

CONDICIONES NECESARIAS PARA RECIBIR UN SUFICIENTE COMO
CALIFICACIÓN FINAL DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA.

(Un relato real de una represión sanitaria).



Por Roberto Sánchez. Médico de familia. Madrid. España.

Correspondencia: robertojosesan@yahoo.es

1. Los médicos biológicos y los médicos biopsicosociales.

En Medicina Familiar y Comunitaria se hace referencia recurrentemente al modelo biopsicosocial. Éste sirve para dar al paciente, a la persona que vemos en nuestras consultas, una atención lo más digna e integral posible.

El modelo biopsicosocial lo definió Engel, pero es en sí más viejo que la tos; viene de la época en la que el médico era más un mago que un científico.

El médico de familia es el único que por su posición puede atender a las necesidades y requerimientos que quedan fuera de lo estrictamente biológico y dentro de los parámetros de la atención médica.

Está claro que un médico especialista, puede proporcionar al paciente crónico ya diagnosticado, pongamos por caso, unas indicaciones sobre

el tratamiento, evolución, pronóstico... pero es difícil que le acompañe en su proceso de enfermar.

También, en mi opinión, es complicado que un médico de familia que tiene que recibir a 60 pacientes en una mañana acompañe a algún paciente de esos 60 o a otros en algún proceso, pero debe de hacerlo o al menos intentar hacerlo.

En tanto en cuanto el paciente que visita las consultas de Atención Primaria no es un sustrato meramente biológico, sino que es una persona, con sus ideas, sus sentimientos, sus inquietudes, sus perspectivas acerca de la vida, de la salud y de la enfermedad, debe ser tratado así, desde la escuela biopsicosocial. Se puede hacer de otra manera, pero creo que no se le estuviera dando al usuario una atención adecuada en este sentido.

Desde la implantación de este nuevo paradigma y en su recorrido a lo largo del tiempo, parece que el asumirlo es un capricho del profesional, una opción, un modo de actuar de los médicos blandos, débiles, concesionistas, paternalistas.

No se puede exigir a un licenciado que ha estudiado la carrera de Medicina que lo haya hecho por intereses diferentes a los meramente científicos. Pero sí al profesional que trata todos los días a las personas. Las personas al final son las que juzgan y te califican. Y los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria (colectivos de débiles en general: clases bajas, inmigrantes, ancianos, amas de casa...) no perdonan al médico biológico.

El paciente no tiene ni idea de ITUS ni de transaminasas y es capaz de perdonar cualquier error en este sentido, pero lo que no te perdona es la falta de empatía, ni el desenganche afectivo. Esa te la guarda.

El cuento ése de que "las enfermedades o los cánceres no se curan con buenas palabras sino con Medicina" para contravenir al paradigma biopsicosocial ya no se lo cree ni la carracuca. Está claro que los aspectos puramente científicos de los casos requieren potencial

científico, médico. La diabetes no se controla dando palmaditas en la espalda. Pero también es cierto que:

- 1) En nuestras consultas hay mucha patología banal o pseudobanal, que se controla con una buena dialéctica, con una buena relación con el paciente. La ausencia de ésta sólo provoca desconfianza, iatrogenia o gastos innecesarios.
- 2) Una atención digna y humana, centrada en el paciente y no en la enfermedad no significa hacerse amigo ni camaradear con el paciente, ni ignorar la distancia terapéutica.
- 3) Ser biopsicosocial no significa ser padre, ni la Madre Teresa de Calcuta, ni una Hermanita de la caridad. No significa poner la otra mejilla, ni que el paciente ocupe tu sitio.

2) La vida y la Medicina de Familia como poliedro.

La Medicina General, como la vida, ofrece infinitas posibilidades. Es un hecho incuestionable que cada médico de cabecera se desarrolla profesionalmente en algunas facetas más que en otras, sin que esto signifique dejación alguna de sus funciones. Si bien es cierto que todas las opciones en la vida y en la Medicina son respetables entendiendo como respeto la opción de ejercerlas, también lo es que no todas las opciones son idénticas, ni, incluso, legítimas, desde un punto de vista moral.

