

XII Seminario de la RED CAPS. Barcelona Octubre 2015

25 años después

Pilar Babi Rourera

Estoy contenta de estar de nuevo en el Seminario, muchas gracias por pensar en nosotras, las médicas de familia y muchas gracias por la oportunidad de reflexionar, mostrar, compartir. Un placer y un privilegio, gracias.

Llevo tiempo pensando qué os quería decir. El título 25 años después que es una propuesta de Margarita Lope, pues... ¡parece el nombre de un tango! No es la primera vez que hablo de la atención primaria aquí, en el Seminario o desde la revista MYS. Pero no hallaba, en esta ocasión, ese corazón de las cosas que te permite decir tu verdad.

Sí, esta es una ocasión diferente. He tardado en caer en la cuenta que la diferencia fundamental es que hoy no vengo, en realidad, a exponer nada: Vengo a pedir ayuda.

Siento que estoy en una especie de bucle experiencial: de vivencias repetidas, de pensamientos que topan con muros o confines y no encuentran salida.

Pido ayuda a las médicas de cabecera por vuestra especialísima proximidad (creo que os ha llamado la fila cero, muy acertado pues en realidad no hay distancia), a las profesionales de especialidades cercanas desde ese valioso lugar cercano, aunque no tanto. A las mujeres que sois, somos, usuarias de los servicios, a las mujeres de la Red de dones per la salud y otras asociaciones queridas, a las que reflexionáis respecto a la salud desde disciplinas distintas... a todas os doy las gracias por dedicarnos vuestro tiempo y os pido ayuda.

¿Qué me llevó a estudiar medicina?, ¿de dónde nace mi decisión y mi vocación? ¿Que me hizo decidir por la medicina de familia?

El estudio de la medicina está ligado íntimamente a mi historia personal, ya he hablado de esto en otras ocasiones y no quisiera cansaros, de nuevo, con azares de mi vida.

Tengo 55 años, estude en el Hospital Clínico de Barcelona en unos tiempos, como ahora, políticamente agitados. Durante el año de rotatorio en el sexto curso y durante la preparación del examen MIR (que con los años se ha convertido en una segunda licenciatura de medicina) noté que el hospital me generaba incomodidad. No sé muy bien que noté, que noto...tiene que ver con una organización muy jerárquica, con una distancia del paciente muy grande y con unas dimensiones también, en general, mayores. Esto no obvia que tenga un sentimiento de pertenecía y de gratitud con el Hospital de Bellvitge, donde me forme.

Asistí- de una manera que parecía casual- a un congreso de Medicina de Familia en Barcelona siendo estudiante. No sé ni cómo me dejaron entrar... Me gusto lo que se mostraba allí. Me impresionó especialmente la exposición de un médico que presentaba a un paciente gallego con su cirrosis y su boina al que su médico había fotografiado sonriente y desdentado en el bar.

En realidad, fue una intuición; por tanto una suma de argumentos que puedo compartir y de otros que, incluso a día de hoy, apenas tiene palabras. Sigo pensando que fue una buena elección.

Era mediados los 80 y había en mi entorno y creo que en el de muchas de nosotras una sensación de ligereza, una confianza en las posibilidad de realizar cosas.

La reforma de la AP estaba en la cartera de todas las formaciones políticas, creyeran más o menos en sus bondades. En Cataluña se llevó a cabo con una fastidiosa lentitud.... Acaba de celebrarse los 30 años de su inicio. Pero es cierto que el paisaje de la atención primaria, en aproximadamente una década, cambio.

Algunas características relacionadas con ese nacimiento imprimieron marca, podríamos decir, de origen. Quizás la primera, un nacimiento muy ideologizado: para mi Alma Ata fue primero una declaración fundacional que un lugar en el mundo. Desde eses lugar remoto se había dibujado en 1978 lo que yo debía ser. Yo quise ser eso que entendía a medias.

