

ENTRE LOS DESEOS Y LA REALIDAD: REFLEXIONES DE UNA MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

*Debes amar el tiempo de los intentos
Debes amar la hora que nunca brilla
Y si no, no pretendas tocar lo cierto
Solo el amor engendra la maravilla
Solo el amor convierte en milagro el barro*
Silvio Rodríguez

Los deseos.

Me llamo Mar Rodríguez Gimena y trabajo en el sistema público de salud como médica especialista en medicina familiar y comunitaria desde 1998.

Cual autohada madrina, al acabar mi formación me formulé no tres deseos sino... muchos más.

Hacer atención de calidad y personalizada; atención individual, grupal y comunitaria; atención biopsicosocial, integral; hacer investigación y formación; trabajar en equipo; influir en el cambio social en mi medio; mostrar cercanía en la atención rompiendo las relaciones de poder médica-paciente; procurar no medicalizar procesos de la vida cotidiana; no dar muchos ansiolíticos a las mujeres que vinieran “de los nervios”; practicar la escucha activa... y además compatibilizar el trabajo con mi vida personal y con mi lucha política, poder salir de cañas sin estar agotada y SER FELIZ CON TODO ESTO.

Bien, más de una estará pensando ¿cuánto tiempo tardaría en “petar”, léase “romperse en mil pedacitos”?

No creáis, que aguanté bastante bien el tirón de esta vida moderna. Hasta hace solo 3 años.

Sumaremos a mis deseos, que después de observar que la terapéutica que conocía bien, o sea la que estudié en la carrera y la especialidad, no resolvía muchos problemas de salud sino que los agravaba, compliqué mi formación con un máster en Medicina Homeopática que cursé en Barcelona de 2002 a 2004. Antes pasé por un año entero estudiando quiromasaje por si así conseguía entender y poder aliviar todo el dolor que me contaban en la consulta.

Por supuesto nunca dejé de ser fiel al camino emprendido con el feminismo y la salud. 40 cursos más y listo.

Qué hace una chica como tú en un sitio como este. Biopsicosocial.

Volvamos al punto de partida.

Mar sale al mundo de la Atención Primaria en 1999. Empiezo a trabajar ¡con unas ganas!!!!. Me comía el mundo, cogía todas las suplencias que me daban. Cada una por supuesto de pocos días, a veces doblando mañanas y tardes, lejos de mi casa. No pasaba nada.

Desde que salí de la especialidad en 1998 he firmado 176 contratos. El más largo es el que abarca el periodo de 2011 hasta la actualidad como personal fijo estatutario. El contrato anterior de 2005 a 2011 fue en una interinidad. Es decir que he estado trabajando en precario desde 1999 a 2005 y he firmado una media de 25 contratos al año.

Aprendí, a los pocos meses de empezar a trabajar, que lo de la asistencia integral y con enfoque biopsicosocial y comunitaria no iba a ser fácilmente realizable. Y menos con esta “rotación de puestos de trabajo”. He conocido 10 centros de salud distribuidos de norte a sur y de este a oeste de la Comunidad de Madrid. He atendido a las personas de esos centros en periodos de 1 a 25-30 días en el mejor de los casos. ¿Biopsicosocialmente? Lo dudo.

Ya, cuando acabé la formación vía MIR, y eso que en mi hospital, Getafe, se hacían tres cursos obligatorios de 20 horas sobre medicina comunitaria, me di cuenta de que el término “comunitaria” no iba a estar tampoco muy contemplado en mi día a día en la asistencia en la consulta.

De lo “**bio**” tenía una idea suficiente pero limitada. Desde el final de la carrera de medicina empecé a estudiar por mi cuenta la influencia del género en la salud. Mi trabajo de investigación de fin de MIR versó sobre la eficacia de los ejercicios de suelo pélvico en la incontinencia urinaria en mujeres.

A medida que revisé artículos con el enfoque aprendido en un curso allá por 1999 con Carme Valls sobre sesgo de género en enfermedad cardiovascular, volví a caer en la cuenta de que en mi formación lo “bio” con enfoque de género era casi inexistente y que seguramente iba a tener que hincar los codos de nuevo.

En lo “**psico**” también sentí flojera de piernas pero aun así la juventud y la ignorancia son atrevidas, así que empecé con pequeños cursos dados en la Federación en Defensa de la Sanidad Pública que trataban de desvelar cómo los arquetipos de género influían en la salud. Conocí a Pilar Blanco y Consuelo Ruiz Jarabo y empecé a oír hablar de la violencia de género y de su enfoque en atención primaria.

