo trabajo en París en el ámbito de la gestión de proyectos educativos en la universidad. Resido en esta ciudad entre 2012 y 2019, año en el que vuelvo al departamento de Antropología Social y Psicología Social de la UCM con un contrato de investigación postdoctoral.

María Ballesteros.

Nací hace 41 años en Madrid, y aunque he terminado saliendo de la gran urbe para vivir, me he quedado aquí trabajando. Soy madre desde hace casi 9 años de dos peques de 8 y 5 años que me hacen vivir cada minuto intensamente, vivimos en un pequeño pueblo de la Pederiza que me hace descubrir en cada momento la importancia del tejido social, el contacto con la gente y con la tierra que pisamos.

Soy Psicóloga Clínica, desde hace tiempo descubrí que me gustaba escuchar, comprender y acompañar a las personas, razón por la que me inicié en esta carrera... Poco a poco fui viendo que la Salud Mental tenía que ser de todas las personas y para todas las personas, no podía ser algo que perteneciese a una élite que se lo pudiese pagar, razón que me llevó a hacer el PIR y entender, y formar parte, del funcionamiento de la sanidad pública con sus pros y sus contras. Tras más de diez años trabajando en Villaverde, mi recorrido previo en Cuarto Mundo, y mi pareja, que insiste con el tema... he ido descubriendo la importancia de una salud comunitaria y social que nunca se puede separar o distanciar de lo que entendemos como la salud individual de cada una.

Gonzalo Bustos Herranz.

Estudié medicina y acabo de terminar (hace una semana), la residencia del medicina familiar y comunitaria. Ahora mismo me hallo en periodo de definir dónde me siento más útil, más cómodo y coherente trabajando en el futuro, ya que tras cuatro años de residencia la consulta me deja muchas dudas y voy entendiendo que eso de comunitaria no es tanto de "hacer" como de "ser".

Antonio Cabrera Majada.

Nací en Madrid hace 44 años y tengo 3 hijos (de 10, 8 y 6 años) que se dedican intensamente a enseñarme lo que es la vida. Para aprovechar al

máximo estas enseñanzas, desde el inicio mi mujer yo decidimos que lo mejor era que yo me redujera mi jornada (un 33%).

Ejercer mi profesión y disfruto de mi vocación como médico de familia en el Centro de Salud Daroca en Madrid desde hace 11 años (con una interrupción obligada de 2 años). Disfruto a diario de una posición inmejorable para conocer la condición humana y, en algunos casos, para conseguir acompañar a personas en el sufrimiento, el dolor y la incertidumbre. Me siento identificado totalmente con los valores (solidaridad, equidad, calidad científico-técnica, reequilibrador de desigualdades...) que encarna un sistema público de salud como en el que trabajo (aunque a veces parezcan difuminarse...).

Esta vocación e identificación son producto de muchas experiencias vitales, muchas conversaciones, muchas lecturas, muchos ejemplos inspiradores (licenciatura de medicina en la Universidad Complutense, trabajo en comunidades rurales en Honduras y Panamá, especialidad de medicina de familia y comunitaria en el CS San Blas en Parla, coordinación de proyecto de desarrollo de atención primaria en Mozambique, vivencia de la Marea Blanca en Madrid, colaboración en grupo de Inequidades de SOMAMFYC, participación en el grupo de coordinación de las farmacias comunitarias y el CS Daroca, atención sanitaria en el campo de refugiados de Chios en Grecia, emergencia en Mozambique tras el ciclón Idai...).

Jara Cubillo Llanes.

Soy de Madrid de toda la vida, del barrio de Retiro, aunque viví 10 años en Usera. Volver a vivir en Retiro creo que ha supuesto, según los datos del ayuntamiento, aumentar 3 o 4 años mi esperanza de vida. Soy madre de Clea de 3 años y Luna de 8, que me acompañan con frecuencia a reuniones y congresos, y hasta que ellas aparecieron en mi vida tocaba el clarinete en un grupo. Espero retomar la música algún día de estos.

Soy médica de familia y comunitaria, hice la especialidad en el Centro de Salud Vicente Soldevilla, en Vallecas, y después trabajé en centros de salud de Usera, Carabanchel y Leganés. Desde hace 6 meses trabajo en el Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Coordino desde hace 5 años el grupo de trabajo de Inequidades en salud y salud internacional de Somamfyc y participo desde hace también 5 años en la iniciativa Mapeando Carabanchel Alto, donde aprendo mucho sobre

participación, activos para la salud y acción comunitaria, temas que me entusiasman y me llevan a enredarme en diferentes proyectos e iniciativas.

Daniel García Blanco.