También el olvido está en nuestros genes profesionales. Un olvido mayúsculo, olvido de lo previo. Tomamos como referentes otros lugares, en especial el Sistema de Salud Ingles, y pusimos la mirada en los países nórdicos. un Olvido grande, una tabla rasa, muy grave. Un ejercicio de prepotencia que nos hacía “venir de la nada” o de la ley de la reforma o, como se decía ranciamente de los niños de París, los médicos de familia veníamos de Alma Ata.

¡Tanto como hubiésemos aprendido de algunos médicos y algunas medicas de cabecera que llevaban toda la vida aquí!, ¡cuántas advertencias respecto a la administración, respecto a la medida de las cosas, respecto a las y los paciente, respecto a la profesión!....fuimos muy arrogantes.

La estructura inicial de los Equipos de Atención Primaria fue novedosa, frente a una organización hospitalaria claramente jerárquica, se propuso acercarnos a un modelo casi asambleario, con coordinadoras como líderes, con largas horas de debate sobre responsabilidades y objetivos. Este modelo, al cabo de unos pocos años, y de una forma un tanto subterfuga-sin información, sin información sobre qué representaba...- cambio.

Las y los coordinadores se convirtieron en directores, la relación de la medicina con la enfermería cambio y en general- salvo excepciones siempre valiosísimas- disminuyo. Hoy se habla de nuevos modelos en que un solo director organiza o manda en varios equipos, cada vez más y más lejos del territorio....

La prevención fue adoptada como bandera incuestionable de la medicina de familia. La prevención parecía inherente a la idea de progreso. Ahora conocemos algunas de sus perversiones: el pasar conocimientos de la población al individuo, el magnificar la eficacia de las intervenciones positivas, el amplísimo mercado económico que abre, la medicalización de la salud convertida en pre-enfermedad... La misma idea de prevención está en entredicho. Es un cambio realmente interesante.

La promoción para la salud, liderada por la comunidad, ha emergido tímida pero vigorosa en algunos lugares, como una alternativa posible, a esa prevención tan de “arriba abajo”. Yo no lo he vivido en primera persona, quizás alguna de vosotras sí.

A finales de la noventa trabajé en un proyecto de colaboración sanitaria en Centroamérica. Pocas cosas me han enriquecido tanto como esos meses en el otro lado del charco. Lo que me lleve de allí no cabe en esta presentación, solo decir, al hilo de lo que estábamos hablando, que en los textos que leía del tipo “Donde no hay doctor” ya se advertía con claridad meridiana que lo que llamamos aquí educación sanitaria es “cambia tus motivaciones por las mías”.

Unas motivaciones- las mías- que, además, puedo modificar cuando quiera pues la ciencia, ya se sabe, es el saber de lo provisional. Recordareis recomendaciones dietéticas de lo más

diverso en estos años de profesión. Todas ellas tan importantísimas y tan acuciantes, y... que han caducado en unos pocos años.

No estaba de moda a finales de los noventa cuando yo trabajé en Guatemala, no estaba de moda en nuestro medio, en nuestro país, poner en duda estas medidas. La sabiduría ancestral del arte de cocinar, pongamos por caso, ha tenido que esperar 20 años para ser "legitimada" por estudios como los que abalan, ahora, "la dieta mediterránea".

El modelo biopsicosocial es otra de nuestras marcas de identidad. Tener en cuenta no solo lo biológico en la atención médica abrió grandes horizontes, Saco a la medicina de su olor a cloroformo. Le guardo afecto y agradecimiento a quien lo diseñó y sobre todo a quienes me enseñaron a pensarlo y usarlo.

Pero todos los modelos tienen efectos secundarios que, yo por lo menos, ni siquiera he escuchado nombrar: hoy en día el modelo me parece una hermosa antigüedad.

Una encrucijada de disciplinas que los profesionales de una época priorizamos sobre otras. Un instrumento con grandezas y carencias. El modelo biopsicosocial no me enseñó a atender a las mujeres, fue el feminismo quien me enseñó a verlas. Este modelo tridimensional parece acotar el mundo y en realidad, le pone puertas al campo. Deja fuera la importancia del ambiente (químico o de radiaciones o de...) la importancia de la ecología, de la fuerza simbólica de las relaciones, de la espiritualidad, sea esta religiosa o laica, deja fuera de demasiadas cosas.

