

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y
CIRUGÍA DE GRANADA

DISCURSO
pronunciado por el
ILMO. SR. D. MIGUEL LORENTE CARRILLO

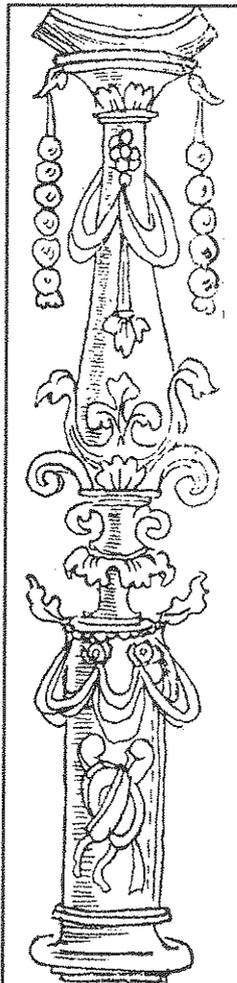
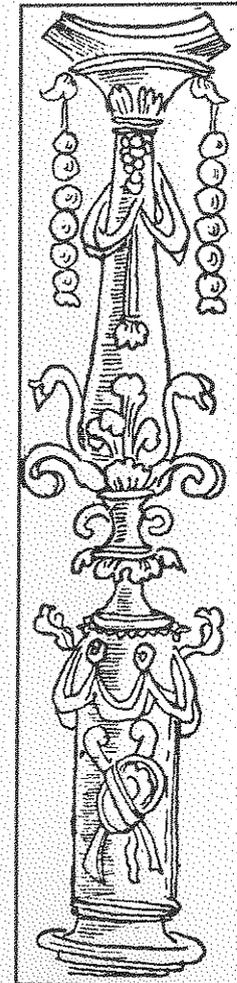
VIVENCIAS
DE UN MÉDICO RURAL:
De la silla al ordenador

CONTESTACIÓN
del
ILMO. SR. D. FERNANDO ESCOBAR JIMÉNEZ

21 de mayo



GRANADA 2004



PRÓLOGO

Excelentísimo Señor Presidente,
Excelentísimos e Ilustrísimos Señores Académicos,
Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades,
Queridos compañeros, amigos, familiares,
Queridos hijos y nietos.

Querida esposa, que sin tu ayuda permanente física, moral y espiritual no podría estar en el día de hoy aquí. Has sido y eres excelente mujer, esposa y madre. Velaste mis sueños y descansos como a un niño pequeño. Unas veces para recuperarme de aquella infatigable lucha cotidiana, sin recursos humanos, sanitarios... ¡de aquel estar en primera línea! Otras, me ayudaste a robar tiempo para preparar los temas de oposiciones para Médicos Titulares, A. P. D. y al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, ya con tres hijos pequeños. ¿Te acuerdas? ¡Cuanto sufriste!

Siempre tenía tiempo que me proporcionabas para que diariamente estudiase los enfermos que se presentaban con los diagnósticos más complicados. Junto a todo ello, los problemas asistenciales y el estar al día con libros y revistas en medio del desorden de la medicina rural. Tú eras la encargada del teléfono, atender la puerta, disponer la asistencia, sabías entretener a los enfermos mientras regresabas a hacer las visitas. Siempre en el frente, siempre en la primera línea de la urgencia, cara al dolor, pero ofreciendo cariño y esperanza. Fuiste mi enfermera, te desvelabas en ayudarme en pequeña cirugía, reanimaciones, evacuaciones urgentes,... en cualquier complicación que se presentase.

A veces era tan grande tu desvelo por la gente, tanto te querían y tanta confianza demostraban en tí, que seguían tus cariñosos consejos sin esperar a Don Miguel: ¡me lo ha dicho Doña Carmen!, afirmaban con toda tranquilidad.

Te he robado muchas horas y días de tus ilusiones como mujer. Sacrificaste el estar con tus amistades en ratos de ocio, actos sociales... Muchas gracias querida esposa, ¡que Dios te lo pague! Yo públicamente te expreso mi respeto, cariño y amor.

Esta semblanza de mi esposa, creo sinceramente, que podría ser la de cualquier mujer de médico de aquella medicina rural a las que me congratulo en honrar, con todo cariño, desde esta tribuna. Quisiera, por ello, enviar un cariñoso recuerdo desde este estrado para los familiares de los Académicos aquí presentes que ejercieron la medicina rural y que, como yo, sacrificaron sus mejores años en aras de su vocación.

Mi agradecimiento especial a los Señores Académicos que tuvieron a bien presentar mi candidatura para este sillón: la Excm. Prof^a. Doña María del Carmen Maroto Vela, el Excmo. Prof. D. Gonzalo Piédrola Angulo y el Ilmo. Prof. D. Fernando Escobar Jiménez, cuya confianza es para mí un motivo más de satisfacción.

Mi reconocimiento igualmente al Excmo. Prof. D. Enrique Villanueva Cañadas, que como presidente de esta Real Academia expuso en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Almería el, 21 de marzo de 2002 con motivo del homenaje al Ilmo. Sr. D. Cristóbal Gómez Romero –tristemente ya fallecido– y al Dr. D. Francisco Pérez Company, la idea de creación de un tercer sillón en la Real Academia para Almería, con el perfil de Medicina Familiar y Comunitaria, como homenaje a la Medicina Rural, dignificando así esa faceta asistencial de primera línea. Pocas personas han sabido entender como él la Medicina Rural sin formar parte de su ejercicio, aunque tampoco ha sido ajeno a ella al vivirla como hijo de D. Baldomero Villanueva, el recordado médico de Órgiva.

Oficialmente propuesto y admitido, siguiendo la tramitación oficial, se me asigno el sillón número tres. Mi homenaje particular a mi predecesor en el mismo, el Ilmo. Sr. D. Enrique Gálvez Jiménez, pionero y maestro de la especialidad de Anestesiología y Reanimación

en Granada. Trabajador infatigable como profesional, múltiples centros de esta Ciudad y miles de pacientes fueron y son testigos de su buen hacer y de su humanidad como médico y como persona. Con posterioridad fue Secretario Perpetuo de esta Real Academia hasta su jubilación por enfermedad, y posteriormente, hasta su fallecimiento, elegido Secretario General de Honor.

En estos momentos me embarga una profunda emoción al ocupar esta tribuna por el honor que supone ser recibido en esta Real Academia, y al mismo tiempo, un orgullo que viene a culminar mi trayectoria profesional, que ha sido trabajar con «ilusión y entusiasmo», haciendo más esas palabras del Prof. D. Enrique Rojas Montes. A mi edad, este honor recibido, seguro que será un estímulo para seguir trabajando.

Es, además, una gran satisfacción ser el tercer alumno de mi curso, Promoción de la Facultad de Medicina de Granada 1949-1955, que ingresa como académico numerario en esta Real Academia. Me acompañan ya como Académicos los Ilustrísimos Doctores D. Juan Ocaña Sierra y D. Luis Justo Roca Roca. Pienso en los ya lejanos días, aquellos en que los tres compartimos tiempo e inquietudes en las oposiciones a alumnos internos; y algo más debimos aprender de aquel ambiente de entrega para que después de algunos años los tres opositáramos a A. P. D. y hoy, cuando el tiempo se puede contar en lustros, volvamos a sentarnos juntos en estos sillones.

El recuerdo de mis compañeros Juan y Luis me hace recordar con igual nostalgia mis primeros años universitarios; aquella vida en pensiones, donde un día llegó como inquilino un joven estudiante que dejó su impronta por sus cualidades humanas e intelectuales. Seguí con interés su trayectoria en múltiples oposiciones, militares y civiles, universitarias y docentes, hasta llegar a ser maestro de maestros. Ese compañero y sincero amigo es el Ilmo. Sr. D. Ramón Gálvez Vargas, que por su faceta profesional en Higiene y Sanidad me hace retrotraerme a las ya desaparecidas Jefaturas Provinciales de Sanidad, que tanto contribuyeron a desarrollar la Medicina Rural de aquella época en que la Seguridad Social simplemente comenzaba a extenderse.

Emociones muchas ya que me hacen recordar aquel pasaje del evangelista San Lucas en su Evangelio (2, 41-52), donde relata el epi-

A veces era tan grande tu desvelo por la gente, tanto te querían y tanta confianza demostraban en ti, que seguían tus cariñosos consejos sin esperar a Don Miguel: ¡me lo ha dicho Doña Carmen!, afirmaban con toda tranquilidad.

Te he robado muchas horas y días de tus ilusiones como mujer. Sacrificaste el estar con tus amistades en ratos de ocio, actos sociales,... Muchas gracias querida esposa, ¡que Dios te lo pague! Yo públicamente te expreso mi respeto, cariño y amor.

Esta semblanza de mi esposa, creo sinceramente, que podría ser la de cualquier mujer de médico de aquella medicina rural a las que me congratulo en honrar, con todo cariño, desde esta tribuna. Quisiera, por ello, enviar un cariñoso recuerdo desde este estrado para los familiares de los Académicos aquí presentes que ejercieron la medicina rural y que, como yo, sacrificaron sus mejores años en aras de su vocación.

Mi agradecimiento especial a los Señores Académicos que tuvieron a bien presentar mi candidatura para este sillón: la Excm. Prof^a. Doña María del Carmen Maroto Vela, el Excmo. Prof. D. Gonzalo Piédrola Angulo y el Ilmo. Prof. D. Fernando Escobar Jiménez, cuya confianza es para mí un motivo más de satisfacción.

Mi reconocimiento igualmente al Excmo. Prof. D. Enrique Villanueva Cañadas, que como presidente de esta Real Academia expuso en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Almería el, 21 de marzo de 2002 con motivo del homenaje al Ilmo. Sr. D. Cristóbal Gómez Romero –tristemente ya fallecido– y al Dr. D. Francisco Pérez Company, la idea de creación de un tercer sillón en la Real Academia para Almería, con el perfil de Medicina Familiar y Comunitaria, como homenaje a la Medicina Rural, dignificando así esa faceta asistencial de primera línea. Pocas personas han sabido entender como él la Medicina Rural sin formar parte de su ejercicio, aunque tampoco ha sido ajeno a ella al vivirla como hijo de D. Baldomero Villanueva, el recordado médico de Órgiva.

