

«La moda dicta centrarse en el paciente, pero es una forma de paternalismo refinado»

Entrevista a Mercedes Pérez Fernández y Juan Gérvas sobre su segundo libro cuyo título es suficientemente explícito: «La expropiación de la salud» (Ediciones Los libros del lince, 2015). Sobran las presentaciones y los preámbulos. Vamos directo al grano. El momento lo merece.



– Parece claro que los médicos hemos expropiado la salud a las personas. Pero también que los ciudadanos han delegado el cuidado de su salud en los profesionales. ¿Qué ha sido antes, la gallina o el huevo?

[Mercedes Pérez-Fernández]. La expropiación de la salud es un proceso coercitivo e insidioso que deja sin capacidades de autocuración y sin autonomía a individuos y poblaciones a cambio de la promesa implícita de juventud eterna. La promesa responde a un primitivo deseo humano de evitar la muerte y de conservar la juventud para siempre. Esa aspiración convierte en víctima simple y fácil al individuo, y el médico tiene la oportunidad de expropiar la salud con sus promesas imposibles. Es la pescadilla que se muerde la cola pero, en el momento actual, ceba «la bomba» el médico.

[Juan Gérvas]. La expropiación de la salud es un fenómeno social y, por tanto, complejo. Se produce una colusión de intereses que amalgama deseo y negocio para ofrecer el señuelo de lo que la medicina no puede ofrecer: dar sentido a la vida. Son intereses variopintos de individuos, pacientes,

familiares, poblaciones, profesionales, académicos, investigadores, empresarios, accionistas, periodistas, políticos y otros muchos que han visto en la salud un filón de expectativas y consumo sin fin. Lo importante no es determinar «culpables» sino consecuencias. Es decir, el impacto personal y social de esa pérdida de capacidades de autocuración y de autonomía frente al vivir, el enfermar y el morir. Desde luego, nadie es inocente, pero el poder lo tiene el médico y por ello la mayor responsabilidad. Además, la responsabilidad es también puramente profesional, puesto que la expropiación de la salud dinamita el principio básico médico, el «primero no dañar» (*primum non nocere*). Es bien cierto que el poema de Gilgamesh, de hace casi 5.000 años, el más antiguo de la civilización occidental que conservamos por escrito, ya relata la búsqueda de la fuente de la eterna juventud, pero siempre hemos creído que aquello era un vano deseo. El problema actual es que los médicos lo presentan como posible y los periodistas les dan eco explícito con títulos como «Una vacuna contra el envejecimiento».

– Al leer vuestra obra le queda a uno la sensación de que los verdaderos sanos están en peligro de extinción y que por el contrario hay una epidemia de sanos preocupados. ¿Tenemos cifras que avalen esta evolución o es un simple temor?

[MPF]. Cuando los médicos transforman la menopausia en una enfermedad que hay que tratar con «terapia hormonal sustitutiva» se transforma a más del 50% de la población en enferma a partir de una cierta edad. Cuando los médicos determinan en todas las embarazadas pruebas de hipotiroidismo y, además, les prescriben yodo sistemáticamente, convierten en enfermas al 100% de las embarazadas, pues todas terminan preocupadas de su tiroides y del desarrollo psicomotor e intelectual de su futuro hijo y dejan de disfrutar de su embarazo. Cuando se hacen mamografías cada 2 años a todas las mujeres de 50 a 70 años, el 100% de las mujeres se convierten en potenciales enfermas, al menos preocupadas con sus pechos.

Son intervenciones sin fundamento científico que ciertamente enferman a mujeres sanas. Hay muchos más ejemplos que demuestran el poder medicalizador de los médicos sin que ello aporte más beneficios que daños.

[JG]. En otro campo, el de las enfermedades cardiovasculares, se pueden publicar estudios que demuestran que el 90% de los trabajadores tienen algún factor de riesgo, o se puede difundir propaganda para consumir Danacol (por ejemplo) amenazando con el colesterol a toda la población. Se ha calculado que la suma de las poblaciones con distintas enfermedades y factores de riesgo supera al total mundial. Es decir, que muchos ciudadanos tienen varias enfermedades, ciertas en algunos casos (sobre todo donde hay pobreza) y en la mayoría inventadas (especialmente donde hay riqueza). Estamos hablando, pues, de que lo normal es estar enfermos, o preocupados con la enfermedad. Ciertamente, los sanos están en peligro de extinción, si es que queda alguno en alguna aldea remota.

– Una de las formas de expropiación de la salud que citáis en el libro es la negación de la narrativa del paciente. Hace unas semanas dialogamos con Raquel Taranilla, quien reivindica en su libro «Mi cuerpo también» su propia historia personal, en contraposición a la historia clínica 'oficial'. Pero, no nos engañemos; la mayoría de las personas no siente esa necesidad de narrar su perspectiva, o bien no pueden o saben hacerlo, y eso nos priva de una interesantísima fuente de información.

[MPF]. La mayoría de las personas tienen un relato de su vida que incluye la narración de su peculiar sufrir y enfermar. Por ejemplo, ¿quién no sabe contar la muerte de sus padres? o ¿qué mujer no sabe contar sus partos, especialmente si fueron complicados? Otra cosa es que los médicos no les den oportunidad de expresarse, o que no se les escuche. Pero todo humano tiene historias que contar y, de las más directas, su proceso de vivir la enfermedad. Por supuesto, casi todas

quedan en el ámbito personal, de la familia y los amigos, pues son pocos quienes tienen capacidad y oportunidad de escribir y publicar un libro.

