



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



IV CONGRESO SUBREGIONAL DE PENÍNSULA IBÉRICA DE LA REGIÓN WONCA IBEROAMERICANA -CIMF

Mesa 1: La medicina de familia, más necesaria que nunca

Moderador:

Albert Planes Magrinyà

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Santa Eugènia de Berga, Barcelona, España

Ponentes y contenido:

Maria Inez Padula Anderson

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Expresidenta de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar. Presidenta de la Conferencia Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF)/WONCA

João Sequeira Carlos

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Presidente de la Sociedad Portuguesa de Medicina Familiar (APMCG-Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar)

Josep Basora Gallisa

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Resumen

El objetivo de la mesa es analizar los desafíos para el ejercicio de la medicina de familia y las alternativas existentes para su mejor desarrollo. Se analizará el contexto específico de la atención primaria en Brasil, en Portugal y en España, y se presentarán las iniciativas destinadas a fortalecer el papel de la medicina de familia en estos países.

Se analizará la evolución y perspectivas de la medicina de familia dentro del sistema de salud público de los 3 países, con anotaciones también sobre la situación en la región de las Américas (CIMF/WONCA). Se profundizará, no solo en la historia en cada una de las realidades, sino, sobre todo, en el papel actual y el futuro de la medicina de familia.

Los ponentes propondrán estrategias para poner en valor el ejercicio profesional del médico de familia ante la sociedad. Se abordarán aspectos importantes como las estrategias para atraer hacia la medicina de familia a los nuevos médicos, el ejercicio de un nuevo profesionalismo y sus valores, así como el irrenunciable compromiso del médico de familia hacia el paciente. Todo ello sin olvidar la importancia de basar los sistemas sanitarios en una atención primaria de salud fuerte, para hacerlos más equitativos, eficientes y cercanos.

Conoceremos la situación en un país emergente, Brasil, que evolucionó desde un sistema de seguridad social hacia un sistema único de salud: un sistema de acceso universal con una fuerte descentralización hasta el ámbito municipal.

Se revisará la importante apuesta en Portugal por la autonomía de sus centros de atención primaria, así como las implicaciones que el entorno económico y el cambio de gobierno han tenido en su evolución.

España, que hizo una profunda reforma de la atención primaria, se encuentra ahora sumida en un importante cambio de modelo sanitario, con un intenso debate sobre la gestión pública o privada de sus centros sanitarios. Se analizarán las perspectivas de la atención primaria en este nuevo escenario.

En la mesa se abordarán también las posibles estrategias para fortalecer la medicina de familia, tanto en un país emergente (Brasil) como en el complejo entorno económico del sur de Europa (Portugal y España): la medicina de familia como motor de mejora del sistema sanitario y como garante de la equidad.

Contar con la presencia de la nueva presidenta de la región CIMF/WONCA permitirá revisar la situación y perspectivas de la medicina de familia en los sistemas sanitarios del continente americano.

La medicina de familia, más necesaria que nunca

Maria Inez Padula Anderson

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Expresidenta de la Sociedad Brasileña de Medicina
Familiar. Presidenta de la Conferencia Iberoamericana
de Medicina Familiar (CIMF)/WONCA*

Para problematizar el tema propuesto parece estratégico traer una reflexión inicial sobre cómo el modo de vida en la sociedad actual afecta directamente a la salud y la calidad de vida de las personas y trae, consecuentemente, importantes desafíos para los profesionales y para los sistemas de salud.

Además de las enfermedades de la pobreza, del hambre y de la falta de saneamiento que aún persisten para la mayor parte de la humanidad, tenemos otros y nuevos tipos de enfermedades. Estas representan modos de quedar enfermos aún más complejos, porque, más allá de sumarse, actúan de forma interactiva con los primeros, afectando a todos, sin distinción de estado social, aunque hayan efectos más devastadores para la población del llamado tercer mundo.

Hoy, el perfil de morbilidad/mortalidad de las poblaciones y la expectativa de vida de las personas están conformados y afectados por enfermedades crónicas degenerativas influenciadas por los hábitos y estilos de vida. Son dolencias asociadas a la violencia, las condiciones generales de vida en las grandes y pequeñas ciudades, los valores impuestos por la sociedad de consumo y por la globalización. O sea, se ampliaron los factores y las situaciones de riesgo a la salud y, por otro lado, se evidenció y amplió la comprensión de que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno complejo, en el cual actúan variables de distintas dimensiones, biológicas, psicológicas, culturales y sociales.