Oficialmente propuesto y admitido, siguiendo la tramitación oficial, se me asigno el sillón número tres. Mi homenaje particular a mi predecesor en el mismo, el Ilmo. Sr. D. Enrique Gálvez Jiménez, pionero y maestro de la especialidad de Anestesiología y Reanimación

en Granada. Trabajador infatigable como profesional, múltiples centros de esta Ciudad y miles de pacientes fueron y son testigos de su buen hacer y de su humanidad como médico y como persona. Con posterioridad fue Secretario Perpetuo de esta Real Academia hasta su jubilación por enfermedad, y posteriormente, hasta su fallecimiento, elegido Secretario General de Honor.

En estos momentos me embarga una profunda emoción al ocupar esta tribuna por el honor que supone ser recibido en esta Real Academia, y al mismo tiempo, un orgullo que viene a culminar mi trayectoria profesional, que ha sido trabajar con «ilusión y entusiasmo», haciendo más esas palabras del Prof. D. Enrique Rojas Montes. A mi edad, este honor recibido, seguro que será un estímulo para seguir trabajando.

Es, además, una gran satisfacción ser el tercer alumno de mi curso, Promoción de la Facultad de Medicina de Granada 1949-1955, que ingresa como académico numerario en esta Real Academia. Me acompañan ya como Académicos los Ilustrísimos Doctores D. Juan Ocaña Sierra y D. Luis Justo Roca Roca. Pienso en los ya lejanos días, aquellos en que los tres compartimos tiempo e inquietudes en las oposiciones a alumnos internos; y algo más debimos aprender de aquel ambiente de entrega para que después de algunos años los tres opositáramos a A. P. D. y hoy, cuando el tiempo se puede contar en lustros, volvamos a sentarnos juntos en estos sillones.

El recuerdo de mis compañeros Juan y Luis me hace recordar con igual nostalgia mis primeros años universitarios; aquella vida en pensiones, donde un día llegó como inquilino un joven estudiante que dejó su impronta por sus cualidades humanas e intelectuales. Seguí con interés su trayectoria en múltiples oposiciones, militares y civiles, universitarias y docentes, hasta llegar a ser maestro de maestros. Ese compañero y sincero amigo es el Ilmo. Sr. D. Ramón Gálvez Vargas, que por su faceta profesional en Higiene y Sanidad me hace retrotraerme a las ya desaparecidas Jefaturas Provinciales de Sanidad, que tanto contribuyeron a desarrollar la Medicina Rural de aquella época en que la Seguridad Social simplemente comenzaba a extenderse.

Emociones muchas ya que me hacen recordar aquel pasaje del evangelista San Lucas en su Evangelio (2, 41-52), donde relata el epi-

sodio del Niño Jesús perdido y hallado posteriormente en el templo, en medio de los doctores escuchando y dialogando. Pero, ¿por qué este recuerdo? Yo, pobre médico general, perdido por los múltiples avatares de la medicina rural, me encuentro hoy aquí, en este «templo de la sabiduría», rodeado de eminentes y sabios doctores, de maestros, escuchando, aprendiendo y dialogando; yo solo puedo demostrar mi amor, anhelo y vocación para ayudar al que sufre pues como decía Sófocles, «la obra humana más bella es ser útil al prójimo».

No pretendo hacer una disertación académica o científica, si no exponer mis vivencias que pueden ser como las de múltiples compañeros de la medicina rural y hacer alguna reflexión sobre una etapa de nuestra medicina ya irreplicable. Una época donde la medicina personal, humana, sin interposición alguna entre médico y enfermo de otros elementos. Un tanto diferente de cómo lo es tantas veces en la actualidad (nuevas tecnologías y administración) que poco a poco difuminan el calor humano pese a los intentos, a veces fallidos, de los profesionales.

Desde que el hombre existió sobre la faz de la tierra, desde los tiempos más remotos, el ser humano ha buscado su salud, bien de manera empírica, bien de manera mágica. Entre los pueblos primitivos la enfermedad no es nunca «natural» si no que su origen pertenece a un orden «sobrenatural» y por ello, el individuo encargado de restablecer el equilibrio perdido con la aparición de la enfermedad tenía un estatus especial, ya que la enfermedad afectaba tanto al cuerpo como al espíritu. La figura que de modo transcultural podríamos identificar con la del «chaman» recurría, y aún ocurre en muchos lugares, a veces no muy lejanos, a dioses, fuerzas demoníacas, y fenómenos sobrenaturales.

Evolucionó el arte de curar, paralelo al desarrollo de las distintas civilizaciones y culturas (china, egipcia, mesopotámica, seguidas ininterrumpidamente por un largo etcétera). Sin embargo, fue la cultura griega con las aportaciones de la escuela presocrática (especialmente con Hipócrates de Cos) la que nos dejó una mayor impronta, que aún perdura en nuestra medicina, sabiamente transmitida y magnificada por grandes maestros de la cultura romana como Galeno, que de modo genérico da nombre a nuestra profesión; sin olvidar a los gran-

des maestros árabes de nuestra ciencia, en especial a Avicena con su obra «El canon de la medicina», y ya en nuestra tierra a Averroes, seguidor de las teorías de Galeno.

Llegamos al final siglo XIX y a principios del XX, donde con la revolución industrial se produjo una pauta de inflexión, por el inicio de la socialización de la medicina. Fue sin duda una demanda justa y necesaria de la sociedad, que creó una conmoción asistencial.

Esa fue la medicina que encontré. Suele decirse que la vida no es la que uno vivió si no la que uno recuerda y cómo la recuerda para poder contarla.

¿Cómo era aquella medicina rural? Una medicina que hoy es completamente desconocida, ignorada por muchos profesionales y pacientes, incluso criticada desde la ignorancia de manera injusta; nadie denosta las grandes obras de ingeniería o arquitectura del pasado a pesar de haber sido superadas, y sin embargo sí se ataca a la medicina de entonces, cuando todas lo único que hicieron fue aplicar los conocimientos y los medios disponibles a su alcance. Quizás algunos ataques injustificados se hagan para ocultar las propias deficiencias del presente, pues mientras que la ingeniería y la arquitectura han seguido un desarrollo uniforme basado en la tecnología, la Medicina se ha visto agitada por los conflictos entre la técnica y el humanismo. Aquella era una medicina *vocacional* cantada como pocos por el insigne maestro el Dr. D. Gregorio Marañón, en su famoso libro «*Vocación y Ética*». La comparaba con la vocación del amor: «*una atracción irresistible, una llamada interior hacia la profesión; una abnegación permanente con espíritu de sacrificio*».

Refiere D. Gregorio que la asistencia médica es más abnegada que la del sacerdocio pues tiene que aportar diariamente ciencia para no errar. El sacerdote no se acerca a la miseria humana con la carga de responsabilidad del médico, lo cual es una verdad omnipresente y más significativa en nuestros días. Y continuaba,

«El alma, por sucia que esté, siempre es interesante. El cuerpo humano, muchas veces, con sus vendas purulentas, escaras hediondas, sus deformaciones, sus atroces mutilaciones y dolores no puede serlo para el médico de más profunda y firme vocación, inicial o tardía».

Vallejo Nájera, por su parte, escribía: «*Aquel que de joven no fue capaz de mostrar alegría en el aprendizaje de su profesión, es muy difícil que luego pueda disfrutar ejerciéndola*», indicando que no sólo era la técnica lo que había que aprender.

Teníamos una medicina *heroica* en su más amplio sentido por la abnegación, sacrificio, entrega, lucha contra todas las adversidades: kilómetros y kilómetros en caballería, vientos helados, lluvias, nieves, sin más protección que una capa o pelliza, que en algunas ocasiones quedaban empapadas por la ventisca, y el calor del propio animal.

Esa heroicidad vivida con normalidad y obligación se acompañaba a veces de una soledad casi abismal. En la mayoría de las ocasiones se actuaba sin más ayuda que la de los propios familiares y sin más medios que los rudimentarios enseres domésticos, unidos al botiquín que acompañaba al médico en su pequeña cartera, ¡cuanta grandeza salió de tan pequeño espacio!. Los medios de evacuación eran inexistentes; en no pocas ocasiones se actuaba en una completa incomunicación, especialmente en las visitas a cortijos aislados y lejanos, a los que se accedía por pequeñas y agrestes veredas, tan difíciles de superar que uno pensaba que hasta la muerte tenía dificultades para llegar. ¿A quien consultábamos? No existían los teléfonos móviles de hoy, y la mayor parte de las veces ni los fijos de ayer.

Solo la fe, la ayuda de Dios y nuestros conocimientos, acompañados por largas horas de incertidumbre, nos mantenían en ese ardor profesional.

Teníamos un enemigo permanente, imprevisto, que eran las urgencias, sin días ni horas de descanso: sondajes por retenciones vesicales, epistaxis copiosas con taponamiento antero-posterior, pequeña cirugía, fracturas, luxaciones, partos a domicilio, metrorragias, cuerpos extraños oculares, accidentes (laborales, domésticos, también y poco a poco aumentando en frecuencia los de tráfico), abdomen agudo, deshidrataciones infantiles, sueroterapia subcutánea, crisis convulsivas, descompensaciones metabólicas, levantamiento de cadáveres y un largo etcétera.

Había que responder a todos estos imprevistos de una manera rápida, casi automática, sin dilación, no cabían dudas. Había que demostrar a los que en nosotros confiaban, nuestros esfuerzos y com-

petencia. Éramos conjuntamente verdaderos «médicos y cirujanos» en el más completo y amplio sentido que ambos términos han tenido, y sin la distinción que a lo largo de la historia se ha tratado de hacer entre el trabajo manual y el de la mente, como si en medicina no partieran de lo mismo y no se dirigieran al mismo fin.

Me viene a la memoria aquel entremés de nuestro gran Miguel de Cervantes, «El Juez de los divorcios», donde la recién casada solicita del Magistrado su separación y anulación matrimonial, pues resulta ella creía haberse casado con un *médico de pulso* y ha resultado ser un *cirujano*.

Quiero referir una pequeña anécdota protagonizada por mi nieta Laura, de 7 años, que sintetiza de manera espontánea nuestra actividad médica de aquella época. Hoy, de manera global, ya incluso en la infancia, suele pensarse en un médico-especialista para cada cuadro patológico (traumatólogo, pediatra, otorrino, cardiólogo). Yo había asistido a mi nieta en algunas ocasiones por cuadros diversos de amigdalitis, gastroenteritis o pequeñas lesiones. Su abuela Carmen, mi esposa, le invita un fin de semana para que visite el pueblo donde nació su padre y sus tíos, para que viera allí la casa donde Papa Miguel asistió al parto. Se quedo un poco pensativa y pregunta:

—«Abuela, entonces fue el Papá Miguel el que sacó a mi papá?