[JG]. Se niega la palabra a los pacientes, que siempre tienen una versión muy distinta de la «oficial», esa síntesis que registra, esquematiza y manipula el médico. Por supuesto, las historias de los pacientes se expresan según su cultura y su historia personal. Lamentablemente, hay médicos que creen que los pacientes no sienten necesidad, no pueden o no saben expresar sus miedos y vivencias, sus temores y adversidades, pero tal creencia sólo expresa un deforme conocimiento antropológico y científico por parte de dichos médicos. Muchos médicos saben hablar a los pacientes pero pocos saben escucharlos. La medicina no es ciencia cuando ignora la versión de los pacientes y familiares.

– Por otro lado, en el caso de Raquel su discurso es muy emancipador, pero puede darse la circunstancia de que la narrativa de un paciente dado sea proclive a la medicalización de su cuerpo y de su enfermar. Lo mismo eso ya no despierta tanta simpatía ni nos parece tan aceptable.

[MPF]. La diversidad humana es lo esperable y por ello no hay enfermedades sino enfermos. Hay pacientes medicalizadores y eso es normal. Lo anormal es que los médicos medicalicen sin necesidad. Lo grave es que los médicos carezcan de tolerancia y pretendan imponer un modelo, bien medicalizador, bien desmedicalizador. Ante la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, cada paciente tiene derecho a tener la actitud que le ayude a sobrevivir mejor, con mayor dignidad. Se atribuye a Hickam el dicho de que «un paciente puede tener al tiempo las enfermedades que le dé la gana» y no las que espere el médico. En el mismo sentido, cada paciente puede enfrentarse al enfermar como le dé la gana (y pueda). En todos los casos, el médico debería ofrecer cálida calidad, y en ello entra la simpatía y la aceptación de su forma de enfermar.

[JG]. El problema lo han estudiado los economistas, al definir la «relación de agencia», por la que el médico debería decidir como si fuera el propio paciente con los conocimientos del propio médico. Es decir, el médico es el administrador (el agente) y el paciente es el dueño (el principal). Por ello, el médico tiene que tratar de evitar la medicalización de la vida, la enfermedad y la muerte al ser consciente de que la satisfacción del paciente se acompaña de mayor número de hospitalizaciones y de mayor mortalidad, además de mayor gasto. Además, el paciente del médico no es sólo el paciente presente, sino el conjunto de pacientes. El médico también representa a la sociedad y, por ello, debe buscar un equilibrio en el que se consiga lo mejor para el paciente y para la sociedad. Lo ideal es lograr alinear los intereses del paciente, de la población y del propio médico, pero no cabe el rechazo a ninguna forma de enfermar, sino la tolerancia, el respeto y la comprensión.

– Un experto fue una vez entrevistado en el diario ABC: «No tengo nada en contra de que el que quiera mejorar lo haga; pero si asume ese margen de mejora es que no está bien del todo. Por ejemplo, yo leo, pero si me pongo gafas leo mejor. Pues... ¿por qué no ponérmelas?». ¿Parece lógico, verdad?

[MPF]. Muchas veces los expertos hacen declaraciones sorprendentes, puras falacias (en el sentido de argumentos falsos pero aparentemente válidos). En general, los expertos son elementos clave en el proceso de expropiación de la salud. Sabemos que la presencia de expertos no asegura mejores elecciones que las de generalistas y legos, al menos en asuntos médicos como guías de práctica clínica cardiovascular. La cuestión del «mejoramiento» biológico, psicológico, moral y social es clave para el futuro de la Humanidad, pero tal como se expresa en esa sentencia es pura basura. Mejoramiento no es tanto poder usar gafas para leer mejor sino necesitarlas porque uno sabe leer y tiene tiempo, ganas y material de lectura (en papel o en pantalla), y lograr que quien necesite

gafas las tenga con independencia de su poder adquisitivo. Mejoramiento es que los viejos tengan dientes y que los adolescentes no puedan distinguirse según clase social por el estado de sus dentaduras.

[JG]. Muchos expertos son vendedores, sin más. En medicina se les llama «key opinion leaders» (KOL), líderes principales de opinión, y son representantes ilustrados de las distintas industrias, a veces catedráticos de universidad, a veces presidentes de sociedades científicas, a veces profesionales con prestigio, etc. Estos KOL parecen independientes, ingeniosos y científicos, pero son puros comerciales; es decir, agentes de ventas. Sus argumentos carecen de ciencia y de conciencia. Reducen los problemas de forma que las respuestas surjan sin pensar, con técnicas de propaganda. En el ejemplo, conservar la capacidad visual es un logro social y científico, sin duda, como lo es evitar la muerte por apendicitis. Pero tales logros no implican que se pueda defender todo mejoramiento pues algunos lesionan valores básicos, como el pretender mejorar la sociedad con las técnicas que se justificaron con las teorías eugenésicas antes de la II Guerra Mundial. Estoy hablando, por ejemplo, de lo que se hizo en Alemania, Estados Unidos y Suecia de castrar a los enfermos mentales, para mejorar la raza, decían.

– ¿Cambia algo vuestra respuesta anterior si añado que dicho experto se refería al uso recreativo de los fármacos para la disfunción eréctil (es decir, tomarlos para mejorar la erección, sin tener impotencia como tal)?

[MPF]. No. Cuando se tratan cuestiones científicas y filosóficas con ese desparpajo lo que sigue suele ser más basura.