El modelo biopsicosocial ha dado paso hoy en mi como médica, a entender la criatura humana como algo misterioso e inmenso. De esa inmensidad entendemos algunas cuestiones y otras no; y que de las que entendemos podemos atender algunas y otras no...y de las que atendemos podemos aliviar unas pocas, otras no; y con mucha, mucha suerte de las que aliviamos podemos curar alguna.

Fue en este mismo Seminario, hace unos años, donde escuché a una compañera socióloga murmurar preocupada: "os lo queréis llevar todo a la consulta". Una advertencia que me quedó en la memoria y he necesitado tiempo para interpretarla.

El modelo biopsicosocial es fruto de un momento histórico, pero no completa la criatura humana como parecía entenderse, no nos convierte en sabedoras, un poco sabiondas, de todo. La atención primaria tiende a la desmesura.

La inmensidad es propia del ser humano y no propia de un modelo o de disciplina. Ningún modelo completa la experiencia humana, necesitamos, nuevamente, una buena dosis de humildad.

Ahora hay múltiples voces que, no solo alertan, si no que denuncian tratar medicamente los problemas psicológicos y sociales. Nos advierten de que cuando nos llevamos a la consulta estas realidades contribuimos a ocultarlas.... Hace años cuando advertía en mi cuerpo esta incomodidad sin poder darle forma de pensamiento o de relación decía "somos contenedores del mundo".

La línea que separa, de un lado, entre entender que la criatura humana es compleja y que toda su realidad afecta la salud y del otro lado, caer en un embrollo omnipotente de pretender atenderlo todo, es una línea que yo cruzo a diario en la consulta en ambas direcciones y, a veces, me tropiezo. Ahora decimos a grandes tuits que hemos de desmedicalizar, de desdiagnosticar, y yo estoy plenamente de acuerdo, pero lo cierto es que hemos contribuido a ello y que hace falta una reflexión de la construcción de la especialidad para entender el cómo

y porque, y desde ahí buscar soluciones. No es solo revisar la medicación y ordenar la historia clínica, es algo en la base de nuestro pensamiento.

Desde las últimas décadas la atención a la mujer y el hombre anciano está representando un reto para la sociedad entera, reto en el que participamos. El enfoque multidisciplinar, la óptica integradora es interesante y necesaria, sí. Pero corremos riesgos parecidos a los que he querido resaltar con el médelo biopsicosocial. Primero hemos desmenuzado la vejez en innumerables patologías, hemos transmitido que envejecimiento no existiría como entidad si no que se trata de una serie “problemillas solucionables” que aparecen con la edad. Y, ahora, necesitamos un reconstrucción profesional del rompecabezas que hemos creado y queremos bautizamos como “Atención integradora”

Claro que estoy exagerando un poco, sí... Pero es otra maniobra de suplantación de la realidad, es una nueva medicalización, por bienintencionada que parezca. Hacerse vieja es difícil, atender clínicamente a la vejez, también. Vamos a decirlo claro, con las palabras sencillas del habla común, de la lengua materna más que con neologismo complejos.

La reforma de la atención especializada fue una expectativa de mejora. Habíamos trabajado durante 10 años aproximadamente con los llamados especialistas de zona con los que mantuvimos una relación desigual. En general escasa

Cuando se inició la reforma de la atención especializada pensamos que trabajaríamos en común con profesionales mejor formados.

Mi experiencia es que el trabajo en común no se ha llegado a construir y que la buena formación de los profesionales ha conllevado actos clínicos puntuales muy adecuados y hasta brillantes, pero no ha mejorado el proceso asistencial. ¿Qué quiero decir?

Las distintas especialidades se han “contratado” con servicios hospitalarios, desde decisiones y relaciones jerárquicas, atendiendo las necesidades de estos servicios y bajo su mando. De tal manera que es el servicio hospitalario quien decide, con la consecuente aparición de, al menos, los siguientes problemas: Rotación de los profesionales muy importante, pues se contrata un servicio de atención no un uno o unos profesionales. Desinterés y a veces franco ninguneo de la patología menos compleja o novedosa. Progresiva virtualización de la asistencia, las llamadas visita sin paciente. Los médicos especialistas se denominan a si mismo consultores, es decir, un apoyo virtual a la medicina de familia pero no un ejercicio clínico en si entendido como relación con el paciente. Estan desapareciendo detrás de la pantalla del ordenador.

