



## Autoformación con la Red de «acompañante». El ejemplo de la gripe A

**Juan Gérvas**

Médico general rural.

Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid).

Equipo CESCA. Madrid.

### PUNTOS CLAVE

- El autoaprendizaje en la Red no tiene truco ni cartón. Se basa en lo de siempre: determinación, constancia, continuidad y acceso a fuentes múltiples.
- El estímulo para la autoformación procede de la práctica clínica. De esas preguntas de difícil respuesta que surgen durante el trabajo con los pacientes.
- La determinación para enfrentarse con decisión y constancia a la búsqueda del mejor conocimiento se sustenta en la exigencia ética de la autonomía profesional.
- El autoaprendizaje nos introduce en un círculo virtuoso. Lo aprendido amplía campos previos y facilita la adquisición de conocimientos futuros.
- Siempre hay tiempo para la autoformación en la Red. Sobre todo, por la libertad y flexibilidad que da el aprender en solitario (en lo físico) en un medio 24 horas abierto a pleno rendimiento.
- En la Red hay mucha basura, y mucha mentira. Sirven de anclaje en lo cierto y verdadero algunas instituciones, las revistas científicas, las listas electrónicas, las bitácoras de confianza y los colegios invisibles.
- Puesto que la verdad no existe, conviene el acceso a fuentes múltiples. Es clave la formación de una opinión personal propia y fundada a través del contraste crítico de la información.
- El autoaprendizaje es como todo en la Red, con sus ventajas e inconvenientes. Entre lo mejor está el «eco», ese resonar que retroalimenta los procesos que uno abre o en los que se introduce.
- Siempre hay excusas para no hacer nada. Pero dejarse llevar por el día a día acaba en años de rutina, en pérdida de autoestima, en ínfima calidad clínica y en sensación de vida perdida. La autoformación es el antídoto para evitar esta evolución hacia la anulación personal y profesional.

### Una historia personal verídica

Nada como las narraciones para animar al trabajo, y por eso en este apartado contaré con pelos y señales el proceso de

toma de decisión («la determinación») para el autoaprendizaje en un caso concreto.

A finales de julio de 2009 recibí una petición en la lista PEDIAP, de pediatría de atención primaria. ¿La cuestión general que se debatía?: la vacuna contra la gripe A. No había participado en el debate, que veía como problema menor pues la nueva vacuna sería como las de la gripe estacional, de escaso impacto clínico, de baja efectividad<sup>1,2</sup>. El firmante, pediatra andaluz muchas veces crítico con mis planteamientos, me requería en su estilo: «a ver si el Gérvas nos ilustra sobre este problema, él que sabe mucho sobre vacunas». Se refería a mi papel crítico con las vacunas, estilo vacuna contra el virus del papiloma humano, contra el rotavirus, contra el neumococo y contra el virus de la varicela.

Fui franco en la respuesta, un punto asombrado del reconocimiento implícito: «ni la gripe A ni la vacuna contra la gripe A han llegado a mi consulta, de forma que ya tendré tiempo cuando lleguen».

No me imaginaba que pocos días después recibiría una comunicación de la Gerencia por la que se anulaban las vacaciones a partir del 15 del mes de septiembre, por la gripe A. El 31 de julio se confirmaba la anulación de las vacaciones en septiembre y hasta nueva orden, «por necesidades del servicio, en previsión de sobrecarga de trabajo por la gripe A».

No me lo podía creer, pues habíamos retrasado las vacaciones para no tomarlas en verano, como nos sugirieron dadas las dificultades para encontrar sustitutos. Así pues, ¡ni en verano, ni en otoño, ni en invierno!... ¡las vacaciones nunca! Además, en mi caso esperaba un nieto nuevo (el octavo) para finales de septiembre, y estar en Argentina no era simplemente ir de vacaciones, sino echar una mano. Por ello preparé con rapidez un texto de queja y ruego que mandé el mismo día por fax, pues teníamos pedidas las vacaciones en septiembre y en noviembre con justificación sobrada (en noviembre para asistir a las reuniones del Comité Internacional de Clasificaciones de la WONCA, en Florianópolis, Brasil). Por supuesto, los billetes estaban compra-

dos, los míos y los de mi esposa, también médico general rural en el mismo centro de salud. Aquello era de locos.

La situación laboral fue mejorando por el clamor de cientos de profesionales y por la irracionalidad de la medida, y al final pudimos viajar a la Argentina y estar en el nacimiento del nuevo nieta. También pudimos realizar el viaje a Brasil. Pero la orden de anulación de vacaciones me dio el empuje necesario para entrar a saco en el tema de la gripe A y formarme mi propia opinión. Escribí al pediatra andaluz para darle cuenta de mi cambio de actitud y para prometerle el envío de un texto con mi opinión al cabo de una semana. Se portó bien, pues ya me había advertido de que la ola de la gripe me alcanzaría por más remotos que fueran mis pueblos, y no hizo sangre cuando de verdad me afectó en lo personal.