[JG]. Es lamentable que tales expertos, tales KOL, reciban el menor eco en los medios de comunicación. No por su labor de vendedores sin más, sino por la podredumbre moral que destilan. En el ejemplo, reducir el sexo y la sexualidad a la

erección, como si todo fuera pura biología. Los humanos somos seres sexuados y la erección del pene es necesaria para algunas expresiones de la sexualidad, pero hay mucho más, que probablemente tal experto no ha vivido nunca. Su reduccionismo violenta la alegría de una vida sexual sana y feliz, pues la convierte en erección nada más. Incidentalmente, es una visión muy machista.

– Alrededor de una de cada 2 a 4 ocasiones los pacientes no se toman los medicamentos como sus médicos les indican, y uno de cada 10 ni siquiera van a la farmacia a comprarlos. La falta de adherencia es considerado un problema de salud pública, y a bien que puede llegar a serlo. Unos ven esta conducta como un síntoma de miopía o incluso un signo patológico; otros por el contrario lo observan como una señal de rebeldía.

[MPF]. Desde luego, a veces los pacientes hacen bien al no seguir las indicaciones de los médicos. Su sabiduría es grande. Hay que tener en cuenta que al revisar 3.000 intervenciones habituales en la práctica clínica, sólo el 11% tenía demostración de «sin duda beneficiosa»; sobre el 50% no había ni siquiera ensayos clínicos que permitieran definir su efectividad. Sin olvidar que es falso el 50% de lo publicado a partir de ensayos clínicos ni que de los ensayos clínicos hay un salto cuyo efecto desconocemos al llevarlos a la práctica y a los pacientes concretos. Incluso, en la investigación básica, no se puede reproducir en los laboratorios industriales la mitad de lo que publican los académicos en *Nature* (probablemente la mejor revista científica del mundo). Estos datos proceden de revistas excelentes y de los mejores científicos, y son una llamada de atención para que los médicos dejen de ser arrogantes y los pacientes empiecen a ser más exigentes.

[JG]. El problema de salud pública no es tanto la falta de adherencia de los pacientes a las indicaciones de los médicos, sino la falta de ciencia de dichas indicaciones. La medicina científica tiene dosis homeopáticas de ciencia, y toneladas de

imprudencia arrogante. En muchos casos los pacientes perciben que las recomendaciones médicas les perjudican, y por ello no las cumplen. Los pacientes callan, por no desagradar a sus médicos y, sobre todo, porque nadie quiere escucharles. Se considera que no quieren expresarse, que no saben o que no pueden, pero lo que sucede en general es que son invitados de piedra en un campo en el que se juega su salud, y muchas veces su vida.

– Decís que renunciar al poder que da expropiar la salud a las personas «es una forma de respeto que facilita el desarrollo de las habilidades de autocuración y de las capacidades de valoración de la propia salud». Pero en ocasiones el paciente lo puede percibir como una forma de abandonarlo a su suerte.

[MPF]. Pudiera haber algún paciente que se sintiera abandonado, al menos en teoría, pero el abandono es total cuando el paciente queda desarmado y solo, sin capacidades ni para saber, por ejemplo, qué hacer ante un típico cuadro gripal invernal (tiene que ir a urgencias del hospital, «porque no soy médico»). Ante cualquier adversidad precisa del médico, sin darse cuenta de que no es una adversidad, sino la vida. Ya se dijo que «cada día tiene su propia malicia».

[JG]. La medicina ha de ser armónica, de forma que se ofrezca al tiempo calidad «humana» y científica. Algún paciente puede precisar de cuidados más continuados, o incluso desarrollar dependencia del médico y de sus intervenciones. Este paciente no es un problema para el médico consciente de su profesionalidad. Lo malo es el médico que trata de hacer a todos sus pacientes dependientes de sus indicaciones e intervenciones, casi siempre innecesarias y sin fundamento científico. Para entendernos, no hay problema alguno en hacer un análisis de tiroides a una embarazada que tiene pánico al hipotiroidismo; el problema es cuando el médico cree que hay que hacerle pruebas de hipotiroidismo a todas las embarazadas. No hay porqué dejar a ningún paciente abandonado, hay que dar

oportunidad a todos de desarrollarse en el sentido de devolverles y potenciar sus capacidades curativas. Es abandono el del que se ahoga en una piscina de medio metro de fondo porque, tras tropezar, no sabe qué hacer hasta que se lo dice el socorrista, si nadar o salir andando.

– Los estudios cualitativos nos muestran que ser consciente del sufrimiento de las personas puede allanar el camino a que los mediquemos. Esto parece estar en contradicción con la idea que pretendéis inculcar con vuestro libro, ¿no?

[MPF]. Sí, al médico le mueve el sufrimiento del paciente y la búsqueda de su alivio, y en ello encuentra la mayor satisfacción personal y profesional. Por eso los médicos cuentan con gran aprecio social. Pero lo que se espera de los médicos es proporcionalidad. Por ejemplo, para evitar el dolor podríamos anestesiar de por vida a toda la población. Nadie sufriría, pero sería una aberración al carecer de límites lógicos y prudentes. Eso es lo que criticamos y por ello proponemos, en el libro y en otras muchas publicaciones, una medicina con límites, una medicina que no se transforme en pseudociencia al ofrecer imposibles, como es ahora en muchos campos y especialidades.

