

Tres



Accesit

El protagonista de esta historia quiere ser de mayor médico de familia.

Roberto José Sánchez Sánchez
Médico residente



El *profe* nos ha pedido para el lunes una redacción sobre lo que queremos ser de mayores y yo le he dicho que médico de Atención Primaria. Él me ha preguntado qué es eso y yo le he dicho que médico de familia. Como el de la serie, sí, como el de la serie. Pero le he matizado que a mí también me gusta mucho lo de médico de cabecera, porque me imagino sobre la almohada del enfermo día y noche, en la salud y en la enfermedad, en la riqueza y en la pobreza, hasta que la muerte nos separe. Me ha dicho el *profe* que si no me gustaría hacer una especialidad y yo le he explicado que desde hace unos años ya, el médico de cabecera no es (sólo) el médico de los catarros, ni el que da los cheques regalo para ir a por medicinas gratis a la farmacia, ni el que dispensa los volantes para ir a ver al médico de verdad, el que salva las vidas, ése al que se le llama doctor y que está en el hospital. Me ha dicho que si cuando termine no querría hacer otra especialidad. Le he respondido que para qué si ya habré hecho una,

que es la especialidad que yo voy a elegir: Medicina Familiar y Comunitaria.

He dudado sobre si el discurso de mi *profe*, no será también el discurso de la sociedad y me he dicho que no, que no puede ser. Luego he caído en la cuenta de que eso lo piensan los recién licenciados que van a elegir una plaza, sólo hay que mirar cómo queda en los números la elección de la Atención Primaria en este país; el maltrato, la humillación más bien, que recibe. Ahí es cuando el pariente lejano, que bien te quiere, al que por ser lejano se le otorga la concesión de decir lo que piensa, te dice: ya que estás, no seas bobo, haz una especialidad. Por si no bastaba con eso, después de elegir, la Primaria recibe otro duro golpe, el 15 por ciento decide que su tío tercero tenía razón y abandona la plaza que cogió. Pero lo más duro de aceptar no es eso, lo peor de todo, es que después de terminar, un porcentaje importante (sería interesante un estudio en este sentido) y cada vez mayor, cuelga los hábitos y se marcha a trabajar a la urgencia de un hospital, o a la de un cen-

tro de salud rural, a los servicios de emergencia en la calle o a cualquier otro sitio (cada vez la gente es más ingeniosa) que no tiene nada que ver con la Atención Primaria. Iba a decir que no tiene nada que ver con la formación que recibe un residente en Primaria, pero precisamente los cuatro años van dirigidos a que cuando acabes salgas pitando del centro de salud. Al final, el tío lejano, en una boda, en un estado de embriaguez lamentable te dice: te lo dije.

Después de haberle contado esto a mi *profe*, no entiende por qué quiero ser médico de Atención Primaria. Yo le he dicho: me alegro de que me hagas esa pregunta. Se me ha quedado mirando con cara de “chaval no te pases de listillo”.

A mí, *profe*, lo que me gustaría es trabajar en un centro de salud y enfermedad. Que es uno de los pocos reductos del sistema sanitario donde las personas importan. Lo que quizá separe más a los médicos de Atención Primaria del resto (los especialistas de los hospitales, los médicos de urgencias) es que, al igual que al médico de *El árbol y la ciencia*, nos importan de la misma manera, las enfermedades y sus síntomas, que las personas y sus sentimientos en relación a la enfermedad y la repercusión que este proceso tiene en sus vidas. Una de las razones por las que muchos estudiantes y residentes se desesperan es porque durante once años (se dice pronto) ni huelen las emociones, las dudas, los temores que hay detrás del proceso de enfermar. Bien porque los médicos de los que aprenden se dedican sólo a los síntomas y a las enfermedades, o bien porque no les dejan a ellos desarrollar el capital humano (ni científico), aunque sea en base a la toma de decisiones tutelada. A este sistema de aprendizaje, bien conocido por los incombustibles residentes de Primaria, se le conoce como “calentar silla o estar de miranda”.

Es extraordinariamente agotador rotar en una planta hospitalaria ocho meses donde no hay un solo lugar ni un momento para el sentimiento, para la expresión del paciente, para ver qué ha significado en su vida el ictus del año pasado, para entender los miedos que tiene a que repita, para ver a qué actividades de su vida afectan esos miedos. De todos es sabido que esa labor de escucha y contención la realiza cualquier otro que pasa por allí, llámese auxiliar, enfermera o sacerdote. Los médicos piensan que esto

no es importante y que no pueden perder el tiempo en ello.