—*Si Laura, lo mismo que a tus titos*».

Sigue meditando y pregunta:

—«*Entonces, ¿el Papá Miguel era médico, médico, médico?*

El mismo nombre, tres veces consecutivas, para que la mente infantil de hoy capte la esencia del médico rural del ayer.

No teníamos descanso, sólo guardias permanentes de 24 horas sin libramiento posterior, jornadas repletas de sueños truncados, ilusiones desbaratadas, intimididades rotas, despertares sobresaltados.

Decía William Shakespeare que «*el sueño es el primer plato del banquete de los dioses*». Yo, Señorías, me he perdido muchos primeros platos. Fines de semana que no existían, ni vacaciones de Navidad o Semana Santa; ¡cuántos veranos sin vacaciones! Todo este calvario se prolongó durante bastantes años, casi hasta el final de la década de los setenta. Luego, poco a poco, la administración, ante la defensa de nuestros órganos colegiales, dignificó y humanizó la labor de los sanitarios rurales.

Esa nuestra actuación, esa resistencia, ¿cómo se explicaba?, ¿qué nos daba esa fortaleza? Yo estimo ante todo que nuestra vocación, como acontece en el mundo misionero o con ciertos integrantes de algunas ONGs. Luego, la satisfacción del deber cumplido. Decía Sócrates que «*el bien que hemos hecho nos da una satisfacción interior que es la más dulce de todas las pasiones*». Teníamos el reconocimiento prácticamente unánime por parte de la comunidad de nuestro sacrificio y abnegación. El respeto, el cariño y la gratitud hacia la persona del médico por parte del enfermo y familiares, era el mejor pago y la más perfecta de las recompensas que se podía tener. Recordaba también Horacio que «*el placer que acompaña al trabajo pone en olvido la fatiga*», y algo de verdad debe haber cuando no hemos sucumbido ante tanta dificultad.

Sin embargo esa fortaleza, era minada sistemáticamente por la incertidumbre en que vivíamos. El médico de cabecera era especialista en manejar incertidumbres, es decir, capaz de utilizar el tiempo como recurso terapéutico evitando a veces terapias innecesarias o derivaciones a niveles superiores, si es que había alguna posibilidad material, tan contrario al estrés y exigencias actuales.

Esa incertidumbre se fundamentaba en que veíamos la enfermedad, muchas veces en fases prodrómicas; manteníamos la incertidumbre al historiar, al diagnosticar, al prescribir, pensando de inmediato en posibles reacciones secundarias, y así continuamente.

Esa incertidumbre nos hacía sufrir, creando en múltiples ocasiones un estado de ansiedad, que no pocas veces se proyectaba en el ambiente familiar. Echábamos mano a nuestro «*ojo clínico*», facultad innata para el diagnóstico en una rápida valoración. Esa intuición, corazonada, ese saber sintetizar y esa confianza en saber esperar. D. José María Pemán, alguien ajeno a la medicina, pero no al escrutinio de los sentimientos, escribía:

«Saber sufrir y tener el alma recia y curtida es lo que importa saber. La ciencia del saber es la ciencia de la vida».

Nuestro, ya citado, insigne D. Gregorio Marañón recordaba que

«sólo se es médico con la idea clavada en el corazón de que trabajamos con instrumentos imperfectos y remedios de utilidad insegura,

pero con la conciencia tranquila, que a donde no puede llegar el saber, llega el corazón».

Esa conducta se debía a que actuábamos como «*médicos de cabecera*», que según el Diccionario de la Real Academia, es el «*médico que trata especialmente y de manera continua un enfermo*». Ese calificativo de «*especialmente*» tiene connotaciones de verdadero espíritu hipocrático; sentarse a la cabecera del enfermo, historiar, explorar, diagnosticar, prescribir. En una palabra, realizar un verdadero diálogo. Otras veces impartíamos consuelo, cogiéndole la mano, llamándole por su nombre, y no separando nuestra mirada de la suya. Ya decía Paracelso que «*el más hondo fundamento de la medicina es el amor*».

Éramos como un consejero, amigo, como uno más de la familia; en una palabra, como su paño de lágrimas. Era una medicina en donde la asistencia la hacíamos en «*continuidad*» y «*longitudinalidad*». Algo utópico hoy. El profesor Enrique Rojas Montes decía en un foro, celebrado en Madrid hace dos años, que «*el psiquiatra se convierte en verdadero médico de cabecera al penetrar en su intimidad y empatizar con sus sentimientos*».

La presencia de su médico les hacía curar como escribió el famoso clínico húngaro Rudolf Balint... «*la persona del médico se convierte en terapia para el enfermo*». Muchos años después el egregio D. Pedro Lain Entralgo nos recordaba que «*el médico es el primero de los medicamentos que el prescribe*».

Esas charlas, esas entrevistas creaban un clima de confianza en su médico; era una amistad carismática, casi sacerdotal. Esa fe actuaba a veces mágicamente, según el famoso epígrafe de Charcot: «*La foi qui guerit*». Hoy, esa confianza se ha trasladado a las instituciones, al sistema sanitario, y la relación interpersonal se ha limitado mucho, convirtiéndose a veces en un simple contacto burocrático revestido de miedo e inseguridad por ambas partes, justo lo contrario de antes.

Muchas veces el médico, por su manera de ser, de estar, creaba un clima de seducción. Recordaba Marañón que

«los médicos no nos damos cuenta de que hay un margen en torno a cada trastorno, incluso el más orgánico, que solo se deja atacar por la

brecha ideal y misteriosa de la sugestión y que cada médico sabiendo las mismas cosas y empleando las mismas recetas que los demás, lleva consigo una cantidad específica de energía curativa de la que él mismo no se da cuenta y de la que en definitiva depende su eficacia, tanto como de su experiencia e ilustración».

Y a esta fuerza no creo deba llamársele extra-científica, ya que depende en último término de una sola cosa: del **entusiasmo** del médico, de su deseo ferviente de curar a sus semejantes; en suma, del **rigor y de la emoción con que siente su deber**».

La actitud que adoptó el médico rural fue necesaria en aquellos años, manteniendo la dirección y decisiones en su enfermedad-papel pasivo del enfermo, debido a la formación y cultura social imperante. Ese paternalismo era gustosamente aceptado por la inmensa mayoría de pacientes y familiares, pero en medicina, quizás más que en otras ciencias, no existen dogmatismos: «*la verdad de hoy, mentira mañana*», pero sin olvidar tampoco, que siempre será verdad del ayer.

Largas esperas en el seno familiar mientras llegaba el médico; dos, tres y hasta cuatro horas de caballería eran necesarias a veces para asistir a un abdomen agudo, un síndrome meníngeo o una crisis convulsiva. Se le recibía con agradecimiento y desvelo. Luego esperar que el médico regresase a su domicilio, posteriormente volver con la medicación. Esa esperanza les hacía contemplar el mas allá con resignación, quizás intuitivamente se plasmaba en realidad, triste y cierta realidad, el dicho de san Agustín: «*Nasci hicin corpore sepulto, incipere aegrotare est*». (*Nacemos con un cuerpo sepultado, porque comenzar a vivir es empezar a enfermar*).

Es evidente que en la enfermedad, quizás antes más que ahora, se hipertrofian las facetas espirituales, crecen los valores del alma y el ser humano vuelve los ojos, ante su indefensión, a un ser superior: «*¡Si Dios quisiera!*», oímos decir muchas veces. Nuestra impotencia nos hace recordar la máxima de Bernard y Gubler: «*El médico a veces cura, otras alivia, siempre consuela*».

Ese consolar siempre nos hacía permanecer, en algunos casos, con familiares y amigos hasta el fallecimiento, inminente e inevitable, del

ser querido. A veces ayudarles a cerrar los ojos: «*Usted, Don Miguel, por favor, tiene mas costumbre que nosotros. Dios se lo pagará*».

Con ello sufríamos, salíamos con los ojos humedecidos, y ¿quien no sollozaba alguna vez? Hoy, nos suple personal diverso en los hospitales, a veces hasta personal de las funerarias.

El desarrollo de estas secuencias que he relatado de la actividad rural se centraba en el acto médico en su acepción más completa. Quizás ante la falta de medios diagnósticos complementarios, el epicentro de toda la actividad era la entrevista interpersonal. Existía, muy por encima de otras consideraciones, el respeto a la persona del médico, que derivaba en consideraciones y atenciones. El «Don» era escrupulosamente respetado; simplemente no existía el «tuteo». Recuerdo incluso que en mis primeros meses de ejercicio profesional, en un pueblecito, se me acercó por la calle un vecino preguntando, al ser nuevo en el pueblo: «*¿cual es su gracia?*» (antigua denominación del nombre propio, según el DRAE). Yo, de momento, quede un poco perplejo. Hoy, *¿cómo te llamas?*. Simplemente, diferente.

Si la visita era en el domicilio, era típico que al llegar a la habitación del enfermo, nos ofreciesen una silla. El gran maestro clínico Dr. D. Agustín Pedro Pons decía que «*el primer instrumento para hacer un buen diagnostico, es una silla*». En mis primeros lustros de ejercicio nunca faltaba tampoco después de la visita al enfermo la palanquilla con agua, pastilla de jabón y toalla, estas dos últimas casi siempre a estrenar. Posteriormente, el desarrollo social aportó los «cuartos de baño».

Si el acto médico era en el consultorio, hasta los años 70 en el propio domicilio particular del médico o en las Casas del Médico, existía una exquisitez y respeto mutuo. Ante todo predominaba la privacidad, la intimidad del encuentro médico-enfermo. No existían la serie de colaboradores de hoy (personal de enfermería, auxiliares, a veces trabajadoras sociales, celadores...) ni las consultas contiguas de lábiles paredes, que más que amortiguar las conversaciones parecen cajas de resonancia, como ocurre habitualmente en la actualidad en algunos centros.

Eso hacía que el enfermo se encontrara ante el médico como ante el confesor. No sólo era a veces el desnudo físico, si no el abrir su

intimidad para exponerle a veces con vergüenza a veces con angustia y miedo, sus problemas.

Se establecía un verdadero diálogo, comunicación, relación persona a persona, llegando a veces a crear la famosa «*einfihlung*» ó empatía de Tichener, ese interés en conocer, captar e identificar los sentimientos, anhelos, emociones y sufrimientos... para poder ayudar. Se trataba, en una palabra, de sintonizar con su ambiente.