Evidentemente no tiene el mismo valor moral un médico que se deja la piel porque sus pacientes fallezcan en su casa sin dolor, sin vómitos, dignamente, bajo el ala de sus cuidados, que acude al domicilio de los suyos si se le requiere. Que trata con dignidad al inmigrante y no como a una puta escoria, que trata de conocer a sus pacientes y más difícil, de comprenderlos, sin prejuizarlos. Que hace prevención cuaternaria, seguridad del paciente, uso racional del medicamento, educación para la salud, que bucea en los determinantes sociales de la salud, que se plantea la intervención comunitaria. Que trata las ITUs Y GEAs y catarros no por tratar ITUs, GEAs ni catarros, sino porque tratar ITUs,

GEAs y catarros en la Sanidad Pública es una manera de cambiar el mundo. Que hace una exploración ginecológica cuando debe hacerse o cuando la paciente se lo pide. Que es capaz de sentir compasión y más aún, que es capaz de ser piadoso. Que lucha por y para el sistema, porque luchar para mejorar el sistema es luchar por la Sanidad Pública y es luchar por los que la usan, es luchar por tu país, por su gente y sobre todo (desafortunadamente, porque ése es un indicativo de su deterioro) por las clases bajas, por los humildes...

No hacerlo es respetable, claro, pero las consecuencias que se derivan para el paciente y/o para el sistema son nefastas.

La insumisión ante el modelo biopsicosocial lleva a la práctica biologicista, con la que se resuelven un puñado de situaciones de la consulta, pero deja en muchas otras situaciones al paciente a su suerte.

Estos comportamientos a lo único a lo que conducen es al *burnout* del profesional, al *burnout* del paciente (fenómeno poco conocido que habrá que estudiar) que acude a las consultas de Atención Primaria, a la pérdida de prestigio social del médico y de la especialidad, y a querer reducir la práctica al final, al menor intercambio afectivo y sentimental posible. Una vida y un ejercicio sin este intercambio es una vida frustrante y baldía, yerma, estéril. Es dejar de ser un médico para convertirse en un técnico.

3) *La Bicha.*

Los médicos biológicos que no reciben o ningunean el calor de los pacientes en la consulta a algún fuego tienen que acabar arriándose. El ejercicio diario de la consulta es muy duro y se haría insostenible si no.

Los médicos, aunque militen en el bando de los “bios”, necesitan como cualquier persona calor, incentivos, reconocimiento de algún tipo, una meta para seguir.

El médico “biopsicosocial” obtiene esta recompensa de los pacientes de manera fácil e inmediata. Todo el mundo que ha trabajado como médico de familia sabe que el contacto tan directo con los pacientes proporciona muchos disgustos, pero también muchas alegrías y satisfacciones que no cuesta mucho obtener.

Este es el motor que mantiene a gran parte de los médicos de familia en pie, soportando las penosas condiciones laborales a las que nos someten a diario.

El “bio” cae preso al final del modelo “biopsicosocial” y acaba teniendo como el paciente sus necesidades afectivas, ya sean personales o profesionales.

Si invalidas a los pacientes para este cometido, el dador natural es el que te paga, para el que trabajas, la Administración. Pero ésta no parece estar nunca para nada.

Conocedores de este hecho, los médicos “bios” son carne fresca para los vampiros de la industria farmacéutica. Reconoceréis a los vampiros fácilmente porque nunca están pero siempre andan revoloteando, van en traje y aparecen en el momento justo. Por si no los conocéis, son como los de la funeraria cuando fallece un paciente en la planta.

A los médicos “bios” les gusta mucho relacionarse con la industria farmacéutica.

La sonrisa imperfecta de un paciente no es nada comparada con la sonrisa de una tía buena vestida con un traje de noche en el vestíbulo de un Centro de Salud.

Montados a sus lomos es cuando los médicos “bios” sienten que han recuperado su sitio en el sistema; ese sitio que no han sabido (más bien querido) extraer de los usuarios ni de sus colegas, que les ha negado la Administración y que La Bicha sabe muy bien cómo proporcionar en forma de prebendas directas, (de)formación continuada o asistencia a congresos en los que se aprenden cosas “imprescindibles” para el ejercicio diario en los sitios más insospechados del planeta.

No hay influencia tan eficaz como la que La Bicha proyecta en estos médicos para que sean capaces de apoyar su conciencia tranquila por las noches, sobre una almohada en un hotel de 5 estrellas al otro lado del planeta.