Y empecé a leer sobre feminismo y salud: Marcela Lagarde, Mabel Burín, Nora Levintong, Inmaculada Romero, Ana María Fernández, Emilce Dio Bleichmar, Ana Távora, Mari Luz Esteban, Consuelo Miqueo, uf... seguro que me dejo a muchas en el tintero.

Entender, acabas entendiendo a nada que sepas hilar un poquito fino, pero ¿cómo porras pasaba esto a la práctica?

En lo “**social**” me sentía más cómoda. Desde los 18 años había pertenecido a una asociación de mi barrio que atendía a personas drogodependientes. Nosotras los y las llamábamos simplemente “yonquis” o “toxis” o “los chavales”, aunque tuvieran 40 años. Leímos a Pablo Freire, a Enrique Martínez Reguera, Enrique de Castro, aprendimos con Madres Unidas Contra la Droga y la Coordinadora de Barrios todo lo que se podía saber de la calle.

Me acabé la carrera de medicina, quinto y sexto curso, viviendo como educadora en un piso de reinserción de toxicómanos.

De la cárcel también aprendí muchas cosas. Muchos chavales ingresaban en prisión y sumado a esto, irrumpió la campaña de insumisión al Servicio Militar Obligatorio en 1989. La mayoría de mis amigos varones fueron insumisos y unos pocos pasaron por la cárcel de 6 meses a 1 año, algunos menos. Conocí de primera mano Carabanchel y Alcalá Meco (la civil y la militar).

Pero claro, esto en la consulta no era fácilmente aplicable, salvo porque tienes otra mirada. Me ayudó mucho en algunas situaciones porque a mí la llamada población “marginal” no me resultaba ajena y no me generaba el miedo que veía causaba entre mis compañeros y compañeras. Viví en primera persona la malísima atención sanitaria que se daba a la población marginal (salvo honrosas excepciones) en nuestra atención primaria y la casi inexistente atención a la salud que se proporcionaba a las personas presas.

La verdad, en lo social he andado siempre enredada. Desde el 15 M he vivido una intensidad en la calle como no recordaba desde finales de los 80 y principios de los 90.

¡Qué alegría!, ¡qué caos al principio!, ¡que organización poco a poco después!. Desilusiones en el tema feminista de nuevo. El grito silencioso antes del día de la jornada de reflexión de las elecciones de 2011 fue sobrecogedor.

Colaboré activamente, ahora algo menos, con Legal Sol y he peritado en alguno de los juicios contra activistas de la Comunidad de Madrid. He revisado y he hecho partes de lesiones a personas agredidas por la policía en las brutales cargas contra el 15M y las Marchas por la Dignidad, la Cabalgata Indignada, la resistencia a los desahucios de la PAH y he vuelto a comprobar como, por desgracia, muchos profesionales médicos y médicas pasan de estas personas y hacen una mala praxis en la asistencia a todos y todas estas maravillosas activistas que se la /nos la jugamos en la calle para empujar un poquito hacia la transformación social.

Y claro, cómo no llevar al terreno de lo social a la salud y viceversa. Imagináis, ¿no?, se me abrió el mundo de la salud pública y de la educación para la salud. En 1999 cursé el Diploma de Promoción de la Salud en el CUSP (Centro Universitario de Salud Pública).

Tras dos años, conocí a mujeres maravillosas del Servicio de Promoción de la Salud de las Mujeres de Salud Pública de la Comunidad de Madrid: Marisa Pires, Luisa Lasheras, Carmen García Ríolobos. Trabajé con ellas y con algunas estupendas profesionales más, con las que tuve la fortuna o la insensatez, no sé muy bien cómo catalogarlo porque he tenido muchos quebraderos de cabeza, de meterme en la aventura de la lucha contra la violencia contra las mujeres. Participé en el protocolo de la Comunidad de Madrid en la formación, en las múltiples y dolorosas reflexiones sobre un tema tan duro y en el que es tan difícil actuar con jefes como los que tenemos y con una sociedad a la que le queda mucho que aprender. Me hice “pareja de

hecho” de formación de Henar Sastre, enfermera de la que he aprendido muchas cosas. Ella se jubila en breve, para mí que haya estado en el sistema público desde el principio hasta el final, la convierte en una auténtica heroína.