**Conclusión:** se precisa de determinación para el autoaprendizaje, sea por motivos personales o por causas profesionales. Sin esas ganas, sin ese deseo de aprender y dominar una cuestión es imposible llevar a cabo el autoaprendizaje, pues éste es un ejercicio en la soledad física (tabla 1). Para el médico clínico la consulta diaria puede ser fuente de dudas que le lleven a la búsqueda constante del mejor conocimiento. Naturalmente, las instituciones y los compañeros pueden ser origen de ideas y estímulo para aprender si se entra en un círculo virtuoso de reconocimiento y «premio» a los que mantienen una conducta de formación continuada a lo largo de décadas. No es fácil ser médico general/de familia y pretender saber casi todo de casi todo lo frecuente. Todo vale con tal de no cejar en la búsqueda del conocimiento que da fundamento a las decisiones y soporte a la autonomía profesional. Se trata de la dignidad del médico y de la salud del paciente, cuestiones complementarias y claves. Con la Red las cosas son más sencillas pues los estímulos se multiplican tanto como las posibilidades de aprendizaje. La Red nos permite la búsqueda del mejor conocimiento por nosotros mismos, sin tener que depender ni de programas ni de horarios ni de profesores específicos.

**Consejo:** sobran los motivos para seguir aprendiendo a lo largo de toda la vida, pero conviene «inventarlos». Nada mejor que transformar las quejas en respuestas fundamentadas a través de la elaboración de las preguntas adecuadas.

Tabla 1

### Lo básico en la autoformación

- Determinación (ideas claras y afán de cumplir objetivos)
- Constancia (persistencia en la autoformación)
- Continuidad (seguimiento de algunas líneas especiales, al tiempo de mantener una curiosidad general)
- Acceso a fuentes múltiples (complementarias, que aporten información diferente)
- Conexión a Internet

## Tiempo para capacitarse en medio del diario devenir

Para la autoformación se necesita determinación, pero también tiempo. ¿Cómo conseguirlo en medio de la vida diaria? Daré alguna clave a partir de la continuación del caso personal verídico iniciado en el apartado anterior.

En unos pocos días cabe lograr una opinión personal fundada en cualquier tema médico si uno tiene una cierta formación previa, capacidad de trabajo... ¡y acceso a la Red! En concreto me capacité respecto a la gripe A en el curso de una semana de verano, la primera del mes de agosto de 2009. Verano significa en el valle del río Lozoya (en la sierra madrileña) más trabajo clínico, pues se triplica la población con los veraneantes y turistas, y más familiares y amigos en casa, pues es la estación ideal para disfrutar de las riquezas naturales del valle. Por ello en el segundo fin de semana de agosto tuvimos a unos sobrinos y cuñada en casa, de merienda-cena, además de unos amigos esperados al día siguiente (con la comida preparada) que tuvieron que anular la visita a última hora por la muerte de un familiar. En esa semana se desarrolló el «Festival Marqués de Santillana» de música clásica en el patio del castillo de Buitrago todas las noches y allí estuvimos, al aire libre para disfrutar de la música y de la Luna (llena el jueves 6 de agosto). Me gustaron especialmente los dos conciertos del violinista Ara Malikian.

En lo clínico, la primera semana de agosto fue particularmente agitada, con una media de 45 pacientes en consulta y un domicilio a diario (de ellos dos pacientes terminales con mi teléfono personal para complicaciones fuera de hora). Además, fue la semana de despedida de dos residentes madrileños, y la de llegada de una residente argentina; los demás compañeros echaron una mano para que en mis consultas de los pueblos sólo hubiera dos al tiempo, uno a mi lado y otro trabajando en paralelo (los consultorios de mis pueblos tienen todos dos despachos).

Con la típica mezcla de vida personal y familiar que practico, en el primer fin de semana de agosto hubo un hueco para una merienda-cena con uno de los residentes madrileños, su novia, sus padres (los había traído ese mes a Buitrago, que pasaron en una casa alquilada) y la recién llegada residente argentina (del Hospital Fernández y del Centro de Salud Retiro, de Buenos Aires); después los llevamos a todos al cine, «Pan y tulipanes», en el Centro Cultural de un pueblo al lado, La Cabrera (llegamos con la película empezada, por un error en el programa). El residente madrileño escribió un texto sobre su rotación rural<sup>3</sup>. Al día siguiente vinieron por casa una enfermera vallisoletana, madrina de nuestro hijo mayor, y su hijo mayor con la novia. En fin, el movimiento habitual.