El otro frente en el que trabaja bien la industria con el médico “bio” es en investigación. Saben seleccionar a los más listos de la clase y a los más aplicados para este cometido. Al médico de perfil zampabollos lo pones a hacer unas infusiones, esto es, unos tés de Students o unas revisiones por pares y se te cansa enseguida.

Al médico “bio” la ciencia le pone mucho. Éste adquiere unos conocimientos básicos en Medicina Basada en la Evidencia, herramienta con la que siempre han mantenido y mantienen una relación ambigua e intranquila, se embuten en un traje y la industria le convierte a la voz de ya en un “experto” al servicio de sus intereses.

El médico “bio”, disfrazado de experto, recupera así, dando charlas de experto (las reconoceréis rápido porque al final de las mismas siempre se mueve el bigote a base de bien) el sitio que siempre creyó merecer.

Es muy fácil por otro lado, publicar bajo el paraguas industrial. En sus dominios nunca hay problema alguno (siempre que sigas el sendero y no se te ocurra descarriarte) y en lo que no son sus dominios, esa etiqueta que te coloca La Bicha de experto aunque sea de experto industrial, allana bastante el camino.

No hay consuelo moral mayor saber que si a los médicos bioindustriales, en lo que respecta a las actividades de fuera de la consulta, le quitaras a la industria farmacéutica de encima, se quedarían en menos de la mitad de lo que son.

4) Los salubristas y los de la evidencia como charlatanes.

Ya es hora de que en este micromundo de la Atención Primaria española en el que venimos a converger, alguien tenga un par de

huevos y hable abiertamente del enfrentamiento científico y más importante, ideológico (porque es el andamiaje que sustenta a lo científico) entre médicos “bios” (casi en su totalidad bioindustriales) y médicos “salubristas” o “evidentes”.

Acuña el término de “médico salubrista” para hacer referencia a los médicos de Atención Primaria que saben de Salud Pública o tienen inclinaciones hacia este campo. Y el término de “médico evidente” para hacer referencia a los médicos que defienden el ejercicio de la Medicina Basada en la Evidencia para sustentar sus prácticas.

No sé si este enfrentamiento es o no inevitable, o si el enfrentamiento no tiene otra opción que tener lugar, pero lo que pienso es que es un enfrentamiento guerracivilista y que no debe beneficiar mucho a la especialidad ni a la imagen que da la especialidad a la sociedad y al resto de la medicina, que por otra parte es una imagen con escaso contenido y que a muy pocos le importa algo, lo que en general me deja bastante tranquilo.

Si uno es joven, inexperto, tiene un mínimo interés en ver cómo funcionan las cosas e intenta aproximarse a algunas discusiones científicas, comprobará que, igual que pasa en la política, ante una misma realidad unos dicen blanco y otros negro.

Yo probablemente carezca de conocimientos suficientes para dar una opinión formada y razonada científicamente acerca de la mayoría de los temas de discusión.

Lo que sí que observo son algunas cosas. La resonancia y los medios de difusión de los bioindustriales son poderosos, tutelan a las sociedades científicas, a las revistas, a las editoriales médicas. Trascienden el ámbito profesional para hacerse con la gente, con los medios no médicos, con las asociaciones de pacientes, con la opinión pública, con la publicidad; son capaces de introducir su discurso hasta la médula.

Se mueven muy bien entre los que mandan, en las Gerencias, en el Ministerio, en las Consejerías de Salud de las Comunidades

Autónomas, en los Colegios de Médicos, entre los capataces de los Centros de Salud, muy bien entre los médicos de familia.

Ni que decir tiene lo que pasa en los hospitales, donde su poder de influencia es absoluto. La mayoría de los médicos hospitalarios comulgan de una u otra manera con la diarrea industrial. Hay algunos que no de manera directa, recibiendo prebendas, pero sí infectados por su discurso.

A la pandilla de los mal llamados salubristas o a los evidentes no les hace caso ni cristo por más que repiquen en el desierto.

Son unos cuantos frikis, iluminados, eruditos, locos de atar.

La industria les tiene mucho miedo, porque los salubristas están muy bien formados, se las saben todas. Al salubrista se le tiene silenciado, los mecanismos industriales se encargan de hacerlo por múltiples vías y se le ignora para ver si se cansa.