Todavía pensaba que aprendiendo más y más, sabiendo escuchar mejor y mejor iba a conseguir mis deseos.

Pero iba viendo que no, que lo de que lo personal es político era de verdad. Que la atención primaria se iba degradando, que había mucha tela que cortar y que no era solo cuestión de seguir formándome y ejerciendo desde hacía once años una doble terapéutica: la convencional y la homeopática.

Y apareció la crisis aunque el neoliberalismo ya hacía de las suyas desde hacía años. Y también la resistencia y la desobediencia civil.

Vinieron los años 2000 a 2008, antes de la crisis, y la precarización en la asistencia ya estaba aumentando: cupos enormes, 30-40 pacientes al día y equipos inestables con mucha rotación en su personal interino. Y desestructuración de la sanidad pública. Se iniciaron las privatizaciones de las pruebas, de algunos hospitales, de la limpieza, de la atención de citas telefónicas.

La feminización de la asistencia avanzaba y era un hecho innegable que tuvo algunas consecuencias positivas y otras negativas. Ni que decir tiene que Ana Delgado de esto no solo sabe mucho más que yo. Estudia, investiga y lo comparte con nosotras en sus publicaciones.

Además, el capitalismo siguió haciendo de las suyas. Cada vez la población demandaba una medicina más basada en pruebas, necesitaba y pedía más medicamentos, aumentaron las enfermedades crónicas. Y nos demandaba la seguridad de “no tener nada” si los exámenes de diferentes tipos eran negativos.

Ahora una buena médica de familia sabe hacer ecografías, cirugía menor, crioterapia, etc. Pero no se valora como igual de importante que sepa escuchar, calmar, acompañar...

Si no prescribes fármacos ansiolíticos, una parte de tu población se enfada contigo -“a esa médica le gusta lo natural”- aunque hayas intentado señalar que mucha parte de lo que le pasa tiene que ver con tener un trabajo precario, no disfrutar de una buena relación de pareja, tener que cuidar a tres personas dependientes a su cargo, o con la preocupación porque al comprar preferentes se quedara sin los ahorros de toda una vida, o que le fueran a desahuciar de su casa.

La Medicina basada en la evidencia, mala traducción de la medicina basada en pruebas ha ayudado a desvelar algunos pufos pero tampoco fue la panacea ...

Con la crisis, los motivos de consulta relacionados con la ansiedad, el ánimo triste, el insomnio, la desesperación, la rabia, el dolor aumentaron. Los cupos

aumentaron aún más, muchos profesionales hemos llegado a “atender” a 50-60 pacientes al día.

A esto se sumó un recorte brutal en las plantillas. Según *El País* en noticia del 8 de enero de 2015 ¹:

“El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), ente público que gestiona todos los hospitales y ambulatorios de la región, pasó de tener 106.565 trabajadores en 2011 a cerrar 2013 con 86.235; es decir, perdió el 19,1% de sus efectivos en solo dos años. Así lo recoge un informe de la Cámara de Cuentas, consultado por EL PAÍS, que analiza la cuenta general de la Comunidad de Madrid en 2013

En número de trabajadores, se pasó de los 95.371 de 2012 a los 86.235 de 2013. Un 10% de recorte. Por áreas, el 79% de los efectivos están en los hospitales; el 17%, en los centros de salud; el 3% en el servicio de emergencias SUMMA 112 y el 1% en los servicios centrales. En total, en solo dos años, la sanidad ha perdido a uno de cada cinco de sus trabajadores

En cuanto al gasto en sanidad de la Comunidad de Madrid el recorte aún es mayor, del 21%. Las listas de espera quirúrgicas y de atención en especializada se dispararon.”

Según el diario *20 minutos* los números son un poco diferentes pero se perdieron el 9% de los puestos de trabajo².

El número de trabajadores bajó de 71.836 a 65.161 (9,9%) entre julio de 2009 y julio de 2014, según el Registro Central de Personal.

Para rematar la situación, se aprueba el “Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”.

El nuevo modelo ha significado el abandono de la universalidad que caracterizaba a nuestro sistema público de salud en favor de un modelo de aseguramientos, un paso cualitativo de enorme gravedad, ya que representa un claro retroceso en términos de protección de la salud para cualquier persona que viva en el Estado español.

Y apareció YO Sí sanidad universal³ y muchas profesionales de medicina nos hicimos objetoras a este Real Decreto.