No me dediqué en exclusiva a la gripe A, pues tenía varios proyectos entre manos, como un texto para la *Revista Portuguesa de Clínica Geral* sobre los seminarios de innovación

en atención primaria (admitido al final, y ya publicado<sup>4</sup>), un texto para la revista *Expert Review of Vaccines*, sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano (rechazado al final), un artículo en elaboración comparando España y Brasil con una doctoranda brasileña a la que había dirigido durante su estancia en la Escuela Nacional de Sanidad, una monografía en inglés sobre atención primaria en el siglo XXI (todavía sin terminar), corrección del texto de una residente sobre su rotación conmigo (publicado ya<sup>5</sup>), un texto sobre el miedo del paciente y el temor del médico (aceptado en el *European Journal of General Practice* y ya publicado<sup>6</sup>), otro texto sobre la medicalización del fracaso escolar (rechazado en *Medicina Clínica*), envío de textos varios diarios a los residentes sobre cuestiones que surgían en la práctica, los coletazos de una conferencia virtual en la lista portuguesa y mil cosas más.

En total dediqué a la cuestión de la gripe A unas veinte horas, desde el día 1 hasta el día 10 de agosto de 2009, cuando por la tarde de ese lunes me senté a escribir el texto básico inicial que distribuí después de cenar en la lista PEDIAP y en su paralela MEDFAM, de médicos generales y de familia. El mensaje central se deduce del título «Ante la gripe A, paciencia y tranquilidad». Hice copias para los pacientes y las dejé en la sala de espera (y a muchos se lo mandé por correo-e). Realicé múltiples versiones posteriores, hasta dejarlo en la actual, en una casi definitiva del 13 de septiembre<sup>7</sup>.

Había logrado el objetivo de capacitarme en poco más de una semana. Esperaba con cierto desasosiego la respuesta a mi texto, con temor a haber cometido algún error, como novicio e inexperto en el tema y por el asombro de la imagen que me había formado tan contraria a la que transmitían la OMS, el Ministerio y las Consejerías de Sanidad y sus expertos y los medios de comunicación. Mi conclusión final era que estábamos ante una gripe vulgar, una gripe como otra cualquiera, que no provocaba ni mayor morbilidad ni mayor mortalidad, quizá más contagiosa entre gente joven, pero ¿estaría equivocado?

**Conclusión:** los médicos generales/de familia pertenecemos a una cultura y a un tiempo concreto y eso marca nuestro acontecer diario. Los eventos científicos o clínicos y profesionales se mezclan con los personales. Los papeles se entrelazan sin solución, y a ratos somos médicos clínicos, o científicos buscando la verdad, a ratos novios, esposos, padres, abuelos, hermanos, tíos, hijos y amigos, y a ratos simples mortales que disfrutamos de la observación de las nubes. No hay tiempo para nada, o hay tiempo para todo. Los días tienen 24 horas, y algunos se organizan mejor que otros. Cada día tiene su propia malicia, dice la Biblia, pero siempre hay un hueco para estudiar, para el autoaprendizaje. Hay un tiempo para todo, para el trabajo, para el placer y para el estudio. Siempre hay excusas para no hacer nada, para dejarse llevar por el día a día, que al final acaba en años de rutina, en pérdida de autoestima, en ínfima calidad clínica y en sensación de vida perdida. El trabajo clínico es siempre sobrecarga, siempre extenuante, siempre estre-

sante y la vida familiar y personal tiene sus complejidades, por lo que no se puede esperar a tener «un tiempo perfecto» para estudiar. El autoaprendizaje es exigencia ética diaria y la falta de tiempo es sólo una excusa, no una realidad. Más con la Red, que está las 24 horas disponible, que nos abre sus puertas con tal de sentarnos delante de una pantalla, sin horarios ni esquemas más allá de nuestra limitaciones.

**Consejo:** se precisa tiempo para cumplir con la determinación del aprender a diario, para no ceder a la tentación del «mañana lo haré, hoy ha sido/va a ser demasiado complicado el día». Siempre hay tiempo si se quiere, y nunca hay tiempo si no se quiere. Conviene la rutina en el autoaprendizaje, el marcarlo como objetivo diario que no admite excusas, como el comer.

## El caso previo de la gripe aviar

El conocimiento no cae del cielo ni es infuso. Normalmente aprendemos construyendo un edificio en que cada «ladrillo» es importante, como analizo en el caso considerado.

No partí de cero en el empeño de capacitarme sobre la gripe A, pues desde el comienzo de la epidemia, en abril de 2009, había circulado abundante información en las listas electrónicas a las que pertenezco. Creo firmemente que el médico general/de familia sólo puede cumplir su papel de médico de cabecera si sabe tener un interés global por la vida, lo que incluye el seguimiento de las noticias e informaciones sobre campos en principio ajenos a la clínica como, por poner ejemplos dispares, el impacto de la crisis financiera de 2008 en los precios de los alimentos, el desarrollo de las tecnologías de la información y su inesperado influjo en la reducción de la pobreza, los resultados de las elecciones en Noruega, y demás.

Por eso seguí «colateralmente» las noticias sobre la gripe A, un poco en la línea de la revista satírica *El Jueves*, de ironía ante el desarrollo de los hechos, primero en México y después en el mundo. Las visiones de las masas con mascarillas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtiendo del fin del mundo me hacían casi reír, por absurdas.

