

DEL USUARIO AL PAISANO

(RELATO DE UNA ROTACIÓN DE MEDICINA RURAL)

Roberto José Sánchez Sánchez

Médico Residente de tercer año de Atención Primaria del Área 2.

Centro de Salud Prosperidad. Madrid. España.

robertojozesan@yahoo.es

La primera vez que lo vi fue en una foto del periódico, en un artículo sobre la medicina y los médicos rurales, que formaba parte de un suplemento sobre salud. La mayoría de los médicos relataban sus avatares y posaban delante del rebaño. Sin embargo, uno de ellos miraba a la cámara una fría mañana de invierno, sentado en un banco, con un nevazo del copón detrás de él, con cara de estar jodido pero contento, esperando que el fotógrafo disparase para ir a refugiarse a la primera estufa que encontrara a mano. Tengo que decir que me pareció gracioso por su pinta de caballero del siglo XIX, con su sombrero, su pajarita y ese maletín de médico, marrón, gastado, a reventar, que parecía que contuviera todos los remedios para curar todas las enfermedades posibles. Aquel tipo tenía pinta de abuelo cebolleta deseoso de contar historias. Me leí el cuerpo del artículo y quedé bastante asombrado de las cosas que decía aquel señor: les daba a los pacientes nuevos su currículum, no recibía a los representantes, saludaba a los pacientes de pie con un apretón de manos, no tenía cita previa y dejaba pasar primero a los niños. Parecía que le gustaba integrarse en la estructura del pueblo y ponía en práctica lo que viene siendo una discriminación positiva hacia los inmigrantes. Curioso.

Después de unos días, reparé en que no se me quitaba aquella foto de la cabeza e hice lo que hay que hacer cuando quieres espiar a alguien sin dejar huellas: puse su nombre en *Google*. Me dejó sorprendido el hecho de que aquel médico de pueblo (¿acaso no pensaba hasta el momento que los médicos en ese medio eran profesionales mediocres?) tuviera algún artículo en la red. Me leí un par de ellos, y pensé: ¡vaya con Lord Byron! Aquel tipo contaba unas historias

estupendas de las diferencias entre el médico rural y el urbano. Me di cuenta de que ese hombre tenía algo que yo aprecio mucho: discurso. Y además, un discurso que me pareció interesante. Era el discurso, sin duda, de una buena persona. Eso era lo que yo pensaba que era a lo máximo que podía llegar un médico de un pueblo.

Ser un buen médico era harina de otro costal. Pensé que tenía que hacer pasar a aquel doctor la prueba de fuego, en aquel sitio donde se demuestra de verdad quién es quién en la profesión, en el *Google* de la medicina: en el *PubMed*.

Allí estaba de nuevo el tío, y con no pocos artículos precisamente, escritos en inglés. Después de cavilar un poco conseguí su correo electrónico de nuevo por Google y decidí que ¿por qué no?, ¿por qué no dedicar uno de mis cuatro meses de rotaciones optativas de R3 a meter la nariz en ese mundo de la medicina rural de manos de ese tipo tan entusiasta? Le mandé un correo y me quedé sorprendido con su respuesta casi inmediata pidiéndome antes mi *ridiculum vitae*. Pensé que no tenía ninguna posibilidad. Se lo mandé y me mandó rehacerlo ajustándome a otro que me enviaba de modelo, en el cual la candidata ficticia hacía un relato apasionado de su biografía. Le seduje un poco con algo de literatura barata parecida a ésta, con el objeto de disimular mis carencias académicas, y me aceptó de pupilo.

Decidí que iba a alquilar un piso en el pueblo y que iba a llevarme a mis padres a pasar un mes familiar. Desde aquel momento hasta que llegó el mes de mi rotación aquel tipo se preocupó de mandarme cosas para leer y se convirtió desde entonces en una especie de tutor desde la lejanía. Aprendería además, con la mayoría de los otros médicos del centro, que pasaban consulta en un total en 42 pueblos (casi todos de la Comunidad Autónoma de Madrid, pero algunos en la de Castilla-La Mancha).

Hace un par de días volví a la ciudad y aún sigo cabizbajo, después de pasar un mes reencontrándome con aquel chaval soñador, que decidió darlo todo para estudiar Medicina, con el esfuerzo incansable de sus padres detrás, que entró con toda la ilusión del mundo en la universidad y vio cómo ésta se iba diluyendo hasta estudiar la carrera como el *That's English*: a distancia.