El sufrimiento de algunas médicas y algunos médicos de la AP es un sufrimiento al que no hemos dado sentido, por ello podemos pasar de puntillas sobre el sin que nada se modifique. De hecho como el sufrimiento de las mujeres en otros aspectos de la vía.

“Muestra tus heridas, politiza tu dolor” Mientras preparaba este trabajo, en el mundo, tantas cosas... una terrible: las imágenes del niño refugiado sirio muerto el mes de Septiembre que conmocionó al mundo.

Quisiera proponer desde aquí dedicar nuestra atención- como profesionales de la salud y mujeres que aman la vida-una reflexión desde la revista MYS o desde el próximo Seminario una reflexión digo, respecto a los éxodos que provoca la cultura de la guerra, Montse Cervera, pensando especialmente en ti.

Hubo, respecto la publicación de las imágenes de cadáver del niño opiniones contrapuestas. Opiniones ya conocidas de situaciones dramáticas previas. Unas a favor de preservar la imagen de los muertos o heridos, en un intento de mantener su dignidad fuera del comercio mediático. Otros claramente favorables a mostrar el dolor del mundo para hacerlo político.

Recuerdo un artículo que circulo on-line que defendía con pasión esta segunda postura citando a la pensadora Susana Songtan. El artículo, interesante, estaba bien hilvanado y, hasta el final, no me di cuenta de lo que algo que no me cuadraba: las mujeres llevamos mostrando nuestras heridas desde siempre sin conseguir ninguna política, ninguna mediación u obra civilizadora sobre el sufrimiento, que el modelo cultural patriarcal considera inherente a nuestra propia naturaleza y por tanto obvio, de imposible e innecesaria atención. Las mujeres muertas en manos de sus parejas, en este año sangriento en el Estado Español, no ha resultado inmediatamente político, solo la cercanía de las elecciones lo hace burdamente político.

El dolor expuesto no es un dolor inmediatamente político. He hablado de él siempre que he tenido posibilidad de hacerlo, hablo ahora del dolor de las médicas y sé que también es de algunos médicos.

En lo primero años de mi profesión me refería a él tan des de lo experiencial... que siempre temía que me recomendaran ir al psicólogo. Luego empezó a hablarse de Burn Out (que sigue se, sobre todo, en la persona doliente, como si ella o el fuesen, fuésemos el problema) Posteriormente llegaron otras verdades. A mí me alcanzo de una manera especialmente intensa el Trabajo para la fundación Galatea “Salut condicions de vida i de treball dels metges i metgesses de Catalunya” que lideraron Carme Valls, Pilar Arizabalaga , Izabella Rohlf, Lucía Artazcoz, Carme Borrell, Mercè Fuentes, a las que estoy verdaderamente agradecida por un trabajo que, años después, siguen siendo innovador y valioso.

Un día la encuesta se presentó en el Colegio de médicos fui y me senté delante, impaciente. En el coloquio levante la mano y exprese mi alivio de ver en aquellos datos reflejados. Mi sufrimiento no como algo personal, como una “carencia Pilar-Babi” si no como algo ligado a las condiciones del ejercicio de la medicina de la sanidad publica. Sentí un gran alivio: la explicación del dolor, mío y no solo mío, se había abierto al mundo.

Luego he sabido de encuestas en el mismo sentido que, dirigidas por entidades dispares, muestra resultados similares. Os muestro esta última, en que se señala nuestra especialidad como la primera de las especialidades médicas que se relaciona con la aparición de depresión.

Y además... cada año el ICS(Institut Català de la Salut) me pide rellenar una encuesta para saber cuan satisfecha estoy en mi lugar de trabajo.

¡Qué bien! Cuanta atención presta el mundo a nuestro dolor. Que bien, sí. ¿iiiiSi!!!!?