A la industria, como a la derecha, no le gusta un pelo el debate con esta pandilla, porque sacas a la arena qué te voy a decir, de la osteoporosis por ejemplo, a Rafa Bravo y a Santiago Palacios y el primero se lleva de calle al segundo. A ver cómo coño luego sigue ofreciendo el segundo densitometrías gratis a las amas de casa en su clínica, sin indicación ninguna.

O metes en un aula si te parece a Juan Gervas y a los del PAPPS a cuenta del screening de cáncer de mama y se caga la perrina; al día siguiente es portada de todos los periódicos. Salen los del PAPPS llorando de la sala.

Los salubristas han dado un salto cualitativo importante, con esto del 2.0. Internet ha democratizado el conocimiento y el monopolio de la verdad lo han dejado de tener los poderosos porque han dejado de tener el monopolio de la palabra.

Ésa es la razón por la que un salubrista se mueve como pez en la Red (nunca mejor dicho, porque aún sigue secuestrado) y el bioindustrial no se ha enterado todavía de qué va la película. La industria ya se ha

puesto a trabajar para controlar lo que se le puede venir encima con el advenimiento de la pérdida del partido único.

Otra cosa que los bioindustriales tienen a su favor es la hemeroteca, en forma de pérdida de memoria histórica.

La industria puede dar la tabarra hasta aburrir con los beneficios de Esomeprazol sobre Omeprazol, con un montón de datos pseudomanipulados o con verdades a medias, sobre la superioridad. Si se demuestra después de un par de años que en realidad no había ninguna diferencia, nadie paga la factura. No puedo imaginar que en otro campo de la realidad, un grupo errara tanto de esa manera (la errata no es casual, claro) y tuviera alguna legitimidad para decir algo en el debate científico médico.

Esa debe ser la investigación que proporciona la industria que tan necesaria es para el progreso de la ciencia.

Si tiras de hemeroteca, las atrocidades y las acciones para sacar dinero aun con posible perjuicio de los pacientes han sido numerosas y mayúsculas (terapia hormonal sustitutiva, tratamientos con bifosfonatos – cánceres de esófagos por 2 y fracturas atípicas de fémur a gogó para reducir como máximo 0,8 % el riesgo de fractura, con alendronato, me cago en la puta -, tratamientos intensivos antihipertensivos que aumentan la mortalidad en diabéticos, etc, etc...)

La industria es intocable, como el poder político. De hecho está bien infiltrada en el poder político para asegurar su perpetuidad en el poder económico.

Yo, por eso, no puedo evitar sentir simpatía y cercanía por los salubristas, porque lo que dicen tiene contenido y porque no hay más motor que les mueva que la defensa de la Atención Primaria, la sostenibilidad del sistema público y la lucha contra los poderosos.

5) Exiliados sanitarios.

Los médicos bioindustriales como representantes del poder de la industria en el sistema, para seguir montados en la burra ejercen mecanismos represores varios sobre los salubristas.

El primer mecanismo es asegurar el silencio de los rebeldes. En el mundo real y en la Red.

Juan Gérvas, por poner un ejemplo, médico de excelso currículum, docente e investigador de renombre dentro y fuera de España, nunca pisó la Agencia de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid, la Agencia Laín Entralgo, porque nunca se le llamó.

Otro de ellos, que no cito, a lo largo de su carrera sufrió repetidas vejaciones. La que más me impactó fue cuando ante la imposibilidad legal de echarlo de una Gerencia, se le desposeyó de su despacho y se le puso una silla y una mesa en el pasillo.

Es como volver 75 años atrás. No hay nadie que regule estas irregularidades. Estos silencios forzosos no hacen ningún bien a la ciencia.

Está claro que igual de temerario para la clínica es un salubrista que no ve pacientes que un médico de Atención Primaria que no sabe nada de Medicina Basada en la Evidencia ni de Salud Pública.

Está claro que la Medicina Basada en la Evidencia es una herramienta, que a la Medicina Basada en la Evidencia la modula la Medicina Basada en la Experiencia y la Medicina Basada en el Paciente, pero nunca puede modular a la Medicina Basada en la Evidencia la Medicina Basada en las manipulaciones de la industria farmacéutica, ni la Medicina Basada en la falta de pensamiento crítico.