Recordaba la epidemia de gripe aviar en 2005, convertida en una epidemia de pánico, con sus millones de muertos pronosticados por la OMS transformados en la realidad en apenas dos centenares de fallecidos en el mundo entero<sup>8</sup>. También recordaba la llamada de atención de los canadienses ante la misma epidemia, su preocupación por prever la respuesta para paliar la morbilidad y la mortalidad y al tiempo lograr que la sociedad no se rompiera<sup>9</sup>. Aquello de «que la sociedad no pierda su estructura» me hizo pensar acerca de la fragilidad de las organizaciones sociales humanas y del enorme influjo del pánico en las epidemias vistas como plagas, expresión de un temor ancestral. Una simple visión de médico general ante las infecciones y las epidemias se transformó en una visión antropológica y

social. Había que ver con precaución las epidemias y las respuestas científicas y organizativas a las mismas, pues lo que estaba en juego era mucho más que la salud.

Seguí el debate científico sobre la gripe aviar en las revistas generalistas tipo *British Medical Journal* y en alguna especializada, fundamentalmente en las páginas de la revista de acceso gratuito, *Emerging Infectious Diseases*, del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de EE.UU. Me llamó poderosamente la atención un texto sobre el impacto de las disparidades socioeconómicas, a tener en cuenta en la planificación frente a una pandemia de gripe<sup>10</sup>. Se trataba, pues, de dar respuesta al pánico destructivo de la sociedad, pero también de proteger a los débiles. El asunto pasaba de sanitario, antropológico y sociológico a claramente político.

La desigualdad y la falta de equidad es algo que siempre me había preocupado, desde la lectura del texto de J.T. Hart sobre la «Ley de Cuidados Inversos»<sup>11</sup>. Respecto a las crisis, esta cuestión había llamado mi atención durante la celebración de una jornada en Madrid el 7 de mayo de 2007 sobre «El sistema sanitario ante situaciones de crisis», que coordiné con Ildefonso Hernández-Aguado, entonces catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández, de Alicante, y en la actualidad director general de Salud Pública y Sanidad Exterior (y por tanto persona clave en la respuesta del Ministerio a la gripe A). De hecho lo hicimos notar en el texto publicado al respecto, y en concreto con una referencia a la historia de la gripe de 1918 y a sus lecciones para una pandemia de gripe en el presente<sup>12</sup>.

En síntesis, los pobres son carne de cañón, también en las epidemias, y las sociedades tienen fundamentos débiles que pueden destruirse en situaciones de pánico incontrolado. Estas cuestiones plantean problemas éticos, clave en el caso concreto de la gripe A<sup>13</sup>.

No me extrañaron las consecuencias de la gripe A en México, el único país latinoamericano incluido en la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico* (OCDE), junto a los grandes, pero que tiene una estructura social y sanitaria manifiestamente mejorable. Sus deficiencias se reflejan en la mortalidad por gripe A, en contraste con la extensión de la epidemia a otras naciones americanas más ricas, miembros de la OCDE, como EE.UU. y sobre todo Canadá. Conviene recordar siempre que EE.UU. es mal ejemplo, por su desigualdad socioeconómica y por la inexistencia de un sistema sanitario que cubra a toda la población; de hecho, es el único país desarrollado con esas características.

**Conclusión:** la autoformación es un proceso continuo que raramente acontece *de novo*. Los conocimientos se suman. Así, empezamos con la adquisición del lenguaje en nuestra familia, continuamos con el aprendizaje de la lectura y la escritura en la escuela y seguimos en un continuo sin fin que lleva a la «cons-

trucción» de una imagen mental que nos permite interpretar el mundo e interpretarnos a nosotros mismos. Muchas veces no sabemos el «rendimiento» del autoaprendizaje, no siempre enfocado a problemas concretos, sino muchas veces guiado por la curiosidad que debe caracterizar al médico general/de familia. La Red permite el ejercicio de ese aprender sin sentido, un poco a remolque de lo que circula en el momento, por una iniciativa compleja en la que somos al tiempo emisor y receptor, y que expresa la cultura y situación social de la misma forma que la moda, por ejemplo. El autoaprendizaje mantenido permite la mejor comprensión del enfermar y del enfermo, pues en su batallar diario obliga a madurar al médico, le obliga a contestarse preguntas que generan nuevas dudas y nuevas búsquedas. La «torre de marfil» del conocimiento se construye poco a poco, con constancia y sin rigidez, dejando a veces libres los automatismos que buscan la satisfacción mental con el aprendizaje al albur. Pero no podemos sacar gran rendimiento si no sumamos conocimientos, si no seguimos día a día estudiando y analizando los problemas que nos estimulan (lo que exige encontrar tiempo donde no lo haya).