El constructo de la medicina de familia incorpora la idea de que el cansancio de los y las profesionales va implícita. Es un valor ligado a la vocación entendida más como una exaltación del sufrimiento en el servicio que como un motor del deseo y la creatividad.

Un joven médico que ha finalizado la residencia recientemente, con una buena cabeza y un buen corazón me decía hace unos días: cuando sales de la consulta- ahora ya en un CAP cercano al mío y con una responsabilidad completa- te sientes como si no tuvieses fuerza, como si te hubiesen dejado sin sangre. Y esta sensación no mejora aumentado la competencia, porque no tiene que ver con la capacidad clínica, si no con la posición de estar en un equilibrio

hacia lo otro, hacia la otra. Y atendiendo realidades sobre las que, apenas tienes competencia y en condiciones que no son adecuadas.

Mi dolor no importa, al menos no en el sentido de que intervenga como una variable que mueva, a mí, a otros a modificar lo real. Es como el dolor de cenicienta que se da por sentado. Pobre cenicienta...y ya está. Ah! Y no te quejes tanto ¡que estas instalada en la queja!

Hoy muchos años después me doy cuenta de que nadie nos va a ayudar. De que por más encuestas que lideren mujeres espléndidas, el resultado de las mismas no es significativo, es un “Muestra tu dolor”, que no politiza el dolor; es decir que no lo lleva al lugar donde las palabras nombran cosas reales. Al lugar en el que cuando se dice: “esto es insostenible” aquello que sostienes se cae, en lugar de provocar un benevolente “pobre, que cansada esta”.

No me malinterpretéis, no he venido aquí a llorar el dolor de las médicas o bien, no solo a eso. Sé que hay mujeres de otras disciplinas y tareas que están en situaciones durísimas y a las que nadie les hace encuestas y que son totalmente invisibles.

Mi reflexión quiere llevar el dolor al terreno no de las lastima, menos de la autocomplacencia, Mi reflexión quiere ir un lugar del cambio, de la epifanía.

No se conocéis la obra de la artista plástica Cori Mercadé. Me gusta mucho su reinterpretación íntima y original de obras o símbolos clásicos. El dolor de la piedad reinterpretado por ella me parece especialmente hermoso. Me explicaba la pintora que cuando se observa la piedad de los clásicos hay una desmesura enorme entre el cuerpo de mujer que sostiene y el cuerpo inerte de un hombre joven. Un cuerpo inevitablemente pesado, grave, que de ninguna manera se puede sujetar en vilo. No hay posibilidad para ningún tipo de movimiento grácil o volátil al estilo de la idealizada belleza femenina. Hay, en este engaño, algo que podría ser una pista para este dolor de contención que yo también advierto.

Ella intenta construir otra realidad fotografiando y pintando después madres con sus hijas e hijos adolescente o adultos en brazos. Me gustaría mostrároslos y saber que os sugiere verlos

A mí me trae a pensar y sentir que es posible la alegría, que más se soporte se puede ser un abrazo, que hay que buscar otros equilibrios distintos al mero sostener en vilo. Que se necesitan apoyos acordes a las dimensiones de lo que sostienes.

Yo tampoco puedo sostener en vilo el dolor de la consulta, necesito, medida, apoyos, intercambios...

¡Ni cenicienta... ni Superman!

El vínculo

Entendimos que la relación – muchos más allá de la entrevista clínica-era, doblemente, sorprendentemente, maravillosamente, nuestro instrumento y nuestro fundamento. Recuerdo una cadena de mails interesantísimos respecto la distancia terapéutica que, creo recordar, se publicaron después en la MYS.

Entendimos y lo dijimos alto y claro, (en realidad lo hemos ido diciendo a medida que lo íbamos comprendiendo y viviendo) que la confianza justifica nuestro hacer, que es el paciente, la paciente el que nos da autoridad al depositar en nuestras manos su confianza.

Establecer y mantener el vínculo. Lejos de las relaciones médico-paciente al estilo paternalista clásico, más allá de las llamadas estrategias de motivación, me ha dado la dimensión de mi trabajo. Me siento feliz de la evolución que he tenido la oportunidad de vivir.