Salvo verdaderas urgencias, nunca se iniciaba la exploración, sin antes haber tomado nota minuciosa de los datos anamnésticos que necesitábamos, aunque otras veces, debido a la longitudinalidad con la que ejercíamos, estaban archivados en nuestras memoria. Quizás el primer contacto físico con el paciente se iniciaba, como un rito, con la clásica toma del pulso; aquel pulso con su frecuencia, dureza, volumen, celeridad, ritmo, alternancias etc. Posteriormente el examen de la lengua: saburral, color, humedad, aspecto (geográfica, escrotal, lisa), tics, ulceraciones, etc.

Esa confianza en su médico tuvo una correspondencia en el profesional, creando un «paternalismo» que perdura hasta finales de los años setenta, con la aparición de los derechos del enfermo que fueron en auge paulatinamente hasta la aparición de la Ley General de Sanidad (año 1986), que posteriormente se completaría con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de septiembre, que entró en vigor en mayo de 2003.

Posteriormente este paternalismo, dura e injustamente criticado a veces, ya que no se tenía en cuenta el contexto social e histórico en que se desarrolló, dio paso a la presencia activa del enfermo, como veremos. Este ambiente se desarrolló dentro de una sociedad consciente de la limitación médica, de su impotencia ante la finitud de medios y recursos que hicieron que el dolor-sufrimiento y espera se aceptaran de manera muy distinta a la actual.

La socialización de la medicina fue un hito histórico, inolvidable, de progreso y justicia: fue necesaria. La salud es un bien social constitucionalmente protegido, al que tiene derecho todo ciudadano, y el Estado el deber de proporcionárselo.

Parafraseando a Françoise Marie Arouet, diré que «*el secreto para no aburrir es no contarle todo*». Quiero olvidar dolosamente la obse-

sión por los nombres y las fechas exactas, y me limitaré a enumerar los años en los que se promulgaron cambios significativos que de un modo u otro afectaron a la medicina rural.

- 1885: se promulga la Ley de Salud, donde se implanta el sistema de asistencia municipal por beneficencia.
- 1904: se crea el Cuerpo Nacional de Médicos Titulares.
- 1934: se crea el Cuerpo de A.P.D. (asistencia pública domiciliaria).
- 1944: publicación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional.
- 1948: se establecen las normas para la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Posteriormente será el Sistema Nacional de Salud quien nos lleve a la actualidad, con la creación del mapa autonómico y las correspondientes transferencias, que hacen que la denominación varíe en cada comunidad autónoma.
- 1978: se celebra la conferencia de Alma Ata, en la que se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. La Constitución Española, en su artículo 43, menciona explícitamente, ese mismo año, el derecho a la protección de la salud.
- 1986: se publica la Ley General de Sanidad que marca las pautas para una completa socialización de la medicina rural. En su artículo 10.º establece los derechos del paciente, que posteriormente vino desarrollar la ley 41/2002.

Con esta ley general de sanidad se dispone la incorporación forzosa del médico rural, en los centros de salud, centros de atención primaria. Estas transformaciones repercutieron tanto en el médico, como en el enfermo, pero también en la percepción que tuvo la sociedad de esos cambios.

El **médico** pierde parte de su individualidad y de su estatus social, quizás parte de su reconocimiento, al ser incorporado, como un elemento más, en el engranaje asistencial. Ha pasado de ser casi un dios, al funcionario de ventanilla, tuteado, jerarquizado, sometido a protocolos y pautas burocráticas. Se le mentaliza con criterios economicistas y de optimización de recursos, de racionalización del gasto. Hay que sopesar la eficacia y la eficiencia, dentro de su colaboración con la gran empresa. Esto le hace actuar muchas veces estresado, forzado,

desmotivado, con pérdida de ilusiones, que en muchos casos puede terminar como ahora se le denomina en un *«síndrome del burn out»*, en el que los profesionales médicos ocupan, lamentablemente, puestos de cabeza en el ranking nacional de *«los más quemados»*.

El médico sufre, y además de hacerlo por la enfermedad del paciente, lo hace por el dolor y los desasosiegos del enfermo como «persona», con sus circunstancias sociales, familiares, laborales, etc., la denominada unidad bio-psíquico-social; sufre además por los problemas institucionales que le hacen identificarse como un asalariado sin más compromisos que los formales, y no con el papel que tantas veces soñó en sus años de carrera, con ese profesional comprometido con la salud individual y social.

Tiene cierto temor, a veces miedo sin paliativos, ante la cada día más exigente sociedad que reclama más competencias, vigila el menor desliz para amenazarle con demandas y exigir responsabilidades, obligándole a realizar una medicina defensiva que le proteja «protocolariamente»; se cambia a veces calidad humana en la asistencia por cantidad en las pruebas y actuaciones.

Para ello utiliza, como expondré, recursos que repercuten negativamente, tanto en el enfermo (más análisis, radiografías, ecografías, resonancias magnéticas, TAC, pases a especialistas (los siempre socorridos P-10), más fármacos con sus riesgos inherentes, más masificación de consultas, al remitir más enfermos a estudio. Por su parte, la administración también sufre las consecuencias, en su caso con más costos y con una mayor insatisfacción, situación que lleva a exigir más a la parte más vulnerable, en lugar de plantear un debate amplio y abierto sobre el propio modelo.

Según el Dr. Alisent, *«hemos pasado de una anorexia deontológica a una bulimia legal, a cambio del deterioro asistencial»*, creando una patología moral de la profesión. Hoy ante la Administración de Justicia puede más la técnica que la ciencia y la cantidad que la calidad.

Sin embargo, todas estas mellas y heridas en el orgullo médico, si las asumimos e integramos pueden contribuir a nuestro crecimiento humano, y a transmitir a los demás las riquezas de nuestra actuación. Decía D. Pedro Laín Entralgo que *«el médico es amigo del enfermo*

a través de la medicina y amigo de la medicina a través del amor al prójimo».

El impacto de la socialización sobre el **enfermo** es muy manifiesto; la persona, su estructura bio-psico-social-espiritual, sufre. Las consultas se masifican, colectivizan, se adocenán por el exceso de enfermos. Por esa escasez de tiempo, el enfermo se «cosifica», se objetiviza, es algo, no alguien, nada, no nadie, es un número. Julián Marías afirmaba que *«las personas no son cosas, si no realidades vivas con pluralidad de aspectos»*, y la enfermedad lo que hace es aumentar las realidades, nunca apagarlas. En este mismo sentido Rabindranat Tagore recuerda: *«la desdicha es grande pero más grande es la persona»*

Llegamos a crear en muchas ocasiones un enfermo «light», permítaseme este anglicismo; parafraseando al Dr. Rojas Montes que también ha descrito esa faceta en el conocido libro *«El hombre Light»*.

Le hemos despojado de elementos necesarios en su estructura como persona, ya indicados, y por tanto, deshumanizado su asistencia al polarizar la enfermedad, al fragmentar su totalidad, pues como describía el Dr. Letamendi, *«el que solo medicina sabe, ni medicina sabe»*. Se hace una consulta impersonal, en vez de interpersonal, le despojamos de su nombre y le nominamos por el n.º de tarjeta sanitaria, historia clínica, habitación, etc. Y si es en consulta, *«Que pase el siguiente»*.

Hemos llegado a crear un usuario (oficina de Atención al Usuario), no enfermo, no paciente; poco se dialoga, apremia el tiempo para escuchar: desaparece la clásica consulta hipocrática, de historiar y explorar mientras se iba charlando. Para esas personas, que no usuarios, tenemos que tener una comunicación adecuada, en el tipo de voz, en el tono; gesticulaciones, miradas, posturas, vestido, lenguaje inteligible y no enigmático.

Hay que recordar que el paciente en su enfermedad se encuentra en tensión, y que una verdadera escucha, representa una de las caricias más positivas para la persona. Mientras se escucha estamos percibiendo su estado emocional (sus sentimientos, miedos, esperanzas), que no es detectable ni por la más reciente de las nuevas tecnologías.

El ya citado Julián Marías, escribe: *«No olvidemos que el hombre vive muy principalmente hablando, que es animal locuente, que es esto, lo que dice y cómo lo dice, aquello que lo descubre e identifica»*.

El enfermo despojado de la privacidad reacciona con cierto retraimiento. Es necesario respetar la intimidad y con ello la dignidad de la persona. Certeras las palabras del gran clínico William Wosler que afirmaban que *«tan importante es conocer a una persona que tiene una enfermedad, como la enfermedad que tiene esa persona»*. Hay que compatibilizar en la praxis diaria los derechos del enfermo oficializados con la ley de autonomía del paciente.

La dignidad no es algo que se tiene como un elemento cuantificable, si no que es algo que se predica del ser. La dignidad no es algo que se relaciona con la lógica del tener, si no con la lógica del ser. En términos filosóficos, la dignidad no se tiene, si no que pertenece a toda persona y se halla incondicionalmente ligada a la naturaleza racional y libre; se puede ser o no ser digno de manera diacrónica, pero no se tiene o deja de tener dignidad en fases o por momentos.

Con la socialización, la **sociedad** en conjunto adquiere un papel decisivo en la relación médico-enfermo; de hecho, determina esa relación, centrada en torno a la palabra «salud». Hoy la sociedad exige más, quiere más exploraciones y que estas sean más sofisticadas, incluso medicamentos más costosos. Esta sociedad moderna ha ido cultivándose, tiene más información y formación, aunque muchas veces llega distorsionada y obliga al médico a tener más competencia, pero también a que esta competencia sea más fragmentada e inconcisa.

Afirmaba certeramente el Profesor D. Gonzalo Piedrola Gil que salud *«es algo que todo el mundo sabe lo que es hasta que la pierde o intenta definirla»*. La O.M.S. fue más allá, y en su conocida y simple, pero casi utópica definición, estableció que salud *«no es sólo la ausencia de enfermedad, si no el completo bienestar físico, psíquico y social»*.

La salud se ha convertido en uno de los pilares de la felicidad humana, aunque debe siempre considerarse que la salud no implica felicidad, aunque sea una parte esencial de la misma. Hay personas sanas que no son felices y personas muy enfermas que irradian contagiosamente felicidad.