**Consejo:** no hay trucos ni atajos en el autoaprendizaje. Las cosas son tan sencillas como en la vida, donde todo se suma a lo anterior y todo tiene consecuencias e impactos posteriores. Lo aprendido hoy es un eslabón en una larga cadena que no tiene fin, un ladrillo en la construcción de la torre de marfil desde la que es más fácil dar respuestas a los problemas tecnológicos, profesionales, conductuales y científicos a los que nos enfrentamos en la consulta.

## La información que fluye en la Red y la gripe A

El acceso a Internet no es garantía de acceso a información relevante y cierta. En la Red conviene «viajar» acompañado, como análisis a continuación.

La Red es una selva de información pletórica de datos y de ruidos, con sus corrientes y flujos, algunos permanentes y otros esporádicos, con sus grandes centros bien surtidos (organizaciones y revistas, por ejemplo), con sus pequeños y periféricos aborígenes en continuo peligro de extinción (los de las bitácoras, por ejemplo), con vida y ebullición, con evolución salvaje, con claros y oscuros, con actividad frenética para sobrevivir y para no ser cazado como incauta presa que aquí no muere, sino que más bien transmite sin saberlo información que beneficia a otros. En la Red conviene tener algún asidero para no ser víctima de tanta mentira como circula, para no confundir la verdad con el brillo que lleva a engaño, para aprender y para transmitir conocimiento útil y relevante.

En mi opinión, esos asideros son las instituciones de reconocido prestigio, las revistas científicas, las listas electrónicas en



las que se participa regularmente, las bitácoras de gente de bien (compañeros y otros que buscan la verdad sin tergiversar) y los «colegios invisibles» a los que se pertenece.

Como en casi todo en la vida lo clave es moverse en círculos de confianza, con personas que no mienten por mucho que puedan equivocarse<sup>14</sup>. Esa confianza se forma y reafirma de continuo por el ágil y cambiante contraste al que nos somete el flujo de información que circula en la Red. Por supuesto, ninguna fuente es totalmente fiable, pues la verdad no existe, pero en los círculos de confianza de la Red se acepta y practica la crítica, de forma que nadie queda a salvo de la corrección ni de la duda sistemática.

Gran parte de lo que hice en aquellos días primeros de agosto fue releer lo que había ido borrando y revisar ahora con lupa todo lo que había circulado sobre la gripe A en las listas electrónicas a las que pertenezco y en las que participo regularmente, *MEDFAM* y *PEDIAP*, españolas ya citadas, y otras como la portuguesa *MGFamiliar* (de medicina general y familiar), la argentina *medgralespejo* (de medicina general), la canadiense *biojest* (establecida por *Women and Health Protection*, pero de hecho centrada en el mejor uso de los recursos sanitarios), las brasileñas *SBMFC* (de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria) y *profissionaisbhvida* (de médicos generales y de familia de Belo Horizonte), y otras internacionales como *e-fármacos* (promoción del uso apropiado de medicamentos) y *HSmembers* (de *Healthy Skepticism*, asociación que promueve relaciones prudentes entre las industrias sanitarias y los médicos). En apenas un par de horas obtuve un cúmulo filtrado de información que me dio acceso, por ejemplo, a un número clave del *Bulleti Groc*<sup>15</sup>.

Por supuesto, comencé a consultar a diario las páginas sobre gripe A del estadounidense CDC y del *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC). Añadí a la revisión del *Emerging la del Morbidity and Mortality Weekly Report*, del CDC, y *Eurosurveillance* del ECDC. En la primera visita a este último fue clave el texto en que se estimaba la probable mortalidad por gripe A ya en julio<sup>16</sup>, que resultó ser fundamental, por la confirmación de la estimación de los datos que fluían desde los países del hemisferio sur, ya con la epidemia de gripe A en sus coletazos. Fue fácil tener datos de Argentina, Australia, Chile, Nueva Zelanda y Uruguay, de sus instituciones oficiales, y saber cómo iban las cosas por allí.

De unas revistas, publicaciones y autores fui a otros, a base de revisar la bibliografía y de acceder a los resúmenes, al menos, en PubMed, pero en muchos casos el acceso fue directo y gratuito a los textos relevantes en las revistas más importantes, como *BMJ*, *JAMA*, *New England Journal of Medicine* y otras. Así se convirtieron en «conocidos» Taubenbenger, Morens, Jefferson, Hayden, Evans, Collignon y muchos autores cuyo conocimiento permitía vislumbrar «otros mundos», mundos bien diferentes de los que presentaban la OMS y el Ministerio y las consejerías de sanidad. Las instituciones en que

trabajaban también se convirtieron en casas visitadas y me fui formando un «genograma» mental de científicos e instituciones que habían trabajado sobre gripe, inmunidad, antivirales y vacunas. A veces las conexiones entre sí eran sorprendentes.