Muchas son las razones que llevaron a la humanidad a vivir estas formas de quedar enfermos de la sociedad actual. De entre ellas, la forma de pensar y actuar —de manera fragmentada, episódica y puntual, característica de la ciencia cartesiana— que, a pesar de haber traído muchos avances se ha relacionado a diversas formas de crisis: financieras, económicas, sociales, ecológicas, éticas y también, una crisis en la salud.

En el campo de la salud, la concepción cartesiana de ciencia, aún hegemónica, ha constituido el paradigma anatomoclínico que, a finales del siglo XVIII, fortaleció la idea de que el valor y la importancia del profesional de salud y de sus prácticas son tan más grandes cuanto más focales y puntuales son su mirada y su actuación profesional. Sin embargo, la hegemonía de la concepción cartesiana se hace más grave en la actualidad que antes. El perfil de morbilidad/mortalidad de las poblaciones y la expectativa de vida de las personas constituyen una realidad muy distinta de la configurada con ocasión de la emergencia y del establecimiento de la medicina anatomoclínica, como se ha señalado anteriormente.

Aunque esta crisis paradigmática afecte a todos los ámbitos del sistema, se da de forma más compleja y evidente en la atención primaria y, consecuentemente, en la medicina de familia y comunidad (MFC). Por esto cabe, a nosotros también, reflejar y estudiar formas de superación de estos desafíos. Y la mejor forma de explorar este terreno es tomando posición, avanzando de forma técnica y responsable en las fronteras de la ciencia y de los “*status quo*” de los sistemas.

En este contexto, se presentan los principales desafíos que afectan a la MFC en Brasil y, tal vez también, en el contexto internacional.

Principales desafíos aquí aportados como necesidades:

1. Proveer, mínimamente, una asistencia de salud. En pleno siglo XXI, la gran parte de la humanidad no goza de una atención de salud integral, equitativa y ni siquiera básica.
2. Superar, incluso entre nosotros mismos, la concepción reduccionista que coloca la MFC y la atención primaria de salud (APS) como “*asistencia de segunda clase para ciudadanos de segunda clase, prestadas por personal de segunda clase*”.
3. Hacer la MFC una práctica universal, un deber del estado y un derecho de las personas, las familias y las comunidades.
4. Estar centrada en una racionalidad científica distinta de la generadora de la crisis de la salud en Brasil y en el mundo.
5. Incorporar el paradigma de la complejidad biopsicosocial y desarrollar cualificaciones diagnósticas y terapéuticas en la práctica cotidiana de la MFC.
6. Trabajar para la salud y en calidad y vivencia de la plenitud de la vida (para personas, familias y comunidades).
7. Adoptar y practicar (de hecho) los principios de la MFC y de la APS —sustituyendo progresivamente la medicina centrada en la enfermedad— basada en procedimientos diagnósticos y en la medicalización de los síntomas por la medicina centrada en la persona y utilizar su método clínico.
8. Desarrollar habilidades comunicacionales y otras en el campo de la medicina narrativa, del papel terapéutico de la relación médico-persona, entre otros.
9. No ocupar el centro del tiempo profesional a practicar la medicina de familia basada en asistencia del tipo “*demanda espontánea*” (actuación focalizada en la queja).
10. No confundir cobertura asistencial con APS de calidad.
11. No organizar procesos de trabajo a través de protocolos de enfermedades y programas verticales (hipertensión arterial, diabetes, sida, etc.).
12. Incrementar la cualificación técnica para acciones de planificación y evaluación local de salud.
13. Desarrollar estrategias de valorización de las especialidades y del especialista en MFC (salarios/vínculo empleo/plan de cargos y salarios/incentivos).
14. Desarrollar estrategias de capacitación para gestores para implementar una APS de calidad.
15. Hacer que la formación en MFC sea completamente realizada a través de programas de residencia médica de

buena calidad y sintonizados con los nuevos paradigmas científicos.

16. Incrementar la inserción académica de la MFC (formación e investigación).
17. Insertar conocimientos y desarrollar prácticas de:
 - Prevención cuaternaria.
 - Cuidados paliativos y de final de vida.
 - Cuidados innovadores de la salud mental.
 - Cuidados innovadores a la gestación y al parto –relaciones con gestante, feto, complejo madre-hijo-padre-familia–, donde (casi) todo comienza.
 - Ecología/medioambiente y salud/medicina “rural”.
 - Interculturalidad.
 - Trabajo en equipo multidisciplinar.
 - Empoderamiento social.