Está claro que la corriente mayoritaria debe acercarse a los presupuestos de este grupo de críticos con el sistema actual, para conocer la naturaleza de sus discrepancias. Se verán imbuidos en unas discusiones científicas que chocan de frente con lo que a ellos se les había enseñado hasta ahora.

La gente de la empresa, del marketing, del traje, siempre hace muy bien su trabajo o eso cree, y ha marcado los tiempos y tutelado al sistema sanitario hasta ahora (léase vacuna contra la infección del HPV – mal llamada vacuna contra el cáncer de cérvix: primer gol -)

La industria es necesaria para la medicina, eso está claro. Pero ellos tienen ya su recompensa y ésta es cuantiosa: todo el dinero que ganan. No hay que darles nada más. No debe trabajar el sistema sanitario para la industria, sino al contrario. El sistema sanitario público ha sido el mamporrero de la industria farmacéutica. Y lo sigue siendo.

Pero al final al lobo se le ve la patita y la gente toma las calles y desaloja los despachos, y al final se llega, pero cuesta. Cuesta el doble. Al final a los justos y a los honrados siempre se les mira con lupa y les cuesta el doble todo en la vida. Pero llegan.

6) El síndrome de Estocolmo.

No puedo dejar de sentir en el fondo, pena, por los biológicos y por los bioindustriales.

¡Qué será de mí dentro de 30 años trabajando en la empresa! A lo mejor soy mucho peor de lo que ellos me parecen ahora a mí. O no. Vete tú a saber. Y me tengo que tragar estas palabras. O no.

Sé que muchos no son así; se les ha hecho así. Han sido muchos años de socavamientos de la voluntad, de maltrato, de ninguneo, de promesas incumplidas, de tierras prometidas, a los que llegaron después de muchos, muchos, años de esfuerzo y estudios, camino que yo apenas acabo de recorrer.

Quizá su error fue ser biológico, fue ser clínico, centrarse en su consulta, cerrar la puerta a cal y canto, pensar que había unas personas encargadas de biengestionar la cosa.

Es lo mismo que le pasa al ciudadano ahora. Que se ocupó de vivir su vida pensando que podía ceder la responsabilidad del Gobierno a los políticos y que podía despreocuparse de la política, y mira.

Los médicos somos responsables de no haber sabido enderezar a los que nos torcieron.

Hoy la realidad es que si bien la Atención Primaria está normalita tirando a mal, las condiciones profesionales de los MAP están mal. Y las de los jóvenes eventuales fatal.

Así que en este contexto, junto con lo duro que es estar día a día al pie del cañón, viendo pasar 60 almas y 60 cuerpos delante de tu silla, ninguneado por la empresa que te paga, año tras año...puede resultar entendible que algunos médicos pudieran haber optado por algún camino que a un virgen sanitario recién salido del cascarón como yo, pudiera parecerle inadecuado.

8) *El caso particular. Mártires sanitarios.*

Durante el último año de la residencia en Medicina Familiar me tocó morir por la causa.

En un ejercicio de eufemismo literario, acuñé en el blog del periodista sanitario Miguel Jara el término de mártir sanitario, como aquella figura del sistema que en aras de denunciar las injusticias se expone públicamente al escarnio del establishment. Él lo recogió en un post posterior para destacar la dureza del término. Yo sabía que aunque era una hipérbole de la realidad, el término se sustentaba sobre una base cierta.

Al finalizar la residencia recibí la calificación de “Suficiente”. La más baja de todos mis 15 compañeros de residencia. Ninguno de ellos finalizó la residencia con esta nota.

La calificación final de los cuatro años se basaba, al parecer, en la nota del último año, el año que el residente de Medicina Familiar y Comunitaria pasa en el Centro de Salud.

La calificación de los otros tres años no contaba. Obtuve en cada uno de los 3 años anteriores la nota de Destacado.

Durante los años de la residencia me había entregado a mi trabajo, en especial en los dos últimos, sobre todo desde que había realizado la rotación rural, cuando no era aún obligatoria y no todos la hacíamos, con el Doctor Juan Gérvas, uno de los mejores médicos de familia de España, en Buitrago de Lozoya, Madrid. Juan Gérvas supo sacar lo mejor de mí, que es lo que se supone que debe hacer un tutor, en vez de hacer lo contrario, que es sacar lo peor de ti.