He vuelto cabizbajo porque este mes lo he pasado en mi medio natural y ahora toca luchar contra la tempestad que asola la formación y la práctica de los Médicos de Atención Primaria en este

país. Una formación dictada a golpe de los “especialistas” del hospital, obsesionados con los juicios diagnósticos, con dar el informe pasado a ordenador al final de la consulta, único momento en el que miran al paciente a la cara, con el abuso de las pruebas diagnósticas que introducen a los pacientes en cascadas espirales, que les llevan muchas veces a intervenciones y tratamientos innecesarios.

Qué fácil es para el paciente con un mínimo de deseo e intención, crear la patología en el ámbito hospitalario, delante de todos esos cazadores hambrientos, que reprenden al paciente que no considera la hipertensión como una enfermedad. No hay cosa que más le joda a un médico que eso. Y pasa con el colesterol, con la osteoporosis, ¡con tantas cosas!

En el medio rural he visto cómo los pacientes pasan un ictus en casa, he descubierto el escaso valor de una radiografía de abdomen y una analítica ante un cólico renal, el dudoso valor de una radiografía de tórax ante un tío que crepita en una base con clínica compatible, cómo hay que valorar y explorar a un paciente que no tiene coche, que ha sufrido un traumatismo en una mano y el garito de las radiografías está a 100 kilómetros, cómo se anticoagula una trombosis venosa profunda diagnosticada clínicamente sin mandarla a hacer un ecodoppler, he visto cómo se siguen haciendo tactos rectales para despistar la hipertrofia benigna de próstata cuando no hay síntomas, sin PSA ni eco, y que la próstata normal tiene la misma consistencia que la punta de la nariz: ¡prueba! ¡tócatela!

El médico rural gobierna bien la incertidumbre, enemigo fatal del especialista al que sofoca con una espectacular prueba diagnóstica. Sabe esperar cautamente. Tranquilo. En la consulta se hacen las cosas sin prisa. Se ven a 52 o 60 pacientes diarios, no es por falta de presión asistencial; pero se sabe utilizar el tiempo. Sabe identificar cuáles son las consultas importantes, las que el médico éste del siglo XIX llama consultas sagradas: las del anuncio de un embarazo, la primera consulta del recién nacido, las consultas en las que el paciente llora (ese momento que el médico urbano está deseando que pase lo antes posible). He aprendido a guardar la confidencialidad parcial entre los paisanos que solicitan al médico información de alguien del pueblo, a veces de su propia familia.

He comprobado cómo se puede hacer medicina sin abusar de los medios, sin tener que hacer cosas innecesarias porque están al

alcance o por medicina defensiva; ¿por qué rayos en mi hospital se le sacará una analítica con coagulación a todo paciente que entra en la zona de camas de la urgencia venga por lo que venga? ¿Por qué a todo traumatismo por la mera razón de haber ido a urgencias se le pide una radiografía?

Quizá porque el médico es distinto, quizá porque el paciente también lo es, la Medicina es distinta en el mundo rural. Quizá lo primero sea por lo segundo. Quizá lo segundo sea por lo primero. No sé. El caso es que en el medio rural el paciente no es el enemigo. No te tienen que dar un curso los de la gerencia para que aprendas a comunicar adecuadamente con el paciente que te viene a demandar una prueba o la baja. En general, al paisano hay que llevarlo a rastras a la consulta. No digamos al hospital, a hacer una prueba, a la consulta del especialista o a urgencias. La relación entre el médico y el paciente es algo intocable; hay que hacer notar que en este medio los pacientes no se pueden cambiar de médico. De esta forma, las dos partes ponen toda el alma en preservar la relación. La empatía que he advertido entre el médico y el paciente es algo indescriptible.

Aquí, el que para el personal de urgencias es el panchito que va a tocar los huevos a las 4 30 de la mañana por la epigastralgia de marras por tercera vez en un mes, es Nelson, que este año no va para allá a bailar la cumbia y el ballenato con su esposa, ni va a comprarle nubes de algodón a las niñas, con lo que les gustan, porque lleva tres meses sin trabajar por la crisis.

El que pidió el alta voluntaria de la cama 11 de cirugía vascular es Julián, un paciente con unas úlceras arteriales en los pies, que nada más llegar al pueblo le dijo a su médico: a mí antes me cortan el cuello que una pierna. Y esas úlceras permanecen en constante vigilancia desde hace año y medio ya.