A mí me importa igual si el tanto por ciento de recidiva de la isquemia cerebral es del 15 o del 30, si el paciente que ha tenido el ictus es un abuelo casado, si su esposa está demenciada o si es un abuelo que vive en una residencia, si tiene tres hermanos, si tiene hijos; me importan cuáles son sus expectativas de vida, qué aficiones tiene, si le gusta leer el periódico, si tiene amigos. Al parecer sobre esto no hay ninguna pregunta en el MIR. Por eso no es mejor médico el que mejor nota saca. La medicina necesita gente normal.

Algunos no estudiaron la carrera sólo para aprenderse la insuficiencia cardíaca y el EPOC, ni para ganar pasta, ni porque lo hicieran sus padres, ni porque el tío tercero en otra boda en la que también estaba campanera total les dijera: tú no seas bobo, haz



“El *profe* nos dió las redacciones el viernes y me puso un tres. Al salir le pregunté si no le había gustado y me dijo: ‘Tanto prometer, parece que lo que quieres es ser político’”

una buena carrera. Como si las demás no lo fueran. Claro, que lo que estaba diciendo realmente era: haz una carrera que te proporcione un trabajo con el que puedas ganar mucho dinero.

Yo, *profe*, quiero ser médico de familia, para levantarme de la silla, llamar uno por uno a mis pacientes, darles la mano, mirar-

les a los ojos, sonreírles, saludarles (hola qué tal, pase, siéntese, por favor), en una consulta grande, con ventanas, luminosa, con flores naturales a las que cambiarles el agua cada día, con una foto grande de Filiberto Villalobos y otra de San Juan Gérvas, con un cuadro, con un cartel de una película, con los dibujos que traigan los niños, con los regalos de los abuelitos, con las postales que me envíen los residentes. Quitaré la mesa y pondré varias sillas muy cómodas todas iguales, la del médico y la de los pacientes. La gente también habla con las piernas, con las manos que esconde debajo de la mesa. A lo mejor el paciente en un momento dado necesita que el médico se le aproxime para decirle algo, para hablarle en un susurro, para darle una palmadita en la espalda de felicidad o para agarrarle del brazo. Tendré siempre papel para enjugar el llanto, el cual dejaré manar en silencio. Nunca hablaré para tratar de abolirlo con el objeto de que termine lo antes posible mi incomodidad. Tendré lágrimas

paciente. Daré mucha información a los pacientes en papel. El tratamiento de la gastroenteritis aguda después de una somera explicación, queda muy bien redactado y completo, así no se olvida nada y no me cabrearé por repetir las cosas mil veces. (Algún día haré un estudio para calcular las veces que un médico de Primaria tiene que explicar lo de la dieta blanda y lo del suero oral a lo largo de su carrera. Por cierto, el otro día en un seminario un fulano dijo que no hay ninguna evidencia científica ni ningún estudio acerca de que la dieta blanda sirva para nada en la gastroenteritis aguda. Casi me da un psmo). Siempre que se pueda, por las características del paciente, completaré una decisión tomada en la consulta o compartiré una duda o mi ignorancia, con bibliografía entendible. Quiero hacer a la gente partícipe de las decisiones, quiero que entiendan por qué se toman. Hay una deuda importante de comunicación. Si los pacientes entendieran a veces por qué se hace tal cosa o más importan-



Juan Gérvas.

“Quiero ser médico de familia en una consulta grande, con ventanas, luminosa, con flores naturales a las que cambiarles el agua cada día, con una foto grande de Filiberto Villalobos y otra de San Juan Gérvas”

artificiales por si alguien quiere llorar y no puede. En monodosis y en colirio, dependiendo de la emoción. Daré un vaso de agua a la gente que lo necesite. El ordenador estará a mano y el paciente verá en todo momento lo que hay en la pantalla y lo que se escribe en ella, si es que se escribe algo. Nunca estaré pendiente de él cuando entre y salvo que sea imprescindible no lo utilizaré en su presencia, escribiré toda la historia cuando haya salido por la puerta. Tendré apuntado el horario de trabajo de todos y procuraré facilitar al máximo la accesibilidad, dejándoles elegir siempre que sea posible fecha y hora, desplazando a los pacientes jubilados a otras franjas horarias. Utilizaré el correo electrónico, el teléfono y dejaré recetas, analíticas, partes de baja, informes y burocracia en el mostrador de administración para recoger, procurando gestionar así toda la parte de la consulta que no requiere la presencia física del