Estamos en una «sociedad de felicidad», que exige salud como si la misma fuera un bien patrimonial más; se desea más salud, mantenerla, mejorarla, disfrutarla. Esta fiebre con tendencia a la cronicidad

del binomio salud-felicidad, casi obsesivo, con caracteres mercantilistas, consumistas implica, paradójicamente, graves riesgos para la verdadera salud. Cuando no se consigue, en términos absolutos o relativos, un objetivo que se cree primordial para poder ser feliz, aparecen problemas graves en forma de depresiones, ansiedad, estrés, trastornos cardiovasculares y otros de la esfera psicosomática. Escribía el Dr. Rojas Marcos que *«hoy se vive mejor pero se siente uno peor»*.

Imperan en la actualidad los dioses del dinero y del consumo: dinero para consumir, consumir porque se tiene dinero. Ha regresado el becerro de oro, pero, como escribió Antonio Gala, sobre todo el oro del becerro. Existen crisis de valores espirituales, un hedonismo y relativismo ético, una moralidad devaluada sobre el sentido de la vida (sean ejemplos el aborto y la eutanasia) y sobre la dignidad de la persona.

Sólo en España se hacen casi tantas operaciones de cirugía estética y plástica como en el resto de Europa, tanto en la mujer como en el hombre. Nunca han existido tantos salones de belleza, saunas, gimnasios, clínicas y centros de adelgazamiento; nunca se han consumido tantos cosméticos, tanto por el hombre como por la mujer.

Ya casi nadie tolera el paso de los años, esa belleza otoñal... Hay que eliminar arrugas, manchas, todo lo que parezca secuelas de involución, todo para parecer, para aparentar un estado y una situación alejada de las leyes de la vida, del reloj biológico que cada persona lleva dentro y que se pone en marcha inexorablemente en el momento de su nacimiento. Nos hemos convertido en aduladores de nuestro cuerpo, lo cual no es intrínsecamente negativo, pero sólo si fuese como complemento a lo esencial, no como fundamento del propio ser. Sócrates afirmaba que *«lo más importante no es vivir, si no vivir bien»*.

La sociedad actual es víctima de una «pseudo-cultura», que tras diferentes estudios, el sociólogo Pierre Bordieus resumía de la siguiente manera: *«La persona actual recibe informes rápidos y superficiales, efímeros, que trivializan el verdadero contenido»*. Los compara con el «fast food» o con el «fast thinking». No se tiene un conocimiento informado para poder reflexionar o pensar.

El Presidente de esta Docta Real Academia, el Profesor D. Enrique Villanueva Cañadas, en su discurso de clausura de la sesión de

ingreso como académico numerario del Dr. D. Alejandro Bonetti, celebrada no ha mucho en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Almería, reflexionaba y decía:

«Es triste contemplar el páramo en que la información médica se desarrolla, pero es aún más estremecedor los canales por los que discurren esas informaciones y las instancias en las que se crean los estudios de opinión sobre ciencia y salud. Es sorprendente la poca información que los ciudadanos reciben sobre temas de salud, y la poca que reciben es de dudosa calidad, sin ningún tipo de control y muchas veces de procedencia inadecuada».

Apuntaba el Profesor Villanueva que una de las obligaciones de las Academias podría ser la de convertirse en garantes de la información médica que se divulga, corroborando las fuentes de procedencia, como contrapeso a lo que sin duda es una publicidad exagerada y a veces engañosa y desleal que invade al ciudadano.

La sociedad actual quiere una asistencia rápida, no tolera el dolor o el sufrimiento, no admite errores o incertidumbres. Esta sociedad moderna, en su conjunto, tiene una debilidad psicológica, social y espiritual, ante el dolor, sufrimiento y muerte, que es incapaz de afrontar objetivamente y frente a los que se rebela de modo, a veces, desmedido.

En esta nuestra actual modernidad, en la praxis médica el ser humano deja de ser «natural» para pasar a ser «moral», con sus derechos, que tienen que ser escrupulosamente respetados, y de ahí el derecho a ser informado, bien informado, y a dar su consentimiento ante actuaciones profesionales (exploraciones, tratamientos, intervenciones, medicaciones, etc.). Creo, sin embargo, que no se le ha enseñado a utilizar esa moralidad.

El enfermo no es ya un ser pasivo como en la época del paternalismo, si no que mantiene un papel activo (participa, decide, opina, controla). Aquel paternalismo desapareció al adquirir el enfermo sus derechos, al conseguir un papel activo. Sin embargo opino no sólo que fue necesario, sino que en el contexto histórico y cultural de la historia de la medicina, no cabía otra alternativa.

El problema no está en haber superado el paternalismo, sino en haberlo hecho a costa de su desprecio y desconsideración sin reconocer su necesidad, como paso intermedio de esta evolución, y más grave aún, sin aceptar su utilidad, adaptada a la realidad actual.

Muchas veces me pregunto: las sulfamidas como antisépticos, la estreptomina como tratamiento básico de la tuberculosis, ¿fueron necesarios?: creo que sí. Las espaciosas salas, como estructura arquitectónica de hospitales como el Salpetriere, el Allgemeine Krankenhaus, San Juan de Dios, ¿fueron inadecuados?: no, fueron necesarios según los conocimientos de la época. ¿Se pueden tachar de obsoletas aquellas magistrales sesiones clínicas de D. Arsacio Peña por no estar complementadas con la parafernalia de exploraciones complementarias actuales? Reitero una vez más la máxima de que «la verdad de hoy, mentira mañana».

Otro punto de reflexión nos lleva a la **consulta**, como crisol de la práctica de la medicina a lo largo de siglos. ¿Qué pasó de aquella consulta de antaño, personal, íntima, tranquila, dialogada, familiar? Como indicaba anteriormente predomina la no privacidad, los elementos disgregadores, para no mantener el enfermo en la consulta más tiempo del estrictamente (quizás debería decir del «estadísticamente») necesario. No se examina con el detenimiento debido, pudiese descargar en los métodos auxiliares y nuevas tecnologías.

¿Para qué explorar un síndrome ciático con sus puntos de Valleix, signos de Lasegue, Bragard, Bonnet, Neri, Naziger-John, etc. ¡Si es más rápido que se nos informe con un TAC ó una RMN!

¿Para qué hacer una completa anamnesis, tomar el pulso y auscultar ante la sospecha de una cardiopatía? Se le envía al cardiólogo, que le someterá a las exploraciones específicas de ECG, eco-doppler y radiografías. ¿Para qué auscultar detenidamente como hacíamos en clínica o en el domicilio del paciente, un proceso de condensación neumónico o derrame pleural? Más vale solicitar de momento unas placas radiográficas o rellenar un pase al neumólogo?

Hoy en la medicina rural existe una práctica médica forzada por la exigente sociedad y por el consecuente miedo legal; se prefiere, y lo entendemos, una rápida evacuación del paciente hacia un centro hospitalario, sin esperar al estudio del proceso, valoración que

en muchos procesos menos graves podría dilucidar las causas y establecer el diagnóstico con una buena historia clínica y una exploración *ad hoc*.

Dice un proverbio chino que «nunca podrás evitar que el pájaro de la angustia (yo digo de la evacuación) vuele sobre ti, pero si puede evitar que anide en tu cabeza».

Los nuevos criterios, derivados de reunión de Alma Ata en 1978, crearon la Medicina Familiar y Comunitaria, como especialidad que reemplazo a la de médico clásico de cabecera. Por la evolución social, este nuevo médico, no convive las 24 horas con sus enfermos: sólo 7 u 8 horas, los días laborables. Después, pasan a los servicios de urgencias. Muchas veces ya no están en su pueblo, conviviendo con los enfermos, familiares, amigos, vecindario; muchas veces, el médico ya no es uno mas.

La denominación de «Médico de Familia» la comparto, pero no la acepto totalmente, aunque sea por cuestiones puramente semánticas, ya que en el aspecto asistencial dicha familia esta fragmentada: los niños, hasta los 14 años dependen del pediatra (hoy incluso se pretende dilatar esa edad a niños mayores); al resto se les atiende en patologías banales o ligeras, ya que rápidamente se nos solicita ser remitido a especialistas ¿Y qué es del médico de familia y de sus amplios conocimientos y sus ganas de ejercer? Muchas veces se le impone y se le relega a ser un *check-point*, un controlador de los distintos tratamientos de compañeros especialistas y posterior remisión a ellos mismos.

No existe en este tipo de asistencia ni la continuidad ni longitudinalidad de la medicina clásica. Sin embargo, a pesar de todas estas transformaciones existe *in mentis*, la figura emblemática de esa persona que es el **médico de cabecera**, recordado y querido por todos. Por esa labor callada, abnegada, de calor humano que tanto he cantado esta noche. Casi todos los informes de centros hospitalarios terminan con *control por su médico de cabecera*, palabra ésta que nos hace recordar a la madre, solícita, que se encargara del cuidado de su hijo permaneciendo a la cabecera de la cama.

Sin embargo, hoy, la medicina rural o primaria, la del Médico de Familia, ejerce un alto porcentaje de medicina preventiva, educacio-

nal, que no existía antes. Higiene de la alimentación, ambiental, del trabajo, deporte, vacunaciones. Existen problemas nuevos: asistencia a emigrantes, patologías importadas, drogodependencias, pesticidas, violencia en general (en especial doméstica), asistencia a enfermos crónicos (diabetes, enfermedades de transmisión sexual), pluripatología por aumento de longevidad, etc.

El envejecimiento de la población, con mayores expectativas de vida, hace que aumente la multimorbilidad, con el consecuente incremento en el consumo de asistencia médica, así como la llamada «*transición epidemiológica*», que origina el predominio de procesos crónicos y degenerativos que sustituye a la morbilidad de los enfermos agudos, infecciosos y parasitarios.

Bien cierto es que todas estas características y circunstancias del ejercicio de la medicina actual difícilmente se hubiesen podido desarrollar teniendo como piedra angular al médico rural que he descrito, con la única ayuda, si la tenía, de la también entrañable figura del practicante, cuya labor tan similar a la del médico quisiera igualmente loar y recordar ante esta audiencia, como sentido homenaje a su profesionalidad y devoción, hoy continuada por los Diplomados Universitarios en Enfermería.

Quisiera, igualmente, reflexionar brevemente sobre las **nuevas tecnologías** y su impacto en la medicina general, posibilitando diagnósticos y tratamientos insospechados. La medicina rural se ha visto inmersa en estos cambios profundos y acelerados, gracias a la electrónica, la informática y la telemedicina. Las nuevas tecnologías son irrenunciables. La profesión debe de reconstruir la relación médico enfermo sobre ellas. No podemos reducir la práctica a lo que es «medible», porque nos olvidamos de la esfera espiritual y moral del enfermo y de su familia, nos olvidamos de tratar el sufrimiento y la medicina se deshumaniza.