La MFC y la APS, por sus características de trabajo longitudinal y abarcador, pueden contribuir, de hecho, para la actualización de los sistemas de salud, porque las necesidades de cuidados primarios que las personas, familias y comunidades experimentan al largo de sus vidas exigen más que el empleo de procedimientos focales, transitorios o puntuales, vueltos para el control de inestabilidades fisiopatológicas críticas.

Pero, para cumplir este papel, la MFC debe estar insertada en las nuevas formas de pensar de la ciencia, constituyendo más que una disciplina o un nivel de atención, un campo del conocimiento científico que se debe explorar. Tenemos, no solo los medios sino, también, la responsabilidad para hacer de esto una realidad.

Bibliografía recomendada

- Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. En: Gusso G, Lopes JMC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Vol. 1. Porto Alegre-RS: Artmed Editora; 2012. p. 1-12.
- OMS. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Washington, DC: OMS; 2008.
- Rawaf S, Maeseneer JD, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*. 2008;372:1365-7.
- Rodrigues RD, Anderson MIP. Integralidade e complexidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. En: Gusso G, Lopes JMC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Vol. 1. Porto Alegre-RS: Artmed Editora; 2012. p. 845, 60-71.
- Starfield B, Gervas J. Family medicine should encourage its clinicians to subspecialize: negative position. En: Buetow SA, Kenealy TW, editors. Ideological debates in family medicine. New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2007.
- Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Fam Pract Manag*. 2009;16:6-7.
- Starfield B. General practice as an integral part of the health system. 16th Nordic Conference on General Practice. Copenhagen, Denmark: May 13-16, 2009. Disponible en http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbara_Starfield
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report* 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 Supl 1:20-6.

Desafíos para la medicina de familia en Portugal

João Sequeira Carlos

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Presidente de la Sociedad Portuguesa de Medicina Familiar (APMCG-Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar)

O percurso evolutivo dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal está embebido na história da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). Desde 1983 que a APMGF trabalha continuamente os aspectos práticos e conceptuais da organização e desenvolvimento dos CSP. Contribuímos para a dignificação do acto médico e para a afirmação da medicina geral e familiar em Portugal e no mundo.

A medicina geral e familiar alcançou em Portugal uma imagem de credibilidade

no sistema de saúde e de confiança junto da população. Ter médico de família é uma necessidade sentida e os CSP estão hoje centrados em unidades funcionais de proximidade numa lógica de serviço às comunidades onde estão inseridas.

Neste contexto foi iniciado em 2005 um processo de reforma reforçando o papel das equipas prestadoras de CSP com a criação das unidades de saúde familiar (USF). O sucesso da reforma permitiu uma avaliação positiva do seu impacto na população e nos profissionais com resultados importantes ao nível da satisfação. Foram também evidentes os ganhos de eficiência e a redução da despesa com medicação e meios complementares de diagnóstico, com benefício claro em ganhos de saúde.

Estes factos inscreveram as USF no memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica para a assistência financeira externa a Portugal, onde ficou assumido o compromisso de aumentar o seu número, continuando a recorrer a uma combinação de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho.

A APMGF mantém o posicionamento estratégico fiel aos princípios dos seus fundadores. Como associação de projecto promovemos a reflexão e acção para a evolução dos sistemas de saúde assentes nos CSP. Nos actuais tempos de incerteza social e restrições financeiras urge reforçar o investimento e alocação de recursos aos CSP, permitindo alargar a todas as unidades de saúde o modelo de reorganização em curso.

Muitos são os desafios que se colocam à evolução deste processo, traduzindo dificuldades inerentes às reformas. A resistência à mudança e as lideranças frágeis afiguram-se desde logo como elementos que contrariam a dinâmica de reforma.

Contudo a APMGF está preparada para responder aos desafios tendo delineado um plano de acção estratégica nas seguintes áreas:

- Gestão de recursos humanos na área dos CSP, promovendo a utilização de recursos humanos especializados e qualificados na prestação de cuidados.

- Desenvolvimento das unidades de saúde e das equipas de CSP com sustentabilidade, inovação e modernidade.
- Governação clínica e da saúde nos CSP, assumindo o compromisso com a qualidade na prestação de cuidados e melhoria contínua do estado de saúde da população.
- Evolução nos sistemas de informação como condição para a maior robustez na gestão do conhecimento e na segurança dos pacientes.
- Coordenação e integração de cuidados de saúde entre os diferentes níveis de prestação (CSP, cuidados hospitalares, cuidados continuados).
- Promoção da saúde e prevenção da doença.