[JG]. Lamentablemente, está demostrado que los estudiantes de medicina pierden la empatía con los pacientes a partir del tercer curso. Eso es un problema de salud pública, pues sin empatía no hay medicina de calidad. El médico tiene que ser consciente del interior del paciente, de su sufrir (y de de su familia), pero muchas veces lo ignora. Entre otras cosas porque no pregunta, ni siquiera sobre cómo vive el paciente su enfermedad; por ejemplo, cómo repercute en su vida tener que tomar tres pastillas al día, o qué efectos nota cuando las toma, o qué limitaciones diarias impone la artrosis de los dedos de sus pies. Necesitamos médicos empáticos, que dejen hablar a los pacientes y que sean conscientes de su enfermar peculiar. Al tiempo, que no pretendan sofocar esas vivencias del mundo interior del paciente con medicamentos ni con otras

intervenciones. Lograr este equilibrio sensato es difícil y por ello es difícil ser médico. Desde luego, muchas veces no hay que hacer nada, sólo oír y asistir al devenir vital de los pacientes que a veces precisan, y a veces no, la intervención médica. En todo caso, el médico que acierta y logra el equilibrio sensato obtiene al tiempo el reconocimiento de los pacientes y sus familiares y de los compañeros, lo que colma su autoestima más que ninguna recompensa monetaria.

– ¿El poder en medicina se ejerce a través de su lenguaje, jerga y símbolos propios?

[MPF]. El poder médico se ejerce de mil formas. Por ejemplo, con la estructura organizativa que convierte al paciente en el combustible del sistema sanitario, ese paciente que va de aquí para allá, en lugar de recibir todos los servicios en el mismo punto. También se ejerce con leyes y normas que dan el monopolio al médico para determinar salud, enfermedad y muerte. Desde luego, la representación es muy importante, en el sentido de emplear un vocabulario excluyente y símbolos tan poderosos como la jeringuilla para inyectar medicamentos psiquiátricos que intoxican el cerebro del paciente, o para poner vacunas innecesarias. ¡Qué decir de la filosofía mecánica que el médico impone al paciente y a la sociedad y que concibe al ser humano como un conjunto complicado de piezas que se descomponen cuando hay enfermedad... !

[JG]. El poder médico empieza a ser omnímodo, sobre todo por el vacío que ha dejado la religión y por el culto al cuerpo que ha impuesto el capitalismo. Ciertamente, hay un poder sanador beneficioso que bien se demuestra, por ejemplo, en la intervención de cataratas, que evita la causa más frecuente de ceguera. Pero el poder es peligroso y está transformando al médico, de forma que se empieza a ver a sí mismo como salvador y no como sanador. Salvador en el sentido de señalar pautas morales vistas como superiores e ideales, del tipo de no fumar, no abusar del alcohol ni de otras drogas, hacer ejercicio, evitar en el exceso de exposición solar, mantenerse

delgado y otros «estilos de vida» que marginan a los que tienen horribles «condiciones de vida». Además, el médico se cree científico lo que le da un aire orgulloso de justificada suficiencia que exige obediencia. Esa mezcla de falsa moral y falsa ciencia produce expropiación de la salud porque convierte a los pacientes (y a sus familias) en analfabetos sanitarios que precisan de la ciencia médica para interpretarse correctamente a sí mismos, en la salud y en la enfermedad. Además, la expropiación de la salud es parte de una ideología biológica que pretende negar otros componentes de la salud, especialmente los sociales. Así, por ejemplo, los factores y tablas de riesgo cardiovascular son puramente biológicos ignorando que los factores adversos psicosociales incrementan 2,7 veces el riesgo de infarto de miocardio y contribuyen al 35% del riesgo atribuible.

– ¿El lenguaje científico es tan moralmente neutral y objetivo como se piensa?

[MPF]. La ciencia no es neutral ni objetiva. El verdadero científico sabe que sólo puede establecer paradigmas desde una cultura y concepción filosóficas determinadas. Es de ignorantes creer que la ciencia es neutral y objetiva. Esta deriva se acentúa con la progresiva separación de ciencia y filosofía que lleva a una peligrosa razón instrumental al eliminar del pensamiento científico la consideración básica del respeto a la dignidad del ser humano y al medio ambiente. La razón instrumental ha justificado barbaridades como los experimentos en humanos en los campos de concentración nazi y en China por el japonés Escuadrón 731, así como el Experimento Tuskegee de estudio de la historia natural de la sífilis en negros pobres en Estados Unidos y, más recientemente, en Nepal el estudio de la vacuna para la hepatitis E.

[JG]. La ciencia obliga a conceptualizaciones múltiples que no se logran desde la nada. Bien se dice que estamos a hombros de gigantes y eso incluye lo básico, como el lenguaje con el que nos expresamos. Nuestro lenguaje no es neutral sino parcial,

ligado a la cultura y las vivencias de los distintos grupos de población. Tampoco es neutral la selección de problemas que merecen ser estudiados pues no todo logra el mismo interés y apoyo social. Por ejemplo, los grandes programas de investigación de la Unión Europea y otras potencias, como Estados Unidos, Japón y China, obedecen a intereses muy particulares, que «ordenan» el mundo científico señalando qué es importante y qué irrelevante. Entre esos intereses no suelen encontrarse los de las minorías, como pobres, gitanos, prostitutas, vagabundos, inmigrantes y otros marginados. Sabemos, además, que la ciencia tiene un componente humano y un desarrollo propio que nos sorprende según nuestra propia capacidad de sorpresa. Es decir, podemos dar respuesta a un problema científico con una hipótesis (siempre provisional) pero ello generará de inmediato nuevos problemas no previstos y la capacidad de percibir esos nuevos problemas es claramente cultural y parcial. Lamentablemente, la ciencia médica tiene poco de ciencia y por ello se pierde el 85% del esfuerzo investigador, pues no tenemos la valía científica de la física, capaz de imaginar, por ejemplo, «experimentos mentales» en los que sentarse en una silla y viajar junto a un rayo de luz, o aproximarse a un agujero negro en una nave espacial. También suele faltar en medicina algo elemental como es la simulación en ordenadores y nos solemos ceñir a la teoría y la experimentación, como mucho.