Publiqué la memoria de dicha rotación en el diario digital Acta Sanitaria y en la revista de la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, cuyo editor es el Doctor Luis Palomo.

Después de ésto, me ofrecieron escribir artículos sobre Atención Primaria para la revista “7 días médicos”, labor que desempeñé hasta la actualidad.

En el tercer año de la residencia también fui a hacer rotación externa, cuando solamente otra de mis compañeras la hizo. Estuve en Bariloche, Argentina, haciendo Atención Primaria en un Centro de Salud de la periferia de la ciudad. Escribí una memoria que se publicó en Acta Sanitaria, en tres diarios digitales locales y al final, me pidieron la publicación para Revista Viva, dominical del diario Clarín, uno de los periódicos con más tirada de toda Latinoamérica.

Me entrevistaron en directo para un programa de una radio de Buenos Aires y me distribuyeron un extracto de la entrevista en el diario Tiempo Argentino, de carácter nacional, tanto en la edición digital como en la impresa.

Publiqué aún otro artículo, que hablaba de las migraciones y de la Medicina, de nuevo en Acta Sanitaria, medios digitales de Bariloche y finalmente otra vez en la Revista Viva.

Se hizo eco de este escrito, dedicándome un artículo y un enlace, la Dirección Nacional de Migraciones del Ministerio del Interior, Presidencia de la República Argentina.

En junio de 2010, en respuesta a un artículo en el diario “El País” que se llamaba “No quiero ser médico de Familia” escribí una “Carta al Director” que se publicó en domingo en defensa de la Atención Primaria que se tituló: “Yo quiero ser médico de familia”.

En diciembre del mismo año, recibí el premio de relatos de la Revista Nacional “Medical Economics” con un artículo sobre las peripecias de un médico de familia. Esta revista, me había concedido un accésit el año anterior por otro relato. Fruto de este premio, me entrevistaron para un diario de la ciudad donde nací, Salamanca, y para la contraportada de Diario Médico.

El 12 de abril de 2011, con motivo del día mundial de la Atención Primaria, escribí un “paper” sobre la situación actual de nuestra profesión que se distribuyó por Internet y que colgaron en sus blogs doctores como Rafa Bravo, Vicente Baos o Julio Bonis, destacados profesionales de la especialidad.

En el mismo mes ofrecí una ponencia en Granada, en unas jornadas por una medicina ética y transparente, acerca de “Medicalización de la vida en la consulta de Atención Primaria” junto a Soledad Márquez, doctora que trabaja para la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Junta de Andalucía.

Colaboré con el Doctor Juan Gérvas y la Doctora Mercedes Pérez en la redacción de un capítulo del Informe SESPAS, que saldrá en la Revista Española de Salud Pública en 2012, acerca de “La pérdida de prestigio social del médico de Atención Primaria”.

Participé en un seminario que impartió la Doctora Bárbara Starfield, un auténtico privilegio, en el marco del Máster de Salud Internacional que dirige el Doctor José Manuel Freire, en la Escuela Nacional de Sanidad. Fue la última actividad científica en España de la Doctora Starfield. Lamentablemente falleció en Junio de 2011.

Acudí a los “Seminarios de Innovación en Atención Primaria” que se celebraban en la OMC y que reunían a lo mejor de nuestra especialidad, durante los dos últimos años, participando en los debates electrónicos. Seguí algunas listas de distribución de Atención Primaria como MEDFAM y Akelarre Crítico.

Escribí dos post como autor invitado en el blog de Farmacriticxs.

Uno para relatar un hecho muy grave y absolutamente vergonzoso.

Me había preparado una sesión sobre la osteoporosis para darla en el Centro de Salud. Me había estudiado de p a pa el protocolo de osteoporosis de la Comunidad de Madrid para los médicos de Atención Primaria. Me había documentado ampliamente, me había dejado los cuernos descifrando en inglés los aspectos más importantes de la guía del NICE, los artículos de Jarvinen, me había peinado todas las Comunidades Autónomas en búsqueda de boletines farmacoterapéuticos con información sobre el tema.