A reforma dos CSP não permitiu ainda alcançar a reorganização necessária do sistema de saúde, mormente nos

tempos complexos que vivemos. Estamos confiantes que as sinergias criadas entre os diferentes agentes do sistema irão permitir que este caminho se faça com sabedoria e capacidade de concretização.

Os cuidados de proximidade são a melhor resposta para as necessidades de saúde da população do século XXI. Haja coragem para um investimento real nesta área, deixando estes pressupostos o plano teórico de programas de governo para passar a ser uma estratégia de estado transgeracional.

Esta é uma vontade que queremos verter num plano de realidade em Portugal e estamos certos de que qualquer país do mundo partilha connosco estes ideais. Mais do que nunca são os CSP a garantia de sustentabilidade dos sistemas de saúde modernos.

Mesa 2: Panorámica del ejercicio profesional del médico de familia

Moderador:

Sergio Minué Lorenzo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública

Ponentes y contenido:

Virginia Hernández Santiago

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Population Health Sciences Division, Medical Research Institute, Dundee, Escocia

Tiago Villanueva

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Portuguesa de Medicina de Familia (APMCG). Editor del blog sobre Atención Primaria en el British Medical Journal

Salvador Casado Buendía

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Villalba, Madrid, España

Resumen

En esta Mesa se analizarán las diferentes alternativas existentes para el ejercicio profesional en medicina de familia en sistemas nacionales de salud.

Se analizará el contexto específico para el ejercicio profesional en medicina general en Reino Unido, Portugal y España. Se identificarán oportunidades de mejora para el ejercicio profesional en medicina familiar en estos países.

Panorámica del ejercicio profesional del médico de familia. La perspectiva portuguesa

Tiago Villanueva

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Portuguesa de Medicina de Familia (APMCG). Editor del blog sobre Atención Primaria en el British Medical Journal

To become a fully-fledged family doctor in Portugal, it is necessary to complete a four year specialist training program, and undergo a public examination which assesses the CV, practical and theoretical knowledge of the applicant.

Upon completion of specialist training, newly qualified GP's usually apply for a permanent position in the National Health Service through a public tender, even though these are usually restricted to a certain region. As such, you will usually end up working in the same region where you trained. As of January 2013, according to a new decree, all family physicians with a permanent position have a 40 hour

work week and a patient list of about 1900 patients, and may also be required to supervise Family Medicine trainees, participate in research and be a member of the examination panel of trainees undergoing their final exams.¹

Family Physicians in Portugal usually provide a comprehensive range of services: adult health, child health (both acute problems and health maintenance consultations), women's health (both family planning and maternal health) and home visits. However, the range of technical procedures carried out by family doctors is usually limited, and it is often necessary to refer patients to secondary care even for minor problems such as the excision of an epidermoid cyst.

Most newly qualified family doctors these days will usually end up working in the "new generation" health centres, called "Family Health Units" (Unidades de Saúde Familiar), which are "self-organized multi-professional teams formed by Family doctors, nurses, managers and other professionals" and have "autonomy to define their own working processes and to negotiate goals to be met with local health authorities".² They've been around since 2006, when a major primary health care reform came into place.^{3,4} These multidisciplinary teams may be entitled to a payment system that works partially through incentive mechanisms.⁵ In the old model, all Family Doctors are paid a similar salary, but in some Family Health Units the payment system includes salary plus a number of supplements related to capitation, "performance compensations, related to the annual contracting of specific surveillance activities", and additional set of services, if contracted, thus increasing the income of family doctors and the pulling power of a career in Family Medicine.⁵ The current European financial crisis has hit Portugal particularly hard, and has reduced the incomes of doctors throughout the National Health Service and has been jeopardizing the payment of incentives.

Even though Family Medicine is considered a specialty in Portugal, primary care in many deprived areas is often provided in part by either doctors of other specialties or so called "undifferentiated doctors" (doctors which have autonomy to practice independently but who didn't complete a specialist training program), who are often foreign doctors. However, these doctors who are not formally qualified in Family Medicine are not entitled to apply for permanent positions in the National Health Service (in Spanish - "oposiciones") or to have a patient list, and usually work as either short or long term locum doctors through recruitment agencies that outsource doctors to the National Health Service. They usually attend to patients who don't have a fixed family doctor, until those patients are allocated to permanent family doctors. Please note that roughly one million patients in Portugal (about 10% of the Portuguese population) do not have a Family Physician.⁶ Unlike fully qualified Family doctors, locum doctors working in primary care usually provide a much narrower scope of services, as they do not usually carry out child health, family planning, maternal health, and even home visits.