¹ http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/01/07/madrid/1420660772_492536.html

² Ver más en:

<http://www.20minutos.es/noticia/2358841/0/madrid-pierde/6675-profesionales-sanidad-publica/desde-2009/#xtor=A-D-15&xts=467263>

³ <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/1-500-casos-de-exclusion>

En la zona en la que yo trabajaba vivimos las consecuencias de este Real Decreto de manera puntual. En mi equipo de atención primaria se empezó poniendo problemas a la asistencia a personas sin papeles o sin tarjeta pero en pocos meses se atendió a todo el mundo que lo solicitaba. El problema mayor era cuando había que derivar pruebas a especializada. Como se tejieron redes de personas objetoras en Primaria y Especializada, al final, de manera subrepticia, en una guardia, y como de “trapicheo” sacábamos adelante las pruebas diagnósticas que necesitábamos.

Recientemente el informe de REDER , Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 pone de manifiesto que ⁴

“...las más de 1.500 personas que han visto denegada de alguna forma el acceso a la asistencia sanitaria, casos documentados por nuestras organizaciones en 12 Comunidades Autónomas durante poco más de un año, son la evidente demostración de que el actual modelo de salud español dista mucho de ser universal y fiel a los principios rectores que definen el Sistema Nacional de Salud desde 1986. Cuando los argumentos por los que se justificó la introducción de una legislación discriminatoria para un sector de población no se sostienen en la evidencia científica y son contrarios a los principios deontológicos y de derechos humanos, solo cabe calificar esta política como arbitraria.

REDER entiende que la reforma sanitaria de 2012 no se justifica ni desde el punto de vista de derechos humanos, ni económico, ni de salud pública, ni desde la ética médica. Negar el acceso a los diferentes niveles de la asistencia sanitaria a personas por su situación administrativa es contrario al código deontológico y al juramento hipocrático. Desde un criterio de eficiencia, conviene señalar que dejar fuera de la cobertura médica de manera normalizada precisamente a las poblaciones más vulnerables, además de injusto, supone excluirlas de la adecuada coordinación entre niveles socio-sanitarios y entre los protocolos establecidos con fines de prevención y de protección de la salud pública”.

Como anécdota puedo contar que al volver a las urgencias de Atención Primaria al Servicio de Atención Rural intenté buscar a mis personas aliadas en mi hospital de referencia.

Al ir a hacerme una revisión, tanteé a la especialista para ver si le podría mandar mujeres con tal o cual problema de salud a lo que me contestó molesta que lo mejor era usar los cauces habituales. Había una residente *fellow* que venía de otro país pero que era española, o sea que me entendía cuando hablaba, joven (no más de 25 años) que me dijo indignada que lo que yo proponía era ilegal. Le contesté muy ufana que hacía muchas cosas ilegales y que esa era la que menos me preocupaba.

Pero me quedé sin el contacto que pretendía hacer.

⁴ https://www.reder162012.org/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=102

Con las consultas saturadas, a la gente que trabajamos estos últimos cuatro años en equipos poco cohesionados y sin mucha conciencia de cómo estaba influyendo la situación en la salud de la gente, la situación económica y la influencia en la salud de la gente se nos vino encima.

Sé que lo que os voy a contar no está bien hecho: he dejado dinero a pacientes para comprar comida o medicinas; he dado mi correo personal, mi teléfono a algunas de las personas a las que atendía en situaciones extremas.

Con la crisis mi enfoque biopsicosocial me fue imprescindible, pero mi capacidad de poner límites, de contenerme no fue sólida: ¿desgaste por compasión? Os cuento varias historias que me impactaron especialmente.

Acudió a consulta una mujer de 50 años, que vivía muy precariamente, que había perdido 12 kgr en 8 meses y a la que al hacer la historia clínica se desveló la causa: solo comía en el desayuno un café con leche con galletas. Ese día, con mucha rabia y tristeza pensé: vaya, ahora en el diagnóstico diferencial del síndrome constitucional de los excluidos, de la gente más pobre, está la pérdida de peso por falta de alimentación. Contactaron con la trabajadora social y con Cáritas (únicos recursos disponibles en mi zona), se hicieron las analíticas pertinentes, escuché sus preocupaciones y... desapareció de mi consulta.