Hay que procurar que se adapte la tecnología al hombre y no al revés; podríamos abogar, en este particular contexto de tecnificación, por la «ergonomedicina», con el objetivo de que la tecnología se adapte a la medicina, y no sea la medicina la que tenga que adaptarse a la tecnología.

Decía Aristóteles «*Corruptio optimi pésima*», o sea, que cuando se pervierte lo mejor se convierte en lo peor, es fácil pasar de un extre-

mo a otro, de bueno a malo, de respetado a vilipendiado. El médico rural, en su proceso de adaptación ha tenido que aumentar su competencia profesional: el estar al día, primero por su inquietud universitaria, pero al mismo tiempo forzado por una sociedad cada día más informada... ¡más exigente!

Esta formación le permite estar «on line» con las últimas novedades en cualquier faceta médica. Hoy, el médico de cabecera no está aislado como antes y se puede conectar a hospitales, puede acceder a bibliografía, a consulta de revistas, asiste fácilmente a congresos, etc. Sin embargo, el médico tiene el riesgo de ser seducido por estas nuevas tecnologías, como en la famosa Odisea de Homero, donde el legendario Rey Ulises lo es por las sirenas, pero supo siguiendo los consejos de la diosa Circe resistir esa tentación.

Podemos ser fácilmente seducidos por la rapidez diagnóstica, para salir de la incertidumbre, ante la certeza de la prueba complementaria de exploración; otras veces la seducción se enmascara para ceder ante la presión del solicitante, ante el temor legal. Y otras veces, las menos, pero reconózcase, por cierta apatía y monotonía, por estar «quemado» en el trabajo. Por ello hemos de permanecer encadenados, como Ulises, a nuestros principios hipocráticos, valores éticos y formación integral.

El **enfermo** se ha beneficiado de las nuevas tecnologías de múltiples modos, algunos de ellos impensables hace tan solo 10 ó 20 años.

En actividades relacionadas con la medicina, ha aumentado la diligencia de trámites burocráticos. Puede acercarse virtualmente al ambulatorio o al hospital sin necesidad de desplazamiento. A través de la telemedicina puede incluso ser beneficiario de telecontroles de ciertas constantes a semejanza de los astronautas en vuelos espaciales. En una esfera médica práctica obtiene grandes beneficios diagnósticos, escopias, cateterismos, TAC, RMN, PET, SPECT, tratamientos farmacológicos más específicos, implantes, cirugía endoscópica, medicina paliativa, etc. Sin embargo, no se pueden digitalizar los sentimientos, miedos, esperanzas o deseos.

Pero a pesar de ello, o quizás por todo ello, el enfermo se cosifica más, se fragmenta más, no solo en especialidades, si no en «unidades» (coronarias, arritmias, etc.). Sólo vemos el «*pathos*», no la integridad de la persona, la distanciamos, hay menos diálogo.

Marañón escribía que «hay que buscar con más ahínco el hombre en la enfermedad y no la enfermedad en el hombre». Cada enfermo es un mundo, lo es porque cada hombre es diferente a los demás, en tanto que la enfermedad es igual a sí misma.

Hoy la asistencia médica está «globalizada», pues se siguen pautas impuestas, «protocolos» derivados de revisiones sistematizadas. Ya no son criterios personales si no impuestos. Se adoptan estas actitudes, para obtener mejores resultados terapéuticos y para protección ante posibles demandas legales.

¿Cuál será el futuro de la medicina rural? ¿Podrá el médico de cabecera, de asistencia primaria, a la velocidad que avanzan las nuevas tecnologías y la ciencia, tener a su disposición test de diagnóstico de ciertas patologías que hoy solo se encuentran en grandes complejos hospitalarios? ¿Cómo podría pensarse hace 50 años realizar glucemias instantáneas y tantas otras determinaciones enzimáticas?, ¿realizaremos medicina predictiva, realizando una PCR en tiempo real en unos minutos al lado del enfermo, en su casa? ¿farmacogenómica?, no olvidemos que cada vez nos encontramos, como expuse, ante los nuevos avances tecnológicos más conectados al gran hospital.

¿Veremos en un futuro a un médico de cabecera con su portátil en visita domiciliaria, conectar al hospital o centro de atención de salud, introducir la tarjeta sanitaria repleta de *microchips* sin apenas mirar al enfermo, marcar una serie de claves de seguridad, los ojos fijos en la pantalla del ordenador, tras somera exploración y teleanalítica, extender la receta electrónica y despedirse con «la próxima visita la realizará mi compañero de equipo».

¡Que triste debe de ser! ¿a quien mira esa persona enferma?, ¿dónde está el médico bueno que esperaba?, falta el calor humano, no hay que olvidar cuánto hace una sonrisa, una caricia, una palmadita, un llamarle por su nombre, decía Cervantes: «A los afligidos no se les debe añadir aflicción».

Hoy los avances tecnológicos están forzando la asistencia sanitaria hacia una deshumanización, a perder cada día más las raíces hipocráticas-fundamento de la verdadera medicina humana a semejanza de la problemática actual con la «Nueva Constitución Europea», donde se lucha para eludir las raíces cristianas en su estructuración.

El profesor Ciril Rozzman, en su discurso de investidura, como doctor Honoris Causa de esta Universidad de Granada, 1998, vino a sintetizar que se debe de realizar una visión integral del enfermo y crear un espíritu de humanismo para las futuras generaciones medicas del siglo XXI, porque:

Una historia clínica correcta, jamás podrá hacerla un ordenador.

Una exploración cuidadosa, jamás podrá ser sustituida por la maquina de turno.

El empleo de la inteligencia humana en el proceso de formación diagnóstica, jamás podrá ser sustituido por la inteligencia artificial.

La bondad y el calor humano durante el contacto con el paciente y la comprensión, para su ver tiene «psicosocial», que jamás podrá sustituirse por la robótica, son condiciones imprescindibles para la calidad del acto médico y para que las personas asistidas se sientan tratadas como tales.

En su lucha por humanizar la asistencia debemos participar nosotros los médicos, como señalaba el profesor D. Pedro Lain Entralgo que nos recuerda que en el frontispicio del Archivo Nacional de Washington, esta grabado en letras de bronce esta frase de William Shakespeare «The last is only the prologue» («Lo último no es sino el prólogo»). Y en nuestro caso es el prólogo de un futuro en el que los médicos, tanto ayer como hoy, seremos los verdaderos artifices de parte del bienestar terrenal del hombre.

Esa tarea que tenemos que mantener necesita desvelo, afán, constancia, lucha con penalidades e incertidumbres, pero que al final nos llenaran de satisfacción.

Quiero evocar en estos momentos aquel escrito de Federico García Lorca, de una hormiguita que quiso conocer más de cerca las maravillas que se encerraban en el firmamento en una noche de cielo estrellado. Para ello, con muchas dificultades sube por las ramas de un gran árbol y casi agotada llega a la ultima ramita. ¡Que maravilla! Que belleza contemplar en una noche serena aquel cielo estrellado, aquel parpadear intermitente!, quedó extasiada, las describía como miles de en el firmamento, como lucecitas que llevamos sobre nuestras cabezas.

Baja a toda prisa, llena de alegría, tropezando, casi precipitándose al vacío, para poder, cuanto antes contarle a sus compañeras, casi la

ignoran, sin embargo ella, insiste una y otra vez en sus explicaciones y al final las convence de aquella belleza en la noche estrellada. Tuvo que luchar, sufrir, no desanimarse para poder manifestar sus sentimientos.

Por eso en esta maravillosa noche que me acoge con tanta magnanimidad esta Real Academia quiero hacer ver con alegría, satisfacción interior que se siente, que he sentido al ayudar como médico, al que sufre, de poder llevarle cariño, consuelo, esperanza, de poder mirarle cara a cara y mentalmente decirle, te curaré, aliviare, te consolaré».

Yo que he vivido esa vida maravillosa la quiero reivindicar para los compañeros de la medicina rural-asistencial-primaria, aunque sufran.

Para terminar quisiera agradecerles la atención prestada durante estos minutos, recordando aquella estrofa de Gabriel y Galán:

ME ENSEÑARON A REZAR,
ME ENSEÑARON A SENTIR,
ENSEÑÁRONME A AMAR,
Y COMO AMAR ES SUFRIR,
TAMBIÉN APRENDÍ A LLORAR

He dicho.

Granada, mayo de 2004

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

del

ILTMO. SR. D. FERNANDO ESCOBAR JIMÉNEZ

A D. MIGUEL LORENTE CARRILLO
Contestación de la Real Academia de Medicina y Cirugía
del distrito de Granada (Andalucía Oriental)

Real Academia de Medicina
Ilustrísimo Señor Don Fernando Escobar Jiménez
Granada, 21 de Mayo de 2004

Excelentísimo Sr. Presidente, Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos, Muy Ilustres Señores Académicos, Señoras y Señores, familia, amigos todos de la Real Academia.

La entrada en esta Real Corporación de un candidato para ocupar una plaza determinada, es siempre un motivo de alegría para toda la Academia. Se recuerda, se enumera un trabajo científico de muchos años, se añora a muchos compañeros, y por qué no decirlo: se vive entre la realidad, el recuerdo y la aportación científica. La Real Academia vive una vez más la recepción de un miembro nuevo y esto siempre es un motivo de satisfacción para todos nosotros.

Hoy se ha ocupado un sillón muy importante, el de Médico Rural, que corresponde a la provincia de Almería, y lo va a ser con pleno derecho por una persona entrañable: El Doctor Don Miguel Lorente. Con este motivo desearía resaltar la importancia de la Medicina Familiar

y Comunitaria, que en nuestro flamante Académico se funde con su propia calidad humana, me refiero a alguien que ha afrontado el reto durante muchos años como médico de cabecera y ocupa su sillón habiendo incorporado el bagaje de la modernidad, del estudio, de la competencia, del cariño por los demás, del amor a la profesión; a fin de cuentas, se trata de una gran persona a la vez que buen profesional que aglutina el resultado del trabajo bien hecho desde que la promoción médica a la que él se ha referido, 1949-1955, abandonó las aulas de su Facultad de Medicina con un título bajo el brazo.

A partir de ese momento y después de asistir a todos los cursos de perfeccionamiento que le es posible, cuando se lo permiten sus pacientes o su familia o sus deberes, trata de conjugar como hace un momento decía citando a D. Gregorio Marañón, «vocación y ética», principios que lo guiaron desde sus comienzos, como médico rural.