About 70 % of family doctors work exclusively in the public sector, compared to 30 % of hospital doctors.⁷ There are some private hospitals with departments of Family Medicine, even though Family doctors working there are limited to adult health. A recent trend in primary health care has been the opening of walk-in clinics by large retail groups, which provide affordable consultations at competitive prices.⁸

References

1. Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro [consultado 7-4-2013]. Disponible en: <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/12/25202/0027000278.pdf>
2. Fialho AS, Oliveira MD, Sá AB. Using discrete event simulation to compare the performance of family health unit and primary health care centre organizational models in Portugal. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:274.
3. Villanueva T. Family Medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context. *Int Arch Med.* 2009;2:36.
4. Rocha P de M, De Sá AB. Family health reform in Portugal: analysis of its implementation. *Cien Saude Colet.* 2011;16:2853-63.
5. Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2011;13:1-156.
6. Um milhão sem médico de família [consultado 6-4-2013]. Disponible en: <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/saude/um-milhao-sem-medico-de-familia>
7. Exclusividade dos médicos - quase todos concordam, poucos acreditam [consultado 8-4-2013]. Disponible en: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/exclusividade-dos-medicos-quase-todos-concordam-poucos-acreditam-1584781>
8. Clínicas de saúde dos donos do Pingo Doce fizeram 2000 consultas a um preço máximo de 34 euros [consultado 8-4-2013]. Disponible en: <http://www.ionline.pt/portugal/clinicas-saude-dos-donos-pingo-doce-fizeram-2000-consultas-preco-maximo-34-euros>

Panorámica del ejercicio del médico de familia en España

Salvador Casado Buendía

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS
Villalba, Madrid, España*

Una panorámica es una visión con la suficiente perspectiva como para ver con facilidad el conjunto de lo que se quiere contemplar. Es quizá lo que más necesita la medicina de familia (MF) contemporánea para enfrentarse a los retos que la amenazan.

¿Qué está pasando con la medicina de familia en España? Al tener menos plazas MIR, menos presupuesto porcentual y menos visibilidad, sigue encogiéndose mientras los hospitales crecen porcentualmente, entre otras cosas por ofrecer mayores ventajas a nivel político, por rentabilidad de votos y por acomodar intereses de otros potentes *lobbys*.

El principal problema al que se enfrentan los médicos de familia españoles es su propia *crisis de identidad y prestigio*, que no satisface a los propios MF y hace que los MIR la rehúyan. Con 2 vertientes: para los jóvenes el muro (menos suplencias, más precariedad laboral, mercado laboral cerrado, etc.), para los seniors el fuego (*burnout*, desmotivación, burocracia, sistema que no les incentiva ni escucha, etc.).

Pese a todo partimos de potentes *fortalezas*, como una sólida formación de 4 años que nos permite ofrecer servicios de salud de calidad a personas de muy diferentes ámbitos y condiciones. La posesión de información blanda del paciente, su familia y su comunidad nos permite producir servicios personalizados de alta eficiencia, cerca de donde vive el ciudadano y de manera accesible. El ciudadano valora esto en gran manera¹, otorgándonos su confianza. Contar con profesionales con alta vocación y unos valores centrados en el paciente nos hace muy necesarios para una sociedad en crisis. Por otro lado, la belleza de nuestra área de conocimiento, que nos constituye en especialistas de personas y no de fragmentos anatómicos, hace de nosotros profesionales con una visión de la salud y la enfermedad más cercana a la realidad de la persona y la sociedad.

Las *debilidades* comienzan con las dificultades para reconocer el talento de los médicos de familia jóvenes y proveerles de una estabilidad laboral que ahora no se da. El bajo nivel de moral que cunde en los centros de salud favorece la queja de salón y dificulta el análisis y la producción de propuestas. Hay muchos profesionales quemados y se extiende una cultura “de mínimos” (llegar tarde, irse pronto, hacer poco), dado que el sistema de incentivos falla al premiar al que rellena protocolos y castigar al que desarrolla innovación o servicios no incluidos en cartera. La distribución de roles en atención primaria ha favorecido a otros colectivos que han sabido delimitar sus ámbitos laborales dejando que los flecos recaigan sobre el médico que es el que tiene más competencias. El exceso burocrático también sigue bloqueando el 30% del tiempo de asistencia, sin una implementación de la receta electrónica ni mejoras en el control de partes de baja y otros informes.