Otro hombre de 78 años me vino a ver a la consulta con su mujer y su hija que tenía una discapacidad intelectual. Yo era la médica de los tres. El hombre llevaba unos meses durmiendo mal y la mujer le notaba más despistado. Por supuesto pedí la analítica del despistaje de demencia. Al venir él y la mujer sin la hija a recoger los resultados le pregunté ¿no habrá algo que te preocupe especialmente?, porque todas las pruebas han salido bien. Sí, me dijo, he invertido mis ahorros de toda una vida, los que iba a dejar a mi hija para cuando nosotros faltemos, en las preferentes esas. ¿Has consultado con algún abogado o con alguna plataforma de personas afectadas? No, me contestó. Para qué, esas cosas no sirven para nada. Le indiqué que sí y que si tenía algún otro hijo. Yo a otro de los hijos no lo conocía. Pasé de prescribir un posible ansiolítico y/o antidepresivo a derivar a una abogada que resolvió el tema. Final feliz: recuperaron todo su dinero y toda su sintomatología, que ya había empezado a mejorar, desapareció por completo.

Varias mujeres mayores venían con sus dolores puestos, sus angustias, hijos e hijas en paro, pensiones de miseria y mucha desilusión porque esperaban que después de toda una vida trabajando iban a tener algo de tranquilidad en su vejez. Recuerdo a P con especial cariño. Cada marea blanca, verde, roja o violeta se ponía sus playeras y no se perdía una. Animaba a sus amigas a no faltar a una manifestación o una concentración en defensa de los servicios públicos. Sus dolores mejoraron por un tiempo. Su salud se vino literalmente abajo cuando le dieron la custodia compartida de su nieta a su hija y a su pareja, que era maltratador de ambas. Varias veces le detuvo la Guardia Civil por sobrepasar los niveles de alcoholemia, pero en el juzgado nadie hacía nada. Están pendientes todavía, dos años después, de la revisión de la sentencia. Como ella decía, “cualquier día hago una locura”.

En el 2012, las cosas iban de mal en peor y entró un soplo de viento fresco: la Marea Blanca y la huelga del 2012.

No fue solo la Marea Blanca. La gente se organizó en mesas de barrio y grupos de trabajo, unas veces con personal de los centros de salud, otras no.

La huelga creo que quiso expresar el profundo malestar que teníamos muchas de las trabajadoras de este sistema público. El seguimiento global fue bastante masivo. Como siempre baile de cifras de seguimiento de la huelga. Las de la comunidad de Madrid fueron del 26 %, las de los sindicatos del 85% y en algunos centros el seguimiento fue del 90% .

En mi centro de salud, los cuatro días de huelga de la primera semana solo la hice yo. Los pacientes de mi cupo con un enfado monumental, mi coordinadora decidió no ponerme servicios mínimos un solo día. Yo ya había protestado porque en las huelgas generales previas me habían endosado los servicios mínimos las dos veces. La segunda huelga general había llamado a la gerencia para decirles que era ilegal (ya me había asesorado en mi sindicato, CGT), me quitaron los mínimos y al llegar la huelga indefinida no me los proponían. Una buena amiga médica me dijo: “pues pídelos tú por todo el morro, de otra forma no aguantas la huelga indefinida”.

Peleamos y ganamos en parte, aunque las represalias con ceses de los y las directoras de centro que más se significaron y que fueron las voces y caras públicas, nos dejaron a algunas con mal sabor de boca y a las y los profesionales de los centros afectados con hartazgo y saturación.

Emergen las enfermedades raras. La sensibilidad química múltiple y la electrosensibilidad (SQM y EHS).

No puedo dejar de expresar en esta reflexión lo que supuso en mi vida profesional y personal la irrupción de estas nuevas enfermedades medioambientales.

Recuerdo las primeras aproximaciones al problema de la sensibilidad química con Carme Valls a raíz de la intoxicación masiva del 1994 en Barcelona. Se organizaron cursos para las médicas de primaria, pero pocas recogieron el guante que nos tiraba Carme. Margarita se hizo 1.000 búsquedas bibliográficas. En el MyS han salido publicados varios artículos.⁵

A la complejidad del problema de salud, se unía todo el proceso de las bajas laborales, incapacidades y juicios. Y la desatención en el sistema público de salud.

Empecé a ir de perita, con mis informes, revisados inicialmente por Carme, a los juicios de las personas a las que atendía.

⁵ http://www.mys.matriz.net/mys-07/editorial/edi_07_01.html
http://www.mys.matriz.net/mys32/32_sumario.htm

Otra vez estudiar, escuchar, aprender a mirar, soportar de nuevo las miradas de extrañeza, incredulidad e incluso malas formas de mis compañeros y compañeras de profesión.