Estudié medicina, aunque mis hijas están empeñadas en que no soy médico. Dicen que soy "reunionista" para luchar contra la pobreza. También dicen que digo demasiadas tonterías y que si no voy a cambiar nunca eso. En medicina me terminé especializando en la vertiente familiar y comunitaria, y al mismo tiempo he ido buscando cualquier excusa para explorar y aprender a través del psicodrama y juegos teatrales varios, me aportan herramientas muy potentes y, sobre todo, disfruto mucho.

Pero sobre todo me gusta presentarme como aprendiz del Cuarto Mundo. Ya en la carrera comencé un voluntariado en un barrio de chabolas, el Pozo del Huevo. Un momento importante en mi proceso fue cuando tras el tiempo de verano en el que hacíamos actividades allí, que llamamos el Festival del Saber, me despedía de Carmina, una madre de familia que vivía allí, compartiendo mis planes de verano, viaje y descanso. Frente a éstos, ella me relataba una vez más su cansancio y sus esfuerzos por salir adelante pese a las muchas dificultades, sin interrupción posible: su vida precaria y carente de seguridades básicas no permitía abrir un resquicio por el que poder escapar aunque fuera para tomar aliento durante un tiempo y volver con más fuerzas a la lucha cotidiana. Fue un momento clave para mí, la oportunidad de constatar la gran diferencia que había entre los dos: yo podía elegir dónde estar y por cuánto tiempo, abrir puertas para entrar y salir, decidir cuando y donde implicarme y cuando necesitaba desconectar; a ella la precariedad extrema la mantenía encerrada en una realidad en la que nunca podía bajar los brazos ni dejar de luchar para mantener la propia dignidad y la de los suyos. Ese día decidí que quería utilizar esa libertad para construir puertas y ventanas con quienes viven encerrados por la extrema pobreza. Eso me llevó a entrar en el voluntariado permanente de ATD Cuarto Mundo, el movimiento en el que desde entonces estoy enrolado (por cierto, ATD significa Actuar Todos por la Dignidad), como una apuesta por unir de manera clara mi vida a la de estas familias que iba conociendo y para aprender a su lado.

Desde entonces han pasado muchos años, y en ellos muchas cosas, alternando el voluntariado permanente con la práctica más sanitaria. Pero sobre todo he podido ir aprendiendo a escuchar primero, a dialogar después, y en los últimos años he ido tratando de formarme y experimentar sobre todo en torno al Cruce de Saberes y Prácticas, una metodología de co-investigación y co-formación entre personas en pobreza, profesionales y académicxs. Con ese espíritu andamos desde hace casi tres años enredando en el proyecto de Comunidades Activas en Salud, buscando las claves de una promoción de la salud que no deje a nadie atrás junto a profesionales y vecinxs en situación de pobreza de Vallecas y Tetuán.

Tengo por ahí un par de blogs en los que he ido descargando la mochila en estos años, el de "desastrando" y el de "mi salud, tu salud, nuestra salud". Están ya un poco oxidados, pero esperan pendientes de que pueda encontrar tiempos para profundizar en algunas cuestiones a las que llevo tiempo dándoles vueltas: cómo se ve el modelo salutogénico desde las perspectiva de quienes viven en mayor pobreza, y cómo incorporar a la identificación de activos en salud el mapeo de resistencias puestas en marcha por ellas.

A seguir aprendiendo toca. Y a seguir disfrutando del encontrarme con nuevxs y viejxs compañerxs de camino en estas búsquedas.

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 (por ejemplo, en 2016 a Islandia, en 2017 a Castilla y León, en 2018 a Estocolmo, en 2019 a Rusia), 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 y de su tratamiento, sobre la catecol-orto-metil-transferasa) 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 casi tres 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 entorno del 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 a la atención primaria, a tiempo parcial, también en Estados Unidos (Escuela de Salud Pública de la Johns Hopkins, de 1991 a 2013), en la Escuela Nacional de Sanidad (todavía profesor invitado de Salud Internacional) y en la Universidad Autónoma de Madrid (todavía profesor honorario de Salud Pública). 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". Coordinó el libro del Equipo CESCA sobre "Registros en atención primaria" y con Josep Casajuana el de "Renovación de la atención primaria desde la consulta".

Entre sus publicaciones científicas, para estudiantes y residentes destacaría “Is clinical prevention better than cure?” y “Clinical care and health disparities”.

Raquel González Rubio.

Estudié medicina y he terminado hace poquito la especialidad de salud pública en Madrid. En estos años he estado participando en distintas maneras de trabajar desde los determinantes sociales de la salud, siempre con esta sensación de estar en los límites, de las instituciones y de la disciplina. Me

acercó a este espacio con ganas de aprender con vosotrxs esas múltiples miradas a y desde la pobreza.