A otra paciente, a Josefa, hubo que desinsulinizarla porque se ponía nerviosa y no vivía con la insulina. ¿Eso dónde está en las recomendaciones de la ADA del 2008? Yo, la verdad, supongo que no soy el único, siempre me he mostrado un poco reacio a aceptar la autonomía del paciente cuando su elección no es la que nos enseñan que debe ser la mejor (casi siempre es la más invasiva). He comprendido que no se puede entender el principio de autonomía si no entiendes el sentimiento de enfermar en la enfermedad. Esto al médico especialista parece no importarle mucho.

En el medio rural el médico se desarrolla profesionalmente casi a tope. En la ciudad, renuncias a ver niños porque está el pediatra, a las embarazadas ni las tocas porque las lleva el ginecólogo, la cirugía menor la mandas a dermatología o a cirugía porque no sabes, te da miedo, o porque lo hacen mejor allí, los terminales los mandas al ESAD. Los avisos a domicilio, con un poco de suerte se los puedes encasquetar a algún compañero, aunque no conozca al paciente.

Entretanto, al otro lado de la pared, el personal de enfermería, se dedica a actividades que se promueven, que tienen poco impacto en la salud, como la prevención primaria del riesgo cardiovascular, lo cual es, en honor a la verdad, bastante cómodo. Es absurdo este sistema en el cual el médico, dentro de unos límites razonables, no puede decir lo que tiene que hacer a la enfermera.

He comprendido que el médico urbano no hace avisos o no los hace bien porque no lleva un maletín decente. Descubrí lo que el médico de la foto llevaba en su maletín y por qué estaba a reventar. Aparte de lo que podemos imaginar como normal, destacaría: glucagón (2 ampollas: yo no se lo decía, pero pensaba que seguro que la segunda la llevaba para él, porque es tan formal que el día que todo se complicaba y sabía que iba a acabar más tarde, no se permitiría el lujo de pararse a comer algo), adrenalina (en el medio rural es un auténtico salvavidas, por ejemplo por los shocks anafilácticos debido a picaduras varias), espejo para mirar las úlceras de decúbito, un imán para atraer cuerpos extraños metálicos oculares, tubos de Guedel, morfina... Hacía mucho hincapié en revisar la fecha de caducidad de todos los fármacos.

La Primaria se está convirtiendo en atender a sanos o crónicos estabilizados que van a la consulta, precisamente porque están bien. El médico no va a buscar la patología donde está, no va en la búsqueda de la clase baja, que es la que más necesita de nosotros. La clase alta mira con descrédito a la Atención Primaria, ya que no es más que un obstáculo para llegar al ansiado especialista. La tendencia a la privatización no hace si no ahondar más en este modelo.

El médico de familia no está detrás de la prostituta para que se haga la citología. Se la hace a la niñita bien de 17 años, que va a la consulta y no sabe lo que significa la palabra promiscuidad; no se preocupa de que el inmigrante se integre, de ver qué se puede hacer para que su uso de los recursos no se fundamente en reiteradas

visitas a urgencias debido a sus horarios laborales; por no hablar del yonki. Algo parecido pasa con el enfermo mental.

Los médicos de pueblo entienden que es un triunfo conseguir que el paciente moribundo fallezca en su casa. He visto dar a los familiares de estos pacientes el teléfono personal del médico para hacer uso de él las 24 horas. La verdad es que la diferencia entre morir en su cama o hacerlo en la ambulancia camino del hospital o en una habitación del mismo es importante. Esta competencia por parte del médico (al estilo del NHS inglés) los familiares del paciente la suelen retribuir con el mejor chorizo de la matanza, lo cual ilustra la importancia que tiene para ellos.

El médico no hace nada de esto, sencillamente porque da trabajo. Por no tener, no tiene ni biombo muchas veces en la consulta, prueba de que no explora, o explora poco, mal y rápido.

La verdad es que este mes he visto cosas espectaculares. En muchos aspectos. He conocido disputas científicas con comunas de hippies que se instalan ahora muy frecuentemente en el medio rural, porque están en contra de algunas de las vacunas del calendario para sus niños pequeños, y porque las preparan muy gordas con la homeopatía. He conocido a una farmacéutica talibán que hace a los paisanos bajarse enterito el puerto de montaña para comprar una caja de condones o para recoger la postcoital. Cuando no, le da charlas sin ningún fundamento sobre los peligros del sildenafil a los abueletes que van a por él. En el sentido contrario, he conocido a otra que tiene que disculpar su ausencia de dos semanas ante la presión del pueblo, explicando que la razón de la misma es que se casa. Con otro médico, he comido infinidad de pinchos de oreja a la plancha con algunos pacientes en el bar del pueblo. En la otra Comunidad Autónoma, he conocido consultorios locales apuntalados en unas condiciones indecentes, a los que hemos llegado por carreteras mucho más indecentes todavía, que comenzaban a serlo en el punto de cruzar de una Comunidad Autónoma a otra. Hemos pasado la consulta en algún pueblo, debajo de un árbol con todos los pacientes acudiendo a toque de claxon. La enfermera tomando tensiones en un extremo, y el médico y yo viendo a los pacientes en un aparte. En el sentido opuesto, he pasado consulta en consultorios casi excesivos, por grandes, modernos y bien dotados. He entrado en domicilios impresionantes, algunos que conservan el antiguo teléfono público, otros en los que el paciente te recitaba toda la ristra de poesías que