El médico rural componía junto al cura, el farmacéutico y el maestro las llamadas «fuerzas vivas» de la localidad. Formaba una parte importante del entorno; sin perder su autoridad se acercaba familiarmente a sus vecinos mediante una relación que iniciada a través de la enfermedad, pasaba de forma imperceptible al consejo independiente, acertado, familiar y, por qué no decirlo, a convertirse en un ser respetado a la vez que querido, que se iba introduciendo poco a poco en la intimidad de sus hogares con su trabajo, su conducta siempre observada y, sobre todo, con el sacrificio que representaba estar durante veinticuatro horas de guardia, sin libranzas ni sustituciones, dando el ejemplo y su trabajo a cualquier hora como única moneda de cambio. Era el último mago que quedaba y, quizá también, el último milagrero.

Son numerosas las ocasiones en que su trabajo no permite ni el intermedio diagnóstico de unos análisis de sangre, ni una radiografía de apoyo, ni tan siquiera la audaz intermediación de un sistemático análisis de orina elemental, que tan sobrevalorado fuera por Don Luis de Góngora y Argote, (1561-1627), cuando al final de sus letrillas comentaba:

«... buena orina y buen color,
y tres higas al dolor»

Sin embargo para Francisco de Quevedo esta prueba se trataba de un examen de horrible gusto, a pesar de que, como el autor constata no desprovisto de agria indignación, ningún médico se resiste a realizarlo, juicio que entraría en la proverbial animadversión que nuestro gran poeta sentía por la clase médica, en cuya obra jamás encontraremos un elogio, una alabanza, una valoración positiva por ninguna persona que ostente esta profesión. Frente a su coetáneo y declarado enemigo, Góngora también en este aspecto disentía de su rival, ya que gustaba de enaltecer la figura del médico, especialmente del cirujano que era «capaz de hacer operaciones craneales».

Pero no quisiera retirarme de nuestra cuestión, Señores Académicos, ni minimizar una actividad tan arriesgada y tan rica en facetas, porque el oficio de médico rural también incluía a la cirugía menor e incluso alguna incursión de urgencia en lo que hoy llamaríamos cirugía mayor. Asimismo había que atender los partos en donde surgieran, con mucha o poca luz, vinieran bien o vinieran mal; en ocasiones se hacía necesario quemar los momentos de la espera con amargo silencio, tratar de superar el dolor con algún remedio que parecía improvisado y que muchas veces y con la complicidad de la palabra, superaba lo que científicamente se considera el arte de sanar.

¿Y el premio? A veces nada. Otras se cumplía con el precepto o intercambio de una pequeña iguala. No era raro que en Navidad apareciera el gallo vivo en los pasillos de la consulta o el pavo haciendo una rueda escandalosa o tal vez un cerdo entero perdido, despistado y asustado al resbalar por aquellos pisos de solería hidráulica de hermosos dibujos. Quizás no fuera el sitio ni el momento, pero satisfacía comprobar el rostro feliz de quien lo había conseguido transportar hasta la casa del médico para jolgorio y alegría de todos los pequeños.

Son numerosas las alusiones a los médicos a lo largo de nuestra Literatura, desde Lope a Velez de Guevara en su «Diablo Cojuelo», pasando por Tirso o Quiñones de Benavente, aunque no está demasiado claro el concepto, ya que se mezclan barberos con magos, actitudes ocultas que a veces encumbran a descendientes claramente celestinescos.

En la tragicomedia de Calixto y Melibea de Fernando Rojas, no aparece un médico oficial, digamos, pero sí alguien que conoce el oficio. Comenta Díaz-Plaja en una referencia, que si a este personaje se le enjuiciaba en esta categoría fue debido a que aunaba el arte y la capacidad de estudiar libros, oír y hablar. Al introducirnos en la trayectoria profesional del Doctor Lorente, comprobamos que estas tres actitudes se funden en un abrazo inexpugnable, que adorna la figura del ser médico y la eleva a la categoría del misterio y del arte, y es que nuestro Académico siempre se ha caracterizado por mantener allá donde estuviera su curiosidad científica y no desvanecer en su actitud generosa ante los demás, escuchando todo lo necesario para hablar lo preciso y actuar de inmediato y con resolución.

Con frecuencia Don Miguel Lorente, abrumado por las buenas habladorías, se refugia en su primera ocupación: trabajar y hacerlo muy bien. Otras veces pasea, mientras en su cabeza bulle la preocupación, la angustia de estar solo, el silencio anónimo que un médico si acaso puede compartir únicamente con su familia, al mismo tiempo que siente la alegría del que ve sanar y la satisfacción del trabajo bien hecho.

A lo largo del siglo XIX los intelectuales van ganando el favor y simpatía de la sociedad. Sería en el inicio del siglo XX cuando el médico va a ser símbolo de la ciencia, el que combate, especialmente en el medio rural, la superstición y la ignorancia. Se trataba de un círculo mágico, en el que el deseo inmenso del hombre por creer en algo se dirigía hacia un destinatario concreto, otro hombre, su médico, capaz de sanar. ¿Pero sucedió siempre así? Es en las primeras décadas de ese siglo cuando se les llega a profesar una admiración profunda, especialmente cuando se trata de médicos que han renunciado a las ventajas de una sociedad opulenta, que les mimaba y les agasaja y las ha cambiado por las dificultades de una vida retirada campesina y rural. Es en este momento cuando el médico rural empieza a hacer su aparición en la sociedad, y en la literatura, en cuyas páginas no es extraño que se introduzca este personaje llenando incluso hasta páginas literarias como si fuera un santo laico, entregado a su causa y devoto de sus pacientes, como lo presenta Doña Concha Espina en su obra titulada «La niña Lumela» (1909), en la que ensal-

za la figura del médico rural que, volcándose en una sociedad necesitada, sólo toma su pago de las herencias que libremente se pueden disfrutar o acepta las cantidades justas que ayudarán a mantener con decoro su casa.

Si realmente queremos llegar a estar cerca del médico de cabeza, del médico de familia en su moderna acepción, de un buen médico rural, no lo haremos hasta considerar que bajo la modestia de un hombre como Don Miguel se esconde una gran virtud: la capacidad de conocer el cuerpo y comprender el alma de sus pacientes. Sin embargo, aún en el pasado siglo la apreciación de la figura del médico por parte de la sociedad y de la historia no ha sido uniforme ya que, en la época de Don Jacinto Benavente, hijo de médico, esta figura es olvidada por una sociedad recelosa y claramente temerosa del poder de esta profesión.

Frente a la inseguridad que demostró en su juicio Don Pío Baroja, (1872-1956), médico asimismo como ustedes recuerdan, ante el ejercicio diario de la medicina, practicado, según él, con poco oficio en la profesión, Benavente deja entrever en «La virtud sospechosa», concretamente en los diálogos entre Don Jaime y Rosana, que el Doctor, además de todo es un confesor extraordinario. Ante las alabanzas de Rosana dice Don Jaime: «... la operación no fue tan difícil ni tan extraordinaria; hoy esas operaciones las hace cualquiera...». He aquí una de las características del médico rural: sabe reconocer parte de los misterios y la verdad del alma de sus semejantes sin darle importancia a su labor y trabajo profesional.

Así nace otra faceta muy importante de esta figura, que se va heredando de generación en generación. Benavente lo resalta en su obra «Una pobre mujer» (1920), al introducir de forma inteligente en sus diálogos a la figura de una vecina que defiende al Doctor, frente al recelo y desconfianza hacia su figura que se palpa en el ambiente. El resultado final es que el médico corresponderá con frases de aliento y doblará sus visitas, que sabe Dios quien pagará, pues aunque poco puede hacer por su oficio, existe un compromiso moral que busca la tranquilidad y el cobijo de los familiares ante las fatídicas palabras: «No puede hacerse nada, pero volveré esta noche y mañana para estar con usted... Quedad con Dios».

A pesar de que humanamente Don Miguel Lorente es un hombre que transmite optimismo y vida, sin embargo las palabras que acabamos de oír dejan un poso de sufrimiento profundo, sufrimiento que nace de la conjunción, que yo calificaría a veces de hasta inhumana, que representa sentir la Medicina Rural, unir la profesión y la vocación. Por ello a medida que van cambiando las normas hacia una medicina cada vez más burocratizada, con la pérdida consecuente de humanidad, nuestro protagonista se rebela. Su oficio, su pensamiento y su dedicación de tantos años, va siendo ahogada por un manto que nada tiene que ver con la práctica médica sino con la burocracia, la masificación, la administración de unos recursos en parte desconocidos, sus costes, nuevas obligaciones, en fin, aprendidas en la escuela del desconocimiento. Como él mismo comenta de la sentencia del Doctor Alisent: «Hemos pasado desde una anorexia deontológica a una bulimia legal, a cambio de un deterioro asistencial». Sí, el Doctor Lorente se rebela contra la «cosificación» del enfermo, la masificación, la afrenta a la experiencia..., contra el paciente como un número y nada más.

Por otra parte alude Don Miguel en su discurso a la «Sociedad de la Felicidad». Según su mensaje, el hombre moderno exige salud como un bien más. Su patrimonio está integrado por esto y aquello, y además ha de tener y exige salud. Dioses del consumo, del dinero y la llegada o cercanía de un becerro de oro que se reconduce en algunas ocasiones hasta la espiritualidad del hombre. Si cambiamos o rechazamos el paso de los años en el aspecto físico y también en lo psíquico, en las vivencias como herencia de uno mismo y de sus mayores, posiblemente estaremos acercándonos a la involución. Se está perdiendo la figura del Maestro: todo profesional o aprende espontáneamente o tiene que recibir el conocimiento porque sí o, naturalmente, hay que legislar que progresa adecuadamente.