– A veces lanzáis afirmaciones en vuestro libro que son difíciles de aceptar o asimilar. Como, por ejemplo, cuando os referís al cáncer de mama sobrediagnosticado como una «no-enfermedad». ¿Cómo saber en una paciente concreta si su cáncer «no progresará ni causará la muerte»?

[MPF]. Sí, desde luego, nuestro libro, como muchas de nuestras publicaciones, contiene ideas y hechos que parecen increíbles pues ponemos patas arriba una medicina mercantilizada que ha logrado imponer un pensamiento único. Hasta ahora hemos sido muy prudentes y sólo señalamos los errores habituales más

evidentes y por ello no hemos tenido que corregir prácticamente nunca. En el caso del cáncer de mama lo importante es ser conscientes de que utilizamos la palabra cáncer en vano, y damos el mismo nombre a procesos muy dispares simplemente porque bajo el microscopio parecen similares. Hemos escrito mucho acerca del sobrediagnóstico como error del pronóstico, no del diagnóstico, pero de todo ello le llega poco al paciente, e incluso al estudiante, al residente y al médico en ejercicio. Les parece nuevo por más que haya datos publicados desde hace más de 40 años.

[JG]. El problema del sobrediagnóstico en los cribados, como la mamografía para el cáncer de mama, se planteó en toda su crudeza con el diagnóstico precoz del neuroblastoma (un tumor de niños que se suele diagnosticar cuando ha dado metástasis y va a matar al paciente). En buena lógica, se ha abandonado el cribado del neuroblastoma puesto que no podemos distinguir entre el neuroblastoma que no progresará ni llevará a la muerte y el neuroblastoma que dará metástasis y matará al niño. Lo que hacemos es esperar y lograr que los médicos diagnostiquen el neuroblastoma en cuanto dé síntomas y mejorar los tratamientos. Es lo mismo que habría que hacer con el cáncer de mama, pues el cribado no ha disminuido la mortalidad global y produce sobrediagnóstico en al menos un 30% de los casos. No habría que hacer mamografías pues producen más daños que beneficios. En cuanto al pronóstico, la cerrazón conceptual (la falta de neutralidad científica) ha bloqueado la investigación para distinguir entre cáncer «durmiente» y cáncer agresivo, pues la consigna y lema era, y es, «todo cáncer es cáncer agresivo, sin más, y por ello hay que extirparlo cueste lo que cueste». En Estados Unidos, el Instituto Nacional del Cáncer convocó por primera vez ayudas para estudiar este problema en septiembre de 2014. Hay varias líneas abiertas, pero dos son de mayor interés: la determinación genética de los distintos clones que componen un tumor y las características mecánicas de las células de dichos clones. Mientras tanto, lo científico no es preguntarse qué

paciente tendrá un cáncer «durmiente» sino abandonar los cribados del cáncer, como el del cáncer de mama con las mamografías.

– ¡Qué elección más difícil la del científico Alan Turing: o sufrir el estigma social de ir a la cárcel por su homosexualidad o negarla a base de hormonas!

[MPF]. No, no, de ninguna manera, la elección difícil era la de la sociedad inglesa en torno a la II Guerra Mundial, en que vivió Alan Turing: o cambiar el paradigma de la homosexualidad como enfermedad o llevar a la muerte a personas sanas por cuestiones morales. En ello contó mucho una ciencia no neutral que justificaba la homosexualidad como un trastorno mental, de la misma manera que 100 años antes justificaba la esclavitud en base a características físicas, psicológicas y sociales de los negros. La medicina lleva siglos al servicio del poder, y la expropiación de la salud es sólo la culminación de una larga labor de control social mediante los paradigmas médicos.

[JG]. La historia de Alan Turing la hemos contado muchas veces, pero en el contexto científico de los años 40 a 70 del siglo XX, en que se incluía la homosexualidad como enfermedad mental. Ello provocó la muerte de muchos, no siempre por suicidio sino también por complicaciones de los tratamientos (incluyendo las inyecciones de apomorfina; siempre la inyección como expresión simbólica de la biopolítica...). El dilema, la difícil elección de Alan Turing, se repite hoy en día. Así, no nos parece «anormal» que, por ejemplo, los padres de un niño inteligente e inquieto tengan que elegir entre intoxicar su cerebro de continuo con anfetaminas (metilfenidato, Ritalin y similares) o el estigma y la expulsión de la escuela-colegio. Es lo mismo con los ancianos con deterioro cognitivo y/o Alzheimer, cuyos familiares tienen que elegir entre lo científico y humano (no hay tratamiento farmacológico ninguno) o lo socialmente aceptado (la intoxicación de sus cerebros con medicamentos que los anulan y tienen graves efectos secundarios). Si vemos el dilema y el


estigma de Alan Turing como algo escandaloso deberíamos escandalizarnos por los millones de «alan-turing» que crea la expropiación de la salud.