Me había repasado las evidencias que arrojaban los ensayos pivotaes. De dónde salían las indicaciones de cada bifosfonato. Sabía del despropósito de la última guía del Ministerio y del por qué. Casi todo. Sudé sangre preparando esa sesión, pues quería demostrar mi valía como residente en un momento en que se había puesto en cuestión.

Di esa sesión. Una semana después la industria había preparado una sesión espectáculo de las suyas, en horario laboral, en mi Centro de Salud, acerca del mismo tema. Llevaron a una reumatóloga de mi hospital de referencia que construyó una realidad totalmente antagónica a la que había dibujado yo una semana antes. Donde yo había dicho blanco, ella decía negro. Expuse mis razones para la discrepancia y tuvimos una disputa científica. Las delegadas farmacéuticas tuvieron que acudir, en traje de noche, a reprimir a este díscolo residente.

Al día siguiente tuve conocimiento de que la representante fue a hablar con mi tutora a su consulta. Desconozco el contenido de la conversación, pero no creo que fuera para felicitarla por tenerme.

Escribí otro post para denunciar la manipulación que realizan en sus páginas web algunos grupos. Concretamente se trataba de la Sociedad Española de Cardiología, que censuró distintos comentarios que realicé en la página poniendo en cuestión al fármaco Dronedarona.

Organicé ese último año, para mis compañeros residentes de Medicina Familiar de las cuatro promociones existentes, para las dos que habían terminado, y para los residentes de Medicina Interna del hospital, unas sesiones clínicas cada 15 días en las dependencias de la Gerencia. Estas sesiones no se celebraban desde hacía muchos años.

La organización “No Gracias” en su boletín de marzo se hizo eco de esta actividad como ejemplo de esperanza de docencia independiente.

En ese mismo mes me invitaron a las jornadas de residentes de la SOMAMFYC porque distribuyeron un texto mío entre la documentación que se le entregó a todos los asistentes.

Todas estas actividades las recogí en un blog:

<http://1palabratuyabastaraparasanarme.blogspot.com/>

donde creé una sección de videoentrevistas para dar voz a los sin voz del sistema sanitario y para dignificar la Atención Primaria.

Durante los dos últimos años de la residencia realicé un gran esfuerzo por proveerme de una formación independiente, me costó mucho trabajo y muchos disgustos mantenerme firme en mi postura.

No recibía, por supuesto, a los representantes farmacéuticos, e intentaba no acudir a las sesiones que en mi Centro de Salud impartían ponentes que venían de la mano de un laboratorio.

Aunque soy un médico de valores profundos y principios firmes y sólidos y tengo mis ideas sobre muchas cosas, también soy un médico dócil, obediente y humilde.

Siempre me portaba bien y acataba las órdenes. Reconocía los errores que había cometido y trataba de mejorar.

Nunca falté a mis responsabilidades, a mi trabajo, a mis guardias. Di mis sesiones. Hice los cursos de doctorado y el trabajo de suficiencia investigadora, mal que bien.

Pudiendo utilizar éste de trabajo de fin de residencia, práctica generalizada, me reuní con mis compañeros del Centro de Salud para hacer un trabajo nuevo entre los cuatro.

El último año de mi residencia pudiendo ser un gran año fue un infierno de año. Aguanté en esas condiciones por razones que no vienen al caso, y por los pacientes de mi cupo.

Yo creo que no soy un médico suficiente.

Pero todas las convicciones, por muy inquebrantables que sean, a veces flaquean. Uno puede vivir perfectamente sin padre, pero lo necesita. Aunque sepa que su padre es alguien que no merece serlo, uno siempre vivirá con la losa de que piense de él que es un inútil. Y un payaso.

9) Fin

No tuve otro remedio que pedir a la Comisión de Docencia una revisión de mi calificación. Me consta que algunos evaluadores externos, personas que me habían conocido durante la residencia, intervinieron para que no se produjera ese atropello, en sus propias palabras. A algunos otros les tuve que disuadir de hacerlo, porque no quería montar demasiado escándalo, ya que sentía que tanto revuelo iba a perjudicarme al final.

Me sentí escuchado, respetado y comprendido por la gente de la Gerencia.

Me enmendaron la nota, me pusieron un Destacado. A mí me pareció este gesto un triunfo histórico.

Siempre al final, se llega.

Cuesta el doble.

Pero se llega.