ha escrito sobre el pueblo del tirón, sin reparar en su disnea de mínimos esfuerzos (“Quiero rendir un pequeño homenaje a la gente desvalida, que no tiene más consuelo que un buen gesto o una palabra amable, que todo lo consolida”). He conocido a verdaderos artistas. Pacientes que hacen bastones de paseo con agarraderos de madera en los que tallan cabezas de animales, que moldean cencerros para conseguir el sonido perfecto. Un sonido angelical que le gustaba mucho al médico de la pajarita. He conocido a una abuela diabética que cuando llegaba la fiesta del pueblo se escapaba de la cuidadora para beber sangría y ponerse las botas hasta los 400 de glucemia post-prandiales. He conocido un pueblo en el que existe una mutación con alta penetrancia que da lugar a polidactilias y malformaciones del primer dedo de la mano en numerosos habitantes de la población. Hay varias leyendas (en este caso no serían urbanas sino rurales) acerca del origen.

He visto mucha patología, gente joven jodida. Nunca lo hubiera pensado así. Algunas historias personales, trágicas a veces, difíciles siempre. Pueblos en los que vive una habitante. Pueblos con infinidad de recursos, con ludoteca en verano para los chavales, con guardería gratuita. Planes de empleo, asesoría jurídica para ayudar a los inmigrantes, tasas de desempleo bajísimas. Pueblos llenos de vida.

Bueno; pues resulta que mi mentor en la rotación, después de su jornada, come (sólo en el caso de que ese día no haya caído una ampollita de glucagón), y por la tarde se dedica a hacer la revolución. Se planta en su mesa camilla delante del ordenador y se dedica a rebuscar para conocer la verdad. Siempre me han asombrado las gentes que con unos recursos mínimos y mucha cabeza luchan por cambiar el mundo. Lee, lee y lee, para luego escribir.

Después de este mes vengo con una certeza espeluznante. Antes de rotar estaba muy confundido con la idea que ya había intuido de que la Medicina es una ciencia inexacta, en la que cada uno en mayor o menor medida tiene su opinión sobre cada uno de los asuntos que se presentan en la práctica clínica, algo así como una especie de casa de putas. Pues bien, eso que intuía se ha confirmado. Cada uno debe contrastar la información que le permite tomar cada decisión clínica. Para ser un buen médico hay que cuestionarlo todo. Como un filósofo. Máxime cuando la mayor parte de la información que recibimos los médicos lo hacemos vía congreso, curso o presentación de fármacos patrocinados por la industria. Que la formación

continuada en medicina corra a cargo de los laboratorios farmacéuticos es un auténtico despropósito.

En el mundo, hay muchas redes de gente que no están dispuestas a aceptar esta forma de hacer Medicina, que están en desacuerdo con muchos temas que a la luz de la formación actual parecen indiscutibles, como la prevención primaria del riesgo cardiovascular, algunos aspectos concretos de las vacunaciones, la práctica de la medicina agresiva y yatrogénica, o comportamientos que parecen evidentes pero que ellos cuestionan. ¿Es más beneficioso el manejo hospitalario de un infarto de miocardio o no ofrece ninguna ventaja respecto al manejo ambulatorio por el médico general? Claro, al principio oía esto y me quedaba espantado con el señor de la pajarita. Pero luego vi que lo que le avala es su fuente de conocimiento, que se ha leído todo lo habido y por haber sobre el tema y que ha sacado su opinión de la mejor fuente en Medicina: los ensayos clínicos trufados de experiencia práctica personal.