– Como diría la filósofa Beatriz Preciado, los transexuales no necesitan que se les certifique ninguna enfermedad ni que se les condene a ninguna castración química; son ell@s mismas l@s que toman, de forma voluntaria, las hormonas dentro de programas reglados de cambio de sexo, dejándose expropiar así su sexualidad. Ella, por el contrario, se tomaba la testosterona sin control médico y sin aceptar el concepto de género impuesto políticamente. ¿Qué pensáis de esto?

[MPF]. Los humanos somos seres sexuados, del nacimiento a la muerte. La esfera sexual es expresión básica para el ser humano. Incluye el placer pero también el cariño, la ternura, el romance, la sensibilidad, el amor, la emoción, el contacto íntimo (piel contra piel, genitales contra genitales, besos), el frenesí, la actividad física gozosa, la conmoción, el intercambio de fluidos, la pasión, la entrega, el desenfreno, la sinrazón y mucho más. Reducir todo ese mundo al de la bioquímica simple de las hormonas sexuales es como reducir el compromiso solidario con los que sufren a las características físicas del metal de las monedas con las que algunos les ayudan. Hay que vivir como un gozo la sexualidad y disfrutarla como nos haya llegado en la vida, y en cada momento. La expropiación de la salud sexual es justo lo contrario, el énfasis en la biología y en la bioquímica, y en la norma. A no olvidar que todavía en Alemania, por ejemplo, es un delito el incesto entre adultos y que en Estados Unidos en muchos estados es un delito el adulterio.

[JG]. La biología de la sexualidad es sorprendente, cuando menos. Eso de machos y hembras entre los seres vivos sexuados es sólo una situación en permanente cambio. Por ejemplo, en muchos peces las hembras tienen capacidad de transformarse en machos cuando estos faltan. ¿Qué decir del caracol, hermafrodita perfecto que copula al tiempo como macho y hembra

con otro caracol que disfruta de las mismas características, de penetrar y ser penetrado simultáneamente? Si hay un mundo secuestrado por los médicos es el del sexo y así, por ejemplo, todo lo que se considera promoción de la salud sexual es pura represión y se reduce a consejos (inútiles y sin fundamento científico) para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no queridos. Como seres sexuados tenemos derechos inalienables al disfrute de la esfera sexual. Entre ellos, el derecho a la libertad sexual como posibilidad de plena expresión del potencial sexual de los individuos, que excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier etapa y situación de la vida. También derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo (libres de abusos, imposiciones, tortura, mutilación o violencia de cualquier tipo), derecho a la privacidad sexual (el ámbito íntimo conviene en mucho a la actividad sexual, en general), a la igualdad sexual, a la elección de la opción sexual, al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la libre asociación sexual (matrimonio, pareja de hecho, convivencia en trío o en tribu, etc.), a la decisión con libertad sobre la reproducción, a la información sexual completa y científica, a la educación sexual integral y a la atención clínica de los problemas de salud sexual. Como agentes de los pacientes, sólo señalar los efectos adversos, por ejemplo el potencial cancerígeno de las hormonas sexuales. El sexo es gozoso pero tiene su precio, y no es sólo el precio del comercio sexual o de los desengaños amorosos.

– Con la crisis económica y los recortes en sanidad se ha hecho del ‘derecho a la salud’ una bandera. ¿Existe el derecho a la salud como tal? 

[MPF]. En el libro consideramos en extenso esta cuestión. El derecho a la salud en sí mismo es tan absurdo como el derecho a la inteligencia, la bondad, la felicidad, o la belleza. Otra cosa es el derecho a la protección, promoción y atención de la salud, que sí es cuestión cierta. Es comprensible que por

brevedad y concisión se hable de derecho a la salud, pero entendiéndolo como he dicho. Es comprensible esa reducción al absurdo pero es una patáfora, como la de que «son de Bilbao los que dicen que nacen donde quieren», patáfora entrañable que denota libertad intelectual (y otras muchas cosas más). Es patáfora una figura literaria que en cierta forma recuerda a la metáfora, pero con el absurdo por fundamento. Entre medias, lo que no podemos olvidar es la canallada de excluir del sistema sanitario a los inmigrantes sin papeles, y a otros grupos como mayores de 26 años sin trabajo previo. Eso perjudica la salud de los excluidos y de los excluyentes, pero los canallas no lo ven, o les importa un bledo.

[JG]. Los derechos humanos de primera generación son los que se refieren a la libertad y la participación en la vida política. Incluyen derechos básicos como libertad de expresión, de religión, derecho a un juicio justo y otros necesarios para disfrutar de la vida en plenitud social y política. El derecho a la salud se encuentra entre los derechos humanos de segunda generación que incluyen, además, el derecho al trabajo, a la educación, a la vivienda y otros que precisan de un esfuerzo constante para asegurar la equidad (a cada cual según su necesidad, de cada cual según su capacidad). En este sentido el derecho a la salud es más bien el derecho a la promoción, protección y atención de la salud, en el sentido de la organización de un sistema sanitario de cobertura universal que evite la bancarrota personal y familiar por causa de los gastos de atención a la enfermedad y al tiempo ofrezca equidad en el acceso y prestación de servicios (más servicios a quien más los necesita y los mismos servicios a quienes tienen la misma necesidad). El derecho a la salud también implica la inclusión de la salud en todas las políticas, puesto que en su mayor parte la salud no depende del sistema sanitario ni de los médicos. Por supuesto, la expropiación de la salud por los médicos elimina de facto esta concepción universal y política de la salud y traslada todo problema de salud a la pura biología y a la respuesta

individual en la consulta y/o el quirófano. La expropiación de la salud es parte del neoliberalismo y de su lema, «¡Sálvese el que pueda!», pues lleva a soluciones médicas personales e insolidarias que excluyen, por ejemplo, cualquier internacionalismo (¡después nos asombra la epidemia de Ébola...!).