El *horizonte de retos* a los que nos enfrentamos es grande, por eso requerimos hacer una panorámica que los incluya todos y nos permita ofrecer respuestas. Quizá el primero sea el horizonte de recortes por la situación de crisis económica² que se suma a los años previos de presupuestos decrecientes³. Esto implica menos personal (se amortizan plazas de médicos que se jubilan), disminuyen presupuestos de suplentes y aumentan los doblajes y las horas trabajadas. A este reto sumamos el de la desmotivación del colectivo favorecido por el escaso diálogo y capacidad de escucha de gestores y políticos (por otro lado hartos de las numerosas quejas que vamos produciendo), el pésimo sistema de incentivos (complemento variable) y la rigidez del sistema que no premia con flexibilidad (gratuita) a sus mejores profesionales.

La pérdida de credibilidad de las instituciones de representación (colegio de médicos, sindicatos, sociedades científicas, etc.) basada, por un lado, en la diversidad de intereses y, por otro, en la poca capacidad de diálogo, hace que cada cual haga la guerra por su lado y se pierda la función de *lobby*⁴, que necesariamente necesitamos de cara a la sociedad y nuestros gobernantes.

Desde la reforma de la atención primaria hasta hoy hemos generado infinitas charlas de café, pero muy pocas propuestas y muy pocos mensajes que la sociedad o los políticos en-

tiendan. Recuperar la iniciativa es una necesidad prioritaria desde el consenso y la inteligencia colectiva, con las instituciones tradicionales y fuera de ellas. “Cablear la primaria”, favorecer el diálogo y las conexiones, pareciera que es una ruta interesante para salir de la inmovilidad. El potencial argumental de muchos médicos de cabecera, la constitución de *think tanks* como los seminarios de innovación en atención primaria, o de trabajos colaborativos de gran interés como el Informe Sespas⁵, el blog AP12causas⁶, el libro *La refundación de la Atención Primaria desde la consulta*⁷, el documental *Seis minutos*⁸ y un largo etcétera, nos dan confianza para tratar de trasladar conocimiento y posiciones desde nuestro nivel técnico al social o político.

Nos jugamos nuestro presente en cosas tan básicas como la profesionalidad, la comunicación (horizontal con pacientes y profesionales sanitarios; vertical con gestores, políticos y sociedad en general) y la innovación (tratar de producir valor añadido a pacientes y sistema). Esto solo podremos acometerlo con más inteligencia colectiva, sumando ideas, sumando personas y sumando mensajes.

La sociedad necesita médicos de familia que trabajen por su salud y la protejan de los excesos (sobremedicalización, *disease mongering*, etc.). Hacer valer la MF en tiempos de crisis⁹ será un reto a acometer por cada médico, dentro de su consulta y fuera de ella. Cada uno de nosotros somos embajadores de un mismo mensaje, una forma de hacer las cosas que busca lo mejor para el paciente y su familia. Nosotros solos no podremos salvar la especialidad, con la sociedad de nuestro lado seguramente sí.

Bibliografía

1. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud, Año 2012. Disponible en: <http://bit.ly/1317KLI>
2. Simó J. Ap21 y esfuerzo previo en inversión en Atención Primaria. Blog: Salud, dinero y... atención primaria. 2012. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2012/10/ap21-y-esfuerzo-previo-en-inversion-en.html>
3. Palomo L. Atención Primaria, salud y crisis. Nuevatribuna.es 2012.
4. Casado S. We need a royal college of general practitioner in Spain. Blog: La Consulta del doctor Casado. Disponible en: <http://www.doctorcasado.es/2011/04/we-need-royal-college-of-general.html>
5. Hernansanz F, Clavería A, Gervas J, editores. Informe SESPAS 2012: Atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. Gaceta Sanitaria. 2012;26 Monográfico 1:1-164.
6. Benedicto C, Gavilán E, Padilla J, Casado S. Disponible en: <http://apxii.wordpress.com/>
7. Casajuana J, Gervas J. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012.
8. Sacher R, López-Fando C, Benedicto C, Baos V, Casado S. Documental seis minutos, 2012. <http://www.seisminutos.com/>
9. Ortún V. La refundación de la Atención Primaria. Springer Healthcare 2011