Las bitácoras fueron esenciales para el contacto con elementos críticos, aunque a comienzos de agosto no había demasiado al respecto. Después fue una explosión. Terminé entrando en bitácoras «alternativas» en las que se habla y comenta de todo en torno a la gripe A, desde una confabulación mundial a la producción de virus con propósitos ocultos.

Por último, fueron esenciales los «colegios invisibles», esas redes de científicos que trabajan en un mismo campo y que comparten conocimientos y experiencias. Sirven de vehículo de formación y socialización de los nuevos que se añaden al grupo<sup>17</sup>. Con la formación conseguida a través de las listas, las revistas, las bitácoras y las instituciones, empecé a poder hacer preguntas relevantes y pertinentes, con más amplias respuestas de las encontradas en las fuentes al uso, por ejemplo sobre el uso del oseltamivir<sup>18</sup>. A partir de varios colegios invisibles de los que formo parte fue fácil encontrar más información sobre las cuestiones clave que iban surgiendo. Especialmente interesante, los textos australianos y neozelandeses, y alguna información sobre la inmunidad gripal.

**Conclusión:** probablemente los humanos no estemos solos en el Universo. Desde luego, el médico general/de familia inquieto no está solo, ni en la realidad física ni en la virtual. La Red abre campos antiguamente imposibles o lentísimos, que ahora son cercanos y rápidos. Por ejemplo, los colegios invisibles que han existido siempre, pero muy restringidos en sus posibilidades y a los que la Red da una amplitud e inmediatez que los transforma en redes de trabajo colectivo donde los colegas que trabajan en las antípodas pueden llegar a ser más «cercanos» que los compañeros del trabajo clínico diario. Las listas electrónicas son otra forma de compartir conocimientos y experiencias, de forma que su lectura nos sirve de «señal» para interesarnos por cuestiones que a veces no salen en la consulta pero que son claves en la misma, como información sobre nuevos medicamentos o actualización sobre las distintas formas de organización de servicios. El acceso a las revistas es ya casi universal y, si no, siempre se puede lograr a través de algún vericuerdo que nos da el santo y seña, la clave para la consulta en la Red. Por supuesto, las listas y las revistas tienen sus sesgos, como su imbricación con las editoriales y con las industrias, y su necesidad de «supervivir» publicando todo tipo de material. Pero el uso constante permite ir seleccionando temas, autores y cuestiones según listas y revistas, tal y como sucede con las instituciones y las bitácoras. La neutralidad del científico es un mito, y la ciencia siempre se contamina de ideología. Ello no es inconveniente grave si se sabe y si se utiliza la Red para contrastar opiniones y resultados (tabla 2). Lo importante es formarse una opinión fundada que dé autonomía profesional y que permita mejorar la atención clínica.

Tabla 2

### En búsqueda de buena «compañía» en la Red

- Listas electrónicas (profesionales, españolas e internacionales)
- Revistas científicas (de formato mixto papel-electrónica o solamente en presentación electrónica, en español, inglés y otros idiomas)
- Bitácoras y blogs (acreditados, de compañeros bien conocidos y reconocidos)
- Instituciones (acordes según la cuestión de interés, nacionales e internacionales)
- Colegios invisibles (grupos profesionales que comparten información y formación, y que acreditan con la pertenencia)

**Consejo:** en la Red hay que nadar como el pez en el agua. Las fuentes de información deberían ser variadas y complementarias. Conviene el uso regular de listas, revistas y bitácoras, la «visita» reglada a las instituciones y la pertenencia a colegios invisibles varios. La Red facilita esto y mucho más, y así se puede forjar una opinión fundada y cierta que nos permita trabajar con dignidad y con calidad, con autonomía profesional.

## Epílogo inacabable

Todo lo anterior se resume en lo que considero básico y fundamental para la autoformación aprovechando la Red: determinación, constancia, continuidad y acceso a fuentes múltiples. Con la Red el médico se puede formar una opinión propia de forma que se sustente su autonomía profesional. Como es obvio, las fuentes de información varían en función del campo de interés, pero lo básico y fundamental es siempre igual.

Pero la historia continua meses después, en un proceso que ya no se cerrará nunca...

Mi texto del 10 de agosto circuló inmediatamente por la Red, lo puse el mismo día en la página del Equipo CESCA (de hecho lo «colgó» mi hijo menor, Pedro, que es quien la lleva, harto de las dificultades para encontrar los textos de su padre) y lo publiqué en su edición digital el periódico *El País* el viernes 14 de agosto. Lo mandé en español a la lista *HSmembers* y una estadounidense que estaba aprendiendo español en Sevilla hizo espontáneamente la traducción al inglés para que lo leyera su padre, un internista, quien me mandó esa primera versión que mejoramos entre varios. Una francesa lo tradujo a su idioma (y lo colgó en su página), un portugués hizo lo propio; los italianos de *Nograzie* lo tradujeron y pusieron en su página, y lo mismo hizo una rusa de la lista de uso apropiado de medicamentos *e-Iek* (lista rusa a la que también me he sumado). Finalmente se puso en la página de *Healthy Skepticism Internacional News*, edición de octubre, en los seis idiomas<sup>19</sup>, y el texto en portugués se publicó mejorado en la *Revista Portuguesa de Clínica Geral*<sup>20</sup>, con un excelente editorial complementario<sup>21</sup>.