– En vuestra obra en general situáis muy alto el listón de la exigencia ética y profesional, a veces incluso en límites inalcanzables. En la clínica en el día a día se plantean decenas de situaciones en las que nos vemos obligados a relajar tales pretensiones para no caer en conflictos cada dos por tres, a costa en muchas ocasiones de mucha frustración. Si la salud, como la definís en vuestro libro, es «el equilibrio entre lo que se puede hacer y lo que se desea hacer», ¿ser tan exigentes con nosotros mismos puede llegar a ser poco saludable?

[MPF]. Ser médico duele. Ser médico duele como duele vivir. Ya hemos dicho que es difícil ser médico a propósito de la conciliación entre la empatía con el paciente y la necesaria distancia para tomar decisiones como si se fuera el propio paciente. Son muchos, pero no todos, los médicos que, por formación y condición personal, son capaces de lograr un equilibrio entre lo que se debería hacer y lo que se hace. Esos privilegiados no son médicos «perfectos» sino que toleran sus ambigüedades y contradicciones con la misma piedad y ternura que las de sus pacientes y compañeros. Es decir, son humanos como todos los profesionales y pacientes pero son conscientes de ello y no temen a su propia sensibilidad que les lleva a decisiones irracionales ocasionales. En toda nuestra obra hemos hablado del médico «normal», del médico clínico como nosotros mismos, falibles pero entregados. Es cierto que ese médico normal se mueve habitualmente en un nivel altísimo de exigencia ética y profesional y por ello, insisto, tiene gran aprecio social. Nuestro libro es un canto a esa medicina con límites, al tiempo científica y «humana»,

que implica preguntarse no sólo por «¿cómo hacerlo mejor?» sino «¿por qué hacerlo mejor?»; es decir, una medicina que ponga en primer término los valores, desde la tolerancia al altruismo. Se precisa ciencia, conciencia y coraje pues hay que sumar el conocimiento (lo que hay que hacer y cómo hacerlo) a la ética (por qué hacerlo) y al coraje (hacerlo aunque conlleve el rechazo de quienes siguen los dictados de la medicina mercantilista que expropia la salud). El resultado final es un «estilo de práctica», una huella de actividad que refleja lo más profundo del médico, aquello que incluso él mismo desconoce y que lleva allá donde trabaje. No son los pacientes los que marcan este estilo de práctica sino el propio médico que, sin embargo, suele achacar a sus enfermos aquello del estilo que le repugna, como el abuso de pruebas diagnósticas y de medicamentos y la utilización excesiva de las consultas, urgencias y hospitalizaciones.

[JG]. La selección y formación de los estudiantes de medicina, y de los residentes, es manifiestamente mejorable. Es decir, es penosa. Por ello es muy frecuente la frustración en la práctica clínica, incluso el abandono de la misma, la intoxicación con psicofármacos y otras drogas (incluyendo el alcohol) y el suicidio profesional (desprecio del propio trabajo clínico) o personal (autolisis). El médico tiene que encontrar el equilibrio que le haga disfrutar de su trabajo a diario con los pacientes, y para ello precisa tener y fomentar los valores básicos: tolerancia, ternura, sensibilidad, piedad, inteligencia, ética, empatía, cortesía, conocimiento, compromiso, compasión, capacidad de comunicación y altruismo. Además, por supuesto, precisa de habilidades y recursos. Con todo ello podría salvar el abismo que existe entre lo que el médico hace (efectividad) y lo que podría hacer (eficacia). Mucho de ese abismo se debe al desconocimiento y a la pura ignorancia pues, por ejemplo, los nuevos hallazgos de eficacia probada tardan unos 20 años en llegar a la práctica clínica diaria. Mucha de la frustración del médico la provoca el contraste entre su orgullosa actitud, de arrogancia

científica, y la realidad vital del paciente y de su enfermar. La teoría tiene poco que ver con la práctica, y el médico no lo comprende, se estrella contra un muro de ignorancia justo por su vana pretensión orgullosa de conducta científica. No pasa nada, por ejemplo, por considerar con una paciente su preocupación por la osteoporosis, a sabiendas de que es una enfermedad inventada cuyo diagnóstico y tratamiento provoca graves daños. Una paciente no hace granero, lo que lo llena es el cumplimiento ciego del protocolo (algoritmo o guía) de osteoporosis que la gerencia impone, con normas de obligado cumplimiento que se incentivan con dinero al final del año. Ese granero de salud expropiada es el que frustra al médico, no el grano del paciente nuestro de cada día que pide algo irrelevante o innecesario. Hemos demostrado, por ejemplo, que se puede prescribir irracionalmente en el 20% de los casos y pese a todo tener un perfil de prescripción excelente, pues pesa mucho el 80% restante. La exigencia ética y profesional implica trabajar con la ética de la negativa y con la ética de la ignorancia; es decir, diciendo «no» amable y oportunamente a deseos alocados de pacientes, compañeros y jefes, y compartiendo con ellos las limitaciones de la ciencia (que sólo conoceremos si no somos ignorantes ni arrogantes). Es difícil ser médico, sí, y cuanto más generalista más difícil.