Pero la experiencia incluye forzosamente lo negativo, caí, caímos creo en lo que se ha llamado en otros contextos la “tentación del bien”.

A través de la relación con los demás nos llega el dolor, el sufrimiento, la manipulación, la violencia, el odio... Mantener un vínculo abierto a los demás es una exposición a todo ello. Tenerlo en cuenta le da- más que le quita- verdad a la relación. La coloca en su lugar de fundación de lo humano, que está, a mi juicio, más allá del bien moral más allá de la adoración simplificada en la exaltación. Establecer un vínculo y una relación viva es una obra de civilización que te expone al dolor de los demás.

Des de esa tentación del bien no nos hemos dado instrumentos para el cuidado de esa realidad.

El poder y el poder -hacer

Hay desde la Medicina de familia, una necesidad constante de reivindicar el rol de ser médico o médica de familia, la importancia y la necesidad de la medicina de familia, sus bondades.

Especialmente desde que estoy presente en las redes sociales del tipo Twitter, recibo muchas, muchas declaraciones de lo que supuestamente somos y sobre todo de lo que debemos ser, ¡que pesadez, de verdad que pesadez! Por el contrario – como colectivo-aceptamos muy mal las críticas...

Es cierto que las encuestas de población valoran de forma muy positiva el hacer profesional de las médicas y los médicos de atención primaria. Es cierto que esto nos confiere, una vez más autoridad. Pero esta autoridad no va acompañada de poder.

Una vez visité al Director general de primaria del ICS, era compañero de promoción y quería hacerle una propuesta respecto a la atención a la violencia de género en la consulta. Me recibió en su despacho, estuvimos charlando, me pareció bien. Entonces por azar le llamo su homólogo de la dirección hospitalaria y- a su propuesta- le acompañe. El despacho era ¡tres o cuatro veces mayor! claramente de otro rango. El uso y distribución del espacio es, también, un signo.

Está claro que el poder tiene perversiones, pero a la vez está claro que “el poder hacer” debe tener medios. También es muy posible que no estemos sabiendo ver algún aspecto de nuestro poder, cercano al poder-hacer. Algunas tienen una historia de implicación política que en mi caso no es muy notoria, espero y deseo que la contéis, tu Mar, o la que quiera del encuentro.

La administración y lo público

Esa brizna de libertad que, dicen, siempre existe, es, creo en este caso, comprender que nadie nos va a ayudar. Podemos estudiar nuestras heridas, ver cómo y quién nos las produce y ver cuál es la actitud más adecuada, el tratamiento que cure y alivie. Nadie va a salir en nuestra ayuda más que en las declaraciones intencionadas (mal).

A pesar de un cierto tono de rebeldía y crítica hacia las instituciones he mantenido, y creo que no son “las cosas Pilar-Babi” una confianza básica en que la institución sanitaria, algo que podría decirse sin precisar demasiado que la administración pública sanitaria y yo íbamos, de

forma genérica, de forma general, en una misma dirección. Una confianza básica que no lograba emborronar del todo los distintos cambios políticos o coyunturas socioeconómicas. Creo que tiene que ver, otra vez, con la construcción de la especialidad. Pero esa confianza básica se ha roto.

Hace unos días revise, una vez más, el perfil de indicadores de la llamada dirección por objetivos: una lista que se ha llamado desde la administración con el nombre sarcástico de “inteligencia activa”.

Los indicadores se miden cada final de año, debes alcanzar un cierto nivel para que se considere que tus indicadores son adecuados. Año tras año la exigencia es mayor y el número de indicadores aumenta. No pactamos los indicadores; los dictamina el ICS, según dice, desde valores refrendados en guías de práctica clínica. Algunos son útiles, la mayoría no.