El Ministerio, desde el Observatorio de Salud de las Mujeres, convocó a especialistas de diferentes comunidades autónomas y en el año 2011, a finales, se presentó el documento de consenso sobre SQM.⁶ En septiembre de 2014 entró como entidad diagnóstica en el CIE-9.⁷

Tras la irrupción de la SQM entra en escena la EHS. Si era complicado que el sistema público y sus profesionales creyeran y atendieran a las personas que sufren SQM, cuando aparecen los primeros casos de EHS el colapso del mundo científico es total.

Por supuesto, las multinacionales de las telecomunicaciones aportan datos siempre en contra y diferentes grupos de personas expertas de la Unión Europea los aportan a favor de que hay datos suficientes como para afirmar que los campos electromagnéticos afectan a la salud y que hay que aplicar el principio de precaución.⁸

Mi nivel de ansiedad y frustración al afrontar la asistencia a estas personas con su gravísimo deterioro de su salud física, psicológica y social solo se ve recompensado por la fuerza que me aportan ellas, sus familias y las asociaciones de apoyo mutuo que han creado.

Como siempre un nuevo bucle: escucha y ESTUDIA.

Hay que vivir, amigo mío, y ya va haciendo frío.

Y en esta coyuntura me encuentro ahora. Con los deseos más importantes escasamente realizados. Con la sensación algunas veces de estar como un burro en un garaje, tratando de mantener la ilusión por seguir atendiendo lo mejor que pueda.

A veces siento que trabajo exclusivamente por ganarme mi pan, yo, os lo prometo, no era así. Los días en los que gana la reflexión de “déjalo ya, móntate algo por tu cuenta lejos de este sistema”, se une a la realidad de acabar de pagar mi hipoteca y poderme mantener.

6 http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/SQM_documento_de_consenso_30nov2011.pdf

7 https://es.wikipedia.org/wiki/Sensibilidad_qu%C3%ADmica_m%C3%BAltiple

8 <http://www.apdr.info/electrocontaminacion/Documentos/Investigacion/bioinitiative/2012/Bioinitiative.2012.Resumen.Publico.pdf>

Recientemente, en Mayo de 2015, volví a las urgencias rurales de atención primaria en Buitrago del Lozoya. Estar cerca de mi casa, tras estar cuatro años haciéndome 100 kms de ida y 100 de vuelta diarios, me parece un lujo.

Lo que ahora está más tiempo presente en mi vida en relación con cómo nos ubicamos nosotras en este sistema es esta idea: creo que con profesionales sanitarios como yo, el sistema está encantado. Apagamos todos los fuegos con decisión, cariño y compromiso político pagando un alto precio personal, pero no avanzamos en un cambio social relacionado con la salud que de verdad contemple desde otros puntos de vista el tipo de asistencia que estamos dando. Un cambio en el que la gente consciente, reflexiva, que pelea contra lo establecido pueda ser un *lobby* que presione para que la sensatez haga de nuevo aparición en nuestro sistema sanitario.

Sí, una de las cosas más reales que he experimentado es que somos una pieza imprescindible en este sistema, que nos deja protestar y cabrearnos un poquito, pero... nada más.

Para terminar os regalo un extracto del *Manual Práctico de Desobediencia Civil* de José Antonio Pérez. Por si os sugiere algo para el futuro.

*"Existen múltiples formas de boicotear un mecanismo. Desde introducir palillos entre sus engranajes hasta echar arena en el depósito de combustible. Para funcionar sin problemas, el Sistema necesita la certeza de un orden que reduzca la imprevisibilidad; consigue la sumisión triturando la conciencia de los individuos mediante esa microfísica del poder. Se tritura así la sociedad reduciéndola a un amorfo puré social homogeneizado a fuerza de alienación, y relativamente sencillo de manejar por ese Pensamiento Único mercantilista para el que la libertad sólo cuenta cuando se trata de la "libertad de mercado". Pues bien, a través de la desobediencia podemos complicar el puré, llenarlo de microscópicos grumos, para que no cuele tan fácilmente por los poros del tamiz normalizado de la autoridad. Es factible responder a la microfísica del poder con una microfísica de la desobediencia ejercida a escala individual. **De esa manera, cada individuo puede formar su propio grumo sin importar lo pequeño que éste sea. Llenando de grumos el puré, el tamiz terminará por atascarse."***

23 de Octubre de 2015
Mar Rodríguez Gimena