– En uno de sus últimos libros, «Filosofía para médicos», el epistemólogo argentino Mario Bunge carga contra los críticos de la medicina, especialmente contra Petr Skrabanek, Ivan Illich y Michael Foucault. Según él, estos autores son «parte del problema», ya que «denigran a la razón, a la moral y a los movimientos de reforma social. Sus escritos son malos para la salud individual y para la sanidad pública». Tacha las críticas al preventivismo de «irresponsables».

[MPF]. Salvando las distancias, Mario Bunge tiene tanta razón como nosotros. Es decir, su apreciación es cierta en lo que se refiere a que los críticos con la medicina pueden llegar a ser un problema. Especialmente si carecen de base empírica y

cuando su desconfianza de la ciencia médica y sus ideas no se transforman en acciones que mejoren el panorama. Pero justo nuestras ideas tienen siempre base empírica y se traducen de continuo en cambios de la vida cotidiana. Por poner un ejemplo, nuestra propuesta de humanizar las consultas eliminando toda basura de las industrias (bolígrafos, notas, carteles, calendarios, etc) se traduce en muchas consultas con flores naturales y ambientes sanos, sin humos industriales. Nuestra propuesta de calma y tranquilidad ante la pandemia de gripe A de 2009 se tradujo en un poderoso movimiento (GripeyCalma) que logró cambiar la respuesta profesional y científica promovida por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio y las Consejerías (y las industrias y los medios de comunicación). En otro ejemplo, nuestra práctica de no recibir a los representantes de las industrias, ni sus obsequios, ni formación continuada, ni congresos, llevó desde *Healthy Skepticism* a NoGracias, siendo en la actualidad NoGracias un excelente instrumento en contra de la expropiación de la salud. Es ejemplo, también, el éxito de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria donde se generan ideas y actitudes y se transfiere la antorcha del trabajo científico y «humano» entre generaciones de médicos. ¿Qué decir del ejemplo del propio Equipo CESCA, con sus más de 35 años de actividad, inasequible al desaliento? Hay muchos más ejemplos de propuestas y críticas nuestras transformadas en acciones, no por mérito nuestro sino con nuestra participación y constante apoyo. En todo caso, hay un grupo de pensadores que nos han servido de lazarillos desde jóvenes, incluidos Petr Skrabanek, Ivan Illich y Michael Foucault (en el prólogo del nuestro libro se incluye un listado, cada uno con su obra clave).

[JG]. Salvando las distancias, Mario Bunge es realista, cree que las cosas existen por sí mismas. Nosotros somos empiristas, sólo creemos en lo que vemos y probamos. Mario Bunge fue marxista; nosotros nunca lo hemos sido. Mario Bunge es filósofo; nosotros somos médicos. Mario Bunge es

materialista y, por ejemplo, cree que las enfermedades mentales expresan cambios en el cerebro y muestra una gran confianza en los psicofármacos. Nosotros somos críticos con estos medicamentos que intoxican el cerebro y creemos que el enfermar es una compleja interacción entre el individuo y la sociedad cuyo resultado final es variable; sirve de ejemplo la inclusión de la homosexualidad entre las enfermedades mentales antes, y ahora la medicalización de la angustia vital. Mario Bunge es «sistemata», incluye tanto el análisis como la síntesis. Nosotros somos también sistematas y nos encanta ir y volver de la anécdota a la categoría, y entre medias a la filosofía, pero cargamos la mano en los relatos de los pacientes, en lo que parecen simples anécdotas. Mario Bunge defiende básicamente mecanismos causales mecanicistas y cree en leyes homeopáticas en las que el resultado final se puede prever a partir de los componentes iniciales. Nosotros defendemos circunstancias causales biopsicosociales, somos emergencistas y creemos en leyes heteropáticas; por ejemplo, no se puede prever el resultado final de la miríada de situaciones y problemas biológicos, psicológicos y sociales que se suman para «producir», por mecanismos que desconocemos en general, más enfermedades, más graves, más complicadas y más permanentes en los pacientes pobres. Mario Bunge defiende un cientifismo numérico del que nosotros abominamos pues los números son sólo ayudas y se vuelven venenosos si «viven por sí mismos». De hecho, la expropiación de la salud se basa mucho en la biometría (el definir, medir y establecer un sistema de pesos y medidas normales) y en el uso espurio de la estadística y la epidemiología. Mario Bunge cree en los ensayos clínicos como el «patrón oro», nosotros creemos en los estudios que demuestran que más de la mitad de los ensayos clínicos no tienen nada de oro (su grado de ley es cero). Mario Bunge es crítico e intolerante con las pseudociencias, nosotros somos críticos pero tolerantes con las pseudociencias (entre otras cosas, porque el 90% de la medicina científica «oficial» es pseudociencia). Mario Bunge cree en la autoridad científica, nosotros no. Nosotros somos, en el buen sentido de

la palabra, nihilistas; Mario Bunge no. «Nihil» significa en latín «nada», y de ahí proviene «nihilismo», nombre con el que se define una actitud filosófica de negación de todo principio, autoridad, o dogma filosófico, político, religioso o moral. Lo expresó bien en su sentido político Dimitri Pisarev, quien luchó contra la pobreza del pueblo ruso. Dijo «Todo lo que pueda romperse hay que romperlo; lo que aguante el golpe será bueno y lo que estalle será bueno para la basura; hay que dar golpes a derecha y a izquierda, pues de ello no puede resultar nada malo». En su sentido filosófico, el nihilista niega