Javier Padilla Bernáldez.

Nací en Madrid, hice aquí la carrera de medicina y luego me fui a hacer la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a Sevilla; durante los 8 años allí hice un máster de economía de la salud y del medicamento en la UPF (online) y empecé (y abandoné) la especialidad de medicina preventiva (cursando el máster de salud pública y gestión sanitaria de la Escuela andaluza de Salud Pública. Desde hace casi 4 años he vuelto a Madrid, a trabajar de médico de familia en atención primaria (antes en Parla, ahora en el barrio de Fuencarral) y llevo unos años con la cabeza un poco metida en la retaguardia de la política de forma más o menos activa, primero asesorando a Marta Sibina (portavoz de sanidad para el grupo de Unidas Podemos en el congreso) y ahora más metidillo en el grupo de Más Madrid.

Hace un año y medio tuve una niña y para poder cuidarla más tiempo tengo reducida mi jornada de trabajo (formal) un 40%. Antes escribía más, ahora escribo menos porque tengo menos tiempo, pero de vez en cuando publico cosas en colectivo Silesia, Eldiario.es o Agenda Pública (ahora alojado en El País).

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 (Almería, España) 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".

Entre todas sus publicaciones científicas elegiría para docencia de estudiantes y residentes: “El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas” y “Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre”.

Carmen Rodríguez

Nací hace 50 años en Madrid. Estudié enfermería hace ya un rato largo. Siempre describo mi trabajo como una de mis pasiones, empecé trabajando en Urgencias durante diez años y me encantó, después pasé a Atención primaria y me gustó más.

Soy también una apasionada de los barrios del sur, he nacido y vivido siempre en Usera y trabajo desde hace 20 años en Vallecas en la consulta de enfermería pediátrica, lugar privilegiado para aprender, cuidar, compartir y poder desarrollar el reto que supone la Atención Primaria.

Estos últimos años con muchas peleas en la Marea Blanca, cercana a Yo si sanidad Universal para intentar preservar una sanidad pública para todos y todas, en la que creo firmemente. También creo firmemente en lo asociativo, en lo colectivo, creo que el mundo será mejor si todos nos ponemos a ello, por

eso durante toda mi vida he participado en asociaciones o espacios de mis dos barrios. En los últimos tiempos participo en la Red Solidaria de Acogida, colectivo ciudadano con la mirada especialmente en migrantes y refugiados.

Tengo 3 hijos que ya van empezando a volar solos 21, 18 y 14, he cambiado las tareas de la crianza por los “dolores de cabeza” del camino hacia la autonomía

Aviso que la tecnología me cuesta un poco, tener en cuenta que hice la carrera con máquina de escribir y en cuanto a redes me asomo discretamente pero soy más de hablar como toda la vida.

Elena Ruiz Peralta.

Por pericias de la vida ahora mismo vivo en Madrid y trabajo como técnica de promoción de la salud. Esta pirueta con tirabuzón, desde la consulta de medicina de familia y comunitaria en la Sierra de Segura hasta el agujero del donut, está impulsada por el paro andaluz pero también por ser culillo de mal asiento e ir siempre saltando de lo macro a lo micro y viceversa. La misma inquietud que me llevó en su momento a estudiar Antropología Médica y a estar siempre implicada en movimientos o colectivos sociales. Ahora incordio y construyo desde Silesia y Yo Sí. Me gusta el arrejunte creativo.

Pablo Serrano Morón.

Nací en Madrid y viví en Vallecas y luego en Pozuelo de Alarcón. Estudié medicina en la Autónoma rodeado de profesores que parecía que querían que odiásemos la medicina. Después hice la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en Leganés, acabándola en los años en los que se acusó a amigos y compañeros del Severo Ochoa con acusaciones inventadas. Después trabajé en Gran Canaria durante unos meses en los que me di cuenta, junto a mi pareja, que no estábamos hechos para la insularidad. A la vuelta, trabajé de médico de familia en Fuenlabrada y a la vez, gracias básicamente al esfuerzo de mi pareja, me saqué la licenciatura de Antropología social y Cultural por la Uned. Luego tuve suerte y saqué plaza en propiedad en Madrid. Y volví a Vallecas, tratando de saldar, supongo, la deuda que tengo con el barrio y la sensación de traición que nos queda a los que una vez vivimos allí y lo abandonamos.

Tengo cuatro hijos y la suerte de poder verlos crecer con una persona maravillosa a mi lado de la que aprendo todos los días.

Una vez escribí a medias una canción y de vez en cuando cobro 10 o 15€ de la SGAE.

Y hace cerca de 2 años Dani y Ruth me embarcaron en un proyecto que se llama Comunidades Activas en Salud que hace que las cosas tengan un poco de sentido.