Aprendí que los médicos de familia tenemos que ser dioses sobre lo frecuente. La fuente de la que bebe un cardiólogo en la insuficiencia cardiaca está ahí, a tu alcance. Tú puedes saber igual o más que él, sobre el manejo de esta patología. Cuando sale un nuevo fármaco, por ejemplo, el Aliskiren, tú ya conoces antes que el cardiólogo, que hoy por hoy no aporta nada nuevo respecto a lo anterior. Cuando llega el paciente con él puesto del hospital, ya sabes de qué va la película.

Estas redes ocultas interactúan y se potencian por Internet, el conocimiento internacional viaja sin cesar de un extremo a otro del mundo y al final tienes al paisano de tu pueblo beneficiándose de las últimas novedades internacionales. Eso es bonito.

La toma de decisiones basadas en el típico libro de urgencias, en las guías de los expertos untados por la industria, está bien para hacer un trabajo del instituto pero no para ser serios. He hecho y he visto hacer búsquedas a compañeros míos poniendo en el *Google*: rotura del cuerno posterior del menisco interno y documentándose en páginas de intercambio de información de amas y amos de casa.

El aspirar a una formación y a una preparación de este tipo evidentemente tiene un precio: trabajar. Entregarse a la profesión. Lo cual, no es incompatible con una vida personal plena. Resulta que mi

tutor rural es un auténtico trotamundos y ha criado a una familia numerosa. Sabe idiomas. Le gusta el cine, tiene aficiones y disfruta de la vida. Creo que mucho más que muchos que viven de las rentas y no dan ni golpe con la excusa de la vida personal y familiar.

Hay un ámbito más allá de la clínica en medicina: la salud pública, la organización de servicios, la política sanitaria. Aquello que algo tiene que ver con la segunda palabra del nombre de nuestra especialidad: Comunitaria. En Atención Primaria nos importa al menos tanto la gente como la Medicina. Qué le vamos a hacer. Y hay personas preocupadas en nuestro colectivo por la equidad en el reparto, por garantizar una Atención Primaria de calidad. Son casi siempre personas de mediana edad ya, que van a ganar poco con la lucha, porque no les queda tanto para jubilarse. Pero un día entendieron que ser médico no es sólo una profesión más, sino que es una manera de construir la sociedad. A menudo son ninguneados, excluidos, silenciados, por querer trabajar para el bien común. Quizá ellos son la única esperanza para que los que estamos apunto de acabar nos podamos quedar y no tengamos que hacernos la foto para el periódico en las cataratas del Niagara, en Covent Garden, con la Sirenita, con los tulipanes o con Papá Noel...

Todos los residentes de familia deberían rotar por medicina rural. Deberían rotar también fuera de nuestro país. Sorprendentemente, la autoridad de turno dificulta ambas opciones, sobre todo la última, por alguna razón que no alcanzo a comprender.

Ha terminado mi rotación y he vuelto a la ciudad cabizbajo. He pensado en mis compañeros que tanto me han enseñado estos días, con sus coches serpenteando las carreteras de la sierra, con la implacable soledad del médico de pueblo, llevando la última enseñanza del *New England* al otro lado de las montañas, recibiendo los productos de temporada de la huerta, como copago de corazón.

El último día de consulta, el médico de la pajarita me dijo que Naíma, la chica marroquí que estaba al cuidado de una de las familias del pueblo, había sido la autora de aquella foto para el periódico. Nos cruzamos al salir y tuve ganas de darle un beso en la mano, que es lo que había visto que hacía siempre para saludar al médico y de decirle que quizá, gracias a ella, estaba yo allí. No me atreví y ya de vuelta a la ciudad, estuve dos noches sin dormir dándole vueltas al tema, porque tenía la certeza de que esa foto no formaba parte de la

casualidad. No sabía cómo cerrar el círculo. Por eso me puse a escribir. Lo único que doblega y ajusticia a la realidad es la literatura. Cogí el bus de nuevo, le metí esto que has leído debajo de la puerta y salí corriendo.

En Julio de 2009, estuve rotando un mes en el centro de salud de Buitrago de Lozoya, Madrid, España. Juan Gérvas, el médico de la pajarita, fue el punto de encuentro, y además de estar con él, acompañé a Carmen San José, Elena Iglesias y José Ramón Larrea en sus avatares diarios por los distintos pueblos de la sierra. Asimismo aprendí de Mercedes Pérez, Javier Segovia, Akram Hasan, Juan Blanco y Amparo Calvo. Recuerdo con cariño también al personal de enfermería y administrativo. A todos, gracias y hasta pronto.

Se autoriza la difusión del texto siempre que se haga en su totalidad, sin modificar y se comunique al autor del mismo.