La difusión de todo este material ha generado una reacción en cadena que facilita el autoaprendizaje al poner otros muchos colegas de las listas electrónicas material nuevo y actualizado sobre la gripe A. Lo mismo sucede con los colegios invisibles por un momento casi polarizados ante la pandemia.

En España, Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), organizó en agosto una reunión interna sobre la gripe A, y utilizó entre otros mi texto. Dicha reunión fue inicio de una postura sensata y científica de la OMC, motivo de orgullo para muchos médicos españoles. Con el tiempo coordiné en la OMC un foro para pacientes y otro para médicos sobre esta cuestión, la gripe A.

A iniciativa de Rafael Bravo se inició un movimiento de páginas y bitácoras, *gripecalma*, a través de su invitación a un núcleo que pronto creció a cuarenta. Juntos elaboramos un material básico que pusimos en común en la Red a las 24,00 del 1 de septiembre. Como en una explosión, por simpatía se fueron sumando bitácoras y páginas hasta las casi 200, y fuimos añadiendo material al inicial. La iniciativa ha permitido el uso de la Red en una nueva forma. Y ha añadido contenido científico al sumar el esfuerzo de muchos, por lo que ha facilitado el autoaprendizaje sobre gripe A.

Tres asociaciones son dignas de mencionar, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y la Asociación Española de Pediatría. Han impulsado un manifiesto en que se pide calma y tranquilidad ante la gripe A, con escaso eco. Más éxito ha tenido el número monográfico de la revista electrónica *Evidencias en Pediatría*<sup>22</sup>.

El 28 de agosto puse en circulación una «carta abierta a la Ministra y los Consejeros de Sanidad (con copia a mis pacientes)» que tuvo un éxito arrollador, y se sumó al texto previo para generar cientos de correos-e en mi bandeja de entrada. Entre los correos-e de agradecimiento y consulta, de vez en cuando recibo el aporte de material científico (y esotérico), a veces excepcional, como el texto del autor de un precioso artículo español sobre el problema de la vacuna contra la gripe A en EE.UU. en 1976<sup>23</sup> que complementa otro internacional sobre la misma cuestión, encontrado previamente, pero mucho menos interesante<sup>24</sup>. También por ese mecanismo me llegó una excelente presentación técnica de una microbióloga, Pilar León. Y así suma y sigue, en un proceso que no parece detenerse, de continuo autoaprendizaje.

Ahora, tras meses y cientos de horas, me he convertido en una referencia mundial para la gripe A, bien cierto que lejos de los lugares de toma de decisiones. En estos lugares da la impresión de que se trabaja con criterios ajenos a la Medicina Basada en Pruebas y a la experiencia, con el consiguiente peligro de mezclar pánico y política y de reproducir historias antiguas<sup>23,24</sup>.

Para decirlo todo, el viernes 31 de julio de 2009 recibí la invitación de la revista *Actualización en Medicina de Familia* para escribir un texto sobre autoaprendizaje en la Red. Lo archivé entre cosas pendientes, y poco a poco fui viendo claro que lo de la gripe A podría ser un buen ejemplo. Este texto es el resultado final que espero sea estimulante para el lector.

**Conclusión:** la Red es una catapulta que nos lleva lejos, a veces a donde no pensábamos. Este proyectarse mucho más allá de lo previsto es impredecible pero constante. Ponemos en marcha el autoaprendizaje y sin querer cambiamos la realidad propia y ajena. Esa es una de las ventajas de la Red: el eco. Ese eco que nos retroalimenta, que nos potencia y anima, que nos da constancia y continuidad, que complementa las fuentes de información e incrementa la determinación propia y ajena.

**Consejo:** hay que aceptar la Red con sus servidumbres y grandezas. La Red es en mucho impredecible, y eso es atractivo para el médico general/de familia. La autoformación es fuente de dignidad y autoestima y de mejor calidad clínica pero también una de las llaves para abrir los tesoros que muchas veces se ocultan en la Red.

## RESUMEN

El autoaprendizaje en la Red requiere de una fuerte determinación que sostenga el esfuerzo en solitario a lo largo de décadas. Para ello se necesita el acicate de preguntas interesantes y relevantes. En este caso se analiza a fondo el proceso de autoformación en torno a la gripe A, en un proceso concentrado en una semana que se ha extendido después por meses y probablemente no acabe nunca. Es un ejemplo práctico que demuestra las posibilidades que ofrece la Red, siempre disponible y accesible. Se requiere la formación básica que tienen todos los médicos, cierta capacidad de trabajo y una buena conexión a la Red, obviamente.



## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Cabero J, Román P (coordinadores). E-actividades. MAD: Madrid; 2005.  
*Un libro sobre la visión de conjunto acerca de las posibilidades de Internet, no ceñido a lo sanitario.*
- Gómez-Tello V, Latour-Pérez J, Añón Elizalde JM, et al. Uso de Internet y recursos electrónicos entre médicos intensivistas españoles. Primera encuesta nacional. *Med Intensivista*. 2006;30:249-52. Accesible en <http://external.doyma.es/pdf/64/64v30n06a13092002pdf001.pdf>  
*Texto con excelente bibliografía sobre formación continuada e Internet en el campo de la medicina general/de familia, por más que el trabajo se refiera a intensivistas.*
- Louro González A, Fernández-Obanza E. Experiencias de actividades de formación médica continuada en *Fisterra.com*-2004 (actualizado a 11/03/2009). Accesible en <http://www.fisterra.com/formacion/FMC/fmclnternet.asp>

*Largo comentario sobre el uso y posibilidades de la formación médica continuada, con ejemplos sobre aspectos más interesantes, y buena bibliografía.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Simonsen L, Taylor RJ, Vibourd C, Miller MA, Jackson LA. Mortality benefits of influenza vaccine in elderly people: an ongoing controversy. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:658-66.
2. Smith S, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Harden AR, Jefferson T, Matheson NJ et al. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD004879.
3. Sánchez R. Sostener lo insostenible (relato de una rotación de medicina rural). *Salud 2000*. 2009(nov);124:21-4.
4. Villanueva T, Gérvas J, Minué S. Perspectivas internacionais: os ventos favoráveis que soplam de Espanha e a experiência dos Seminários de Inovação em Cuidados de Saúde Primários (SICSP). *Rev Port Clín Geral*. 2009;25:560-4.
5. Gómez Bravo R. Diferencias obvias y subyacentes entre el ejercicio médico urbano y rural: la experiencia de una residente en Madrid. *Médicos Fam*. 2009;2(11):7-10.
6. Gérvas J, Heath I, Durán A, Gene J, Members seminars of primary care innovation 2008. *Clinical prevention: patients' fear and the doctors' guilt*. *Eur J Gen Pract*. 2009;15:122-4.
7. Gérvas J. Ante la gripe A, paciencia y tranquilidad. Disponible en: [www.equipoceca.org](http://www.equipoceca.org)
8. Bonneux L, Damme WV. An iatrogenic pandemic of panic. *BMJ*. 2006;332:786-8.
9. Melnychuk RM, Kenny NP. Pandemic triage: the ethical challenge. *CMAJ*. 2006;175:1393-4.
10. Blumenshine P, Reingold A, Egenter S, Mockenhaupt R, Braveman P, Marks J. Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective. *Emerging Infect Dis*. 2008;14:709-15.
11. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;i:405-12.
12. Gérvas J, Hernández-Aguado I, Grupo Situaciones de Crisis. Aciertos y errores en la gestión de las crisis de salud pública en España. *Gac Sanit*. 2009;23:67-71.
13. Gérvas J. Algunos problemas éticos en relación con la gripe A: de la anécdota a la categoría. *Bioética Debat*. 2009;15(58):1-4.
14. Jovell A. La confianza. Madrid: Plataforma; 2007.
15. Antiviricos en la gripe: entre la incertidumbre y la urgencia de la pandemia por el nuevo virus A/H1N1. *Buletín GROC*. 2009;22(2).
16. Wilson N, Baker MG. The emerging influenza pandemic: estimating the case fatality rate. *Eurosurveillance*. 2009;14(26):pff=19.255.
17. Crane D. *Invisible colleges: diffusion of knowledge in scientific communities*. Chicago: Chicago University Press; 1972.
18. Ellis C, McEven R. Who should receive Tamiflu for swine flu? *BMJ*. 2009;339:b2698.
19. Gérvas J. In the face of swine flu, common sense and science. *Health Skepticism International News*. October 2009. <http://www.healthyscepticism.org/global/news/int/hsin2009-10/>
20. Gérvas J. Face à gripe, paciència e tranquilidade. *Versao 7*. *Rev Port Clín Geral*. 2009;25:438-1.
21. Fariáz-Vaz A. O síndrome do cometa Halley. *Rev Port Clín Geral*. 2009;25:403-4.
22. Eiros JM, Berrugo J, Ortiz R. La gripe siempre actual. *Evid Pediatría*. 2009;5:57.
23. Tulles J. La gripe del cerdo (1976): cuando el pánico y la política toman las decisiones. *Vacunas*. 2007;8:119-25.
24. Evans D, Cauchemez S, Hayden FG. «Prepandemic» immunization for novel influenza viruses, «swine flu» vaccines, Guillain-Barré syndrome and the detection of rare severe adverse effects. *J Infect Dis*. 2009;20:321-8.