La lista de inteligencia activa es una lista de control y poder y me lleva a actuaciones innecesarias sobre hombre y mujeres con los que tengo un compromiso. Y que hace que ocupe muchas horas de mi trabajo listando pacientes que no cumplen el indicador y viendo la forma de mejorarlo. De hecho, la propia historia clínica al informatizarse ha sufrido una suplantación perversa: de relato a conjunto de datos fácilmente medibles para la administración. Esta es otra reflexión, nada inane por cierto, que no me cabe hoy aquí, pero que invito a realizar cuando os parezca adecuado.

Trabajar para lo público ha pasado en mi experiencia en trabajar para la administración, pero estos no son sinónimos ni siquiera cercanos.

La confianza básica se ha roto. Algunos y algunas desde los diferentes movimientos sociales están postulando la necesidad no tanto de estar o influir en las instituciones, si no en cambiarlas. *¿Cómo hacer eso?*

Todo no va a poder ser.

No podemos cuidar de la felicidad, no podemos suplir a las psicólogas que no contratan y no debemos atender las circunstancias sociales convertidas en pseudodiagnósticos.

Comprender que la criatura humana es un misterio infinito es algo que, a mí, me coloca en el mundo y me coloca en la consulta, pero no me convierte en un gurú capaz de comprender y atender ese misterio.

Es- en realidad- al contrario, donde me coloca es en el lugar de entender que todo lo que yo haga con toda determinación y con toda humildad, tiene una lectura misteriosa e inmensa.

No podemos suplir a los especialistas, no podemos ser sus subalternos y no podemos trabajar solas, solos. No podemos ser el contenedor del sufrimiento del mundo ni el desecho de las enfermedades aburridas para otros colegas. Hay que encontrar un nuevo encaje.

Circulaba estos días un Power point en Twitter sobre lo sagrado de la Atención Primaria: lo sagrado – a mi parecer- es la relación en sí. La médica y todas aquellas que han sido significativas en tu vida. A veces relaciones solemnes, otras aparentemente anecdóticas.

Cuidado en sentirnos demasiado sagradas, con subirnos a los altares que en seguida terminas siendo el postre del sacrificio.

Ni Cenicienta, ni Superman, ni Superbién!

Quizás la brizna de libertad requiera ciertas renunciaciones, a la totalidad, o a algunas partes.

¿Qué lugares?, ¿A que aspectos de la medicina de familia puedo renunciar sin que se afecte el sentido de lo que estoy haciendo al punto de no poder realizarlo?

Renunciar a una identidad muy corporativa, soy médica de familia, sí. Pero mi papel en el mundo lo ira marcando el propio mundo sin tanta ostentación.

Renunciar a una idealización y una ideologización de mi misma, dándole máximo valor a mi experiencia y a la de la gente que tengo a mi lado.

Renunciar al prestigio que representa cumplir con los estándares, salir bien en la foto, estar bien valorada.

Renunciar a la docencia. No estoy segura de poder continuar siendo docente si mi perfil es cada vez menos ortodoxo. A la pertenencia a la administración, no sé cómo lograre permanecer en lo público...

Me estoy proponiendo a mí misma una cierta desnudez, no ingenua de entrega o cosas así, si no de maneras. Incluso de finalidades.

Esto puede dejarme un poco al margen. En un lugar donde ya ni siquiera estorbabas. Puede dejarme más pobre pues perderé complementos económicos que se han ligado al cumplimiento de objetivos precisos y estúpidos. (y que representa renunciar a un subida salarial de las última década) Y claro perderé valor a ojos de muchos.

¿Qué ganare? Ganare valor: ese valor añadido que aparece cuando las palabras, los sentimientos y la relación con el mundo están más cerca: lo que soy, lo que digo, lo que hago, van en el mismo camino. Ganaré la ligereza de no llevar cargas innecesarias, ganare... quien sabe....

Quiero ponerme en pie en ese camino. De nuevo. Sentir que lo que hemos hecho es bueno y que, necesariamente, hemos de transformarnos atravesando el lugar oscuro que algunas y algunos sentimos estar viviendo. Sospechando, sabiendo, que hay otros lugares de libertad que ahora mismo no se ven.

Necesito ayuda. la vuestra hoy es un tesoro. Gracias por escucharme, gracias por estar aquí.

Pilar Babi Rourera