Con mucho acierto nuestro nuevo Académico se ha acercado a definir y a difundir su percepción de la modernidad, y sobre todo su repercusión en la praxis médica. Resalta el papel del hombre nuevo que, en su especial protagonismo, ya puede, ante el médico, disfrutar de sus derechos y de la necesidad de que estos sean escrupulosamente respetados. Todo ello trasciende a la medicina rural e indudable-

mente va cambiando su práctica: no se desea la entrevista –cuanto menos me pregunten mejor–, la historia clínica se va perdiendo, reducida a un simple cuestionario gracias a la economía «on-line» de nuestros grandes recursos, que hace prácticamente protocolario un documento tan básico e importante como éste. Rápidamente se deben rellenar peticiones de análisis y pruebas, hay que encaminar al paciente de forma precoz al Centro Hospitalario, como demanda de grupo, porque si no él o su familia pasarán directamente a masificar la puerta de cualquier Servicio de Urgencias. Poco a poco se van amputando los límites del verdadero contacto médico-paciente y aparece como en la desgraciada reunión de la ciudad de Alma Ata de 1978, una primitiva Medicina Familiar y Comunitaria de excelente nombre, pero que dirigida al paciente con la excusa de la salud, lo considera en todo momento un número más. Se rompe de un plumazo, aunque después se intentará recuperar, la ligazón real hacia el cuerpo y hacia el alma del hombre, que para muchos de nosotros constituyó el objeto de nuestra profesión.

Pero evolucionamos. Quizás entre nubarrones el médico de familia se está transformando, como señala desde su atalaya de experiencia clínica Don Miguel. La medicina preventiva y educacional se quiere introducir lentamente en la conjunción práctica de buenos médicos y enfermeros, al mismo tiempo que otros factores, como los derivados de la inmigración luchan entre lo legal y lo ilegal, con graves problemas de comunicación, que facilita la implantación de ghettos que se levantan como una pared de incomprensión, ante los cuales el médico de familia se siente tan impotente como el resto de la sanidad actual.

Queda para nuestro Académico el mensaje final que nos beneficia a los médicos y a los enfermos: la comunicación, el acercamiento a las nuevas tecnologías, la incorporación de una telemedicina que, naturalmente, representa una revolución a la que asistimos maravillados a veces, asustados en otras ocasiones y expectantes siempre.

Antes de continuar mi discurso, permítanme hacer un inciso para recordar los vicios y las pasiones ocultas de Don Miguel Lorente, que también las tiene. Si la primera fue, como he apuntado más arriba, la de trabajar, existen otras aficiones que no por ser menos conocidas

tienen menos importancia. A Don Miguel le gusta pasear, caminar y observar la evolución de los seres que pueblan el campo, pero tiene una especial debilidad por la agricultura en sus más variadas facetas, que supera especialmente al mismo Comisario Fischler en el conocimiento y cultivo de la almendra. La Unión Europea, acosada por España, trata en estos momentos de solucionar un grave problema de protocolo al no hallar la condecoración adecuada en el caso de Don Miguel, ya que las distinciones, medallas y encomiendas relacionadas con Isabel La Católica se le quedan cortas, y el premio de Cristóbal Colón, está más difícil porque todavía no conocemos su ADN.

La verdad es que a nuestro flamante Académico no le inquieta la posibilidad de perder su poder mágico, como le sucediera al médico reflejado por Cela en *La Colmena* (1916, Madrid 1972).

«Don Francisco se avanzaba a su tiempo y con el corazón encogido pensaba: día llegará en que los médicos estaremos de más, en que en las boticas habrá una lista de píldoras y los enfermos se recetarán solos...».

Hoy muchos ciudadanos se recetan a sí mismos, la automedicación parece casi un deporte nacional y forma parte de las tertulias y las sesiones clínicas que se pueden escuchar en los bares, en las escaleras de las casas y por qué no decirlo, en los propios pasillos de las Facultades de Medicina.

Entre los almendros y otros cultivos, no sé dónde habrá dejado Don Miguel más raíces, si en el pueblo de Serón, en Tíjola, en Macael o en Olula del Río. Le puede suceder como a Don Ramiro Aguilera en Villagordo (Jaén), que una vez le escribió el alcalde de este pueblo del que él había sido Médico Titular, comunicándole que deseaba su aceptación para ponerle su nombre a una calle. Él contestó rápidamente aceptando tal honor. Pasados unos años, según recoge el prestigioso Seminario Médico de 2002, expresión del Instituto del Estudios Gienenses, Don Ramiro se enteró cómo surgió realmente el tema de esta calle y la incorporación de su nombre a dicho vial.

Había que poner un nombre a una calle de Villagordo y un concejal, posiblemente de Cultura, propuso el nombre de Fleming. Se

levantó airadamente otro concejal de la oposición, que seguramente era de diferente partido al del Señor Alcalde, y dijo:

«Pero vamos a ver, ¿quién conoce al Doctor Fleming en este pueblo? A esa calle hay que ponerle el nombre de Don Ramiro, que a ese sí lo conocemos todos».

Yo estoy seguro que en estos lugares que acabo de enumerar y en los que Don Miguel ejerció el oficio de la medicina ocurrirá tarde o temprano algo parecido; ante la propuesta de usar para la nomenclatura de sus calles a hombres ilustres de la ciencia, ya se trate de Fleming, Pasteur o del mismísimo Doctor Barnard, más cercano en el tiempo, siempre habrá un concejal bien nacido que recuerde a aquel médico que, valiéndose de los grandes descubrimientos de los citados, supo vivir, sufrir con ellos, solucionar, sanar y facilitar la vida de los habitantes del pueblo.

Esta imagen del médico rural que responde al Doctor Lorente no podría estar en esa calle ni en el recuerdo entrañable de tantos pacientes si no hubiera tenido una amiga en quien confiar: su mujer, Don Miguel, esa amiga que nunca le falló. Ya sabemos que fue su ayudante, algo tendría de profesora, al mismo tiempo que la compañera fuerte que en momentos de decaimiento le elevaba el ánimo y le forzaba a seguir trabajando y a seguir luchando. ¿Y qué hubiera sido, me pregunto yo, de un médico rural, y, por qué no, de muchos académicos, si no hubieran tenido a su lado una mujer que le escogiera una corbata que no desentonara con la camisa, o tal vez el color adecuado de su traje, o su ropa especial cuando iba a la capital para asistir a un curso o a una conferencia? Ahí también se encontraba parte del entorno familiar de Don Miguel.

Decíamos que el paciente de hoy está cambiando como cambian los valores de la sociedad en la que vive. Tímidamente parece que está devolviendo su confianza hacia un equipo de profesionales que al abrir su fichero encuentra una historia clínica, unos análisis, un informe hospitalario; a veces, sobre todo cuando el problema se agrava, quiere aparecer la convicción de que el médico lo acoge como si de algo propio se tratara. Siempre nos po-

dremos equivocarnos pero la diligencia de muchos sanitarios para acudir a hacer una consulta domiciliaria es encomiable, aunque en el fondo crean que el problema objetivamente no lo merece. En clave de humor diríamos que los médicos así no necesitan honores ni tampoco calles. La localidad sí que necesita que vuelvan para seguir siendo ejemplo de unas rancias aunque nuevas relaciones medico-enfermo, con sus buenas y a veces no tan buenas costumbres, pero con la autocrítica del día a día, del trabajo que siempre se quiere hacer bien, del servicio que profesionalmente nos acerca a los demás. No somos virtuosos ni infalibles, pero creo que tampoco hay que llegar al desprecio irónico, como el del epitafio que el humorista Tono preparó para su propia tumba: «Ya decía yo que este médico no me gustaba».

Entre el principio y el fin, todos ellos representan unos aspectos variopintos de la realidad multifactorial y abigarrada que es el hombre, pero los médicos rurales son unos hombres muy especiales, porque yo me atrevería a decir que cada uno es un hombre irrepetible.

Enrique Miret Magdalena, en su libro «Cómo ser mayor sin hacerse viejo» (Espasa, 2003), comenta en el capítulo de «La sabiduría popular de la vida», que la mayoría de edad a partir de los sesenta y cinco años está unida con la experiencia de la vida, y no con algo que no merezca la pena conservar. Lo que se ha vivido deja un peso que no debemos olvidar. Es lo valioso de nuestra historia personal, que también es maestra de la vida. No la podemos tirar a la basura de las cosas inservibles, sino guardarla entre los dichos que se deben recoger para ilustración de la gente venidera. Así y muy posiblemente no nos molestaremos en inventar lo que ya está inventado, perdiendo el tiempo inútilmente.

Cuando veo trabajar en el día a día a Don Miguel, mi corazón se llena de esperanza. El suyo, hoy que todavía no es mayor, se adaptaría a los resultados de la encuesta sociológica que han llevado a cabo los jóvenes sobre personas mayores de 65 años. Concluye que estas personas son en primer lugar simpáticas; en segundo lugar, afectivas; tienen una sabiduría grande de la vida, que posiblemente es producto de la experiencia; destaca en cuarto puesto que son compasivas con los demás; que valoran la interioridad; que tienen un gran afán de

libertad; en séptimo lugar, que unen el idealismo de Don Quijote con el realismo de Sancho; y en último puesto, que ven con un poco de ironía los numerosos desarrollos técnicos que nos dominan, porque en numerosas ocasiones todavía no sabemos manejarlos para nuestro verdadero bien.

Así, Don Miguel, llega Usted hoy a la Academia con todas las «pilas llenas», como dice la gente joven. Cargado de ilusión, de experiencia, de sabiduría, de templanza, pero con la inquietud del deber presente y su actitud de médico activo en cuya cabeza bullen numerosas ideas con las que nos contagia fácilmente mediante ese virus llamado SABIDURÍA. Tiene Usted, además de todos los miembros que formamos esta Academia, unos testigos de excepción, sus cuatro hijos en los que indudablemente germinó la semilla que ustedes plantaron, pues además de constituir un exponente de calidad profesional internacionalmente reconocida, cultivan desde el punto de vista humano el amor a sus padres e incluso dejan algo para sus amigos y compañeros y todos ellos presentan la calidad como una moneda permanente de superación.

En fin, Don Miguel, no puedo resistirme a acudir de nuevo a nuestro ilustre poeta D.^o Luis de Góngora, que dice en una de sus décimas:

«Vences en talento cano,
a tu edad, a tu experiencia,
así con tu sabia ciencia
como tu diestra mano;
¡Oh Enrique, oh del soberano
Febo imitador prudente!
Ciña tu gloriosa frente
tu verde honor, pues es dina,
ya por el arte divina,
ya por la pluma elocuente».

(*Décimas, 1561-1627*)

Es para esta Academia una satisfacción y para mí personalmente un honor poder recibirlo oficialmente como Académico Numerario.

Todos nos congratulamos de contar entre nosotros con un hombre que desde la medicina rural ejerció su oficio con honradez, categoría profesional y calidad humana, cualidades que le hacen merecedor del mejor honor que esta Institución le puede ofrecer.

Sea Usted bienvenido, amigo y admirado Doctor Lorente.

He dicho.