te, por qué no se hace, quizá vieran de otra manera el trabajo de sus médicos de cabecera. En algunas ocasiones es imposible explicarlo por falta de tiempo; podemos escribirlo en casa o buscar en la red material para justificar nuestra actuación acerca de por qué no derivamos a un paciente por una parálisis facial periférica o por qué no alargamos una baja en un dolor lumbar inespecífico. Siempre que vea la ocasión, mandaré al paciente información para que aprenda a valorar la Atención Primaria, para que vea hasta qué punto es importante lo que hacemos en los centros de salud. Será mi revolución silenciosa ante los especialistas que secuestran a los pacientes con un ansia irreprimible. Hay que concienciar a la gente sobre la importancia de la sanidad pública para que no pase lo que está pasando.

Les daré mi *curriculum* y una declaración de intenciones para que sepan lo que pienso

acerca de la receta de genéricos, de los límites entre la medicina privada y pública, de la libertad de receta ante la prescripción de un especialista, de por qué no receto fármacos de la misma familia que no han demostrado eficacia respecto a otros (lansoprazol *vs* omeprazol), de las labores con los jóvenes acerca de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del uso de anticonceptivos. Con esto y con todo, seré también condescendiente y derivaré sin rechistar a los pacientes que se nieguen a que los valore y quieran ir al especialista a toda costa y levantaré la mano parcialmente, aunque no esté de acuerdo, para satisfacer alguna demanda puntual del paciente, dejándole clara mi postura.

Explicaré a los pacientes que yo, a diferencia de otros, no soy un médico “untado por la industria”, que los de los laboratorios no me invitan a desayunar, ni a cenar, ni a congresos, ni me pagan libros, ni copas. Yo creo que los pacientes tienen que conocer estas prácticas y que tú renuncias a ellas. Con el corazón, los que estamos en el ajo sabemos que cuesta mucho esfuerzo rechazar, si no tanto la oferta lúdica, que también la formativa, porque si te quieres mantener al día, sobre todo al principio, sin cursos o libros en los que intervenga por algún lado la industria, lo vas a pasar mal. Lo bueno es que no tienes que aguantar la relación pelotillera y bizarra que se suele establecer con los representantes, verdaderos especialistas en ser amigos a sueldo.

Roberto y sus pacientes

Mis pacientes me llamarán por mi nombre, Roberto; sin la muletilla de doctor, de don ni de usted. A los que no sean viejetes de verdad no les llamaré de usted.

Me tomaré muy en serio a los pacientes encamados, dependientes y terminales y consideraré estas visitas como prioritarias en mi práctica. Me preocuparé en poner en marcha los recursos sociales disponibles y daré la cara por ellos ante la administración, reclamando cuando la situación lo requiera. Cuidaré de los cuidadores con el mismo esmero que cuido a los pacientes. Me batiré el cobre ante los especialistas cuando urja una valoración o una prueba diagnóstica a un paciente de mi cupo y tenga una lista de espera no asumible. Me interesaré cuando ingresen a mis pacientes. Procuraré que mis pacientes fallezcan en casa. Lo primero que haré cuando visite a la familia tras el fallecimiento, será dar la enhorabuena a los cuidadores principales por el trabajo que han hecho y les haré sentirse orgullosos.

El *profe* nos dio las redacciones el viernes y me puso un tres. Al salir le pregunté si no le había gustado y me dijo: “Chaval, tanto prometer...; parece que lo que quieres es ser un político”. Pensé que para médicos de cabeza que quieren ser políticos ya están los de las gerencias. Por más que le he dicho, mi padre me ha castigado sin salir y sin paga el fin de semana. Al meterme en la cama el sábado, cerré los ojos fuertemente y conté hasta tres a la inversa, a ver si se cumplía mi sueño. ■



**SUSCRÍBASE
POR SÓLO 10 €
DE GASTOS
DE ENVÍO**

**Suscríbese a la revista
más actualizada
sobre cirugía
y medicina cosmética**

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Ed. V. i. • h. p. z. 0 - 1 • 0 10
TE : 9 0 0 7 • Fx 9 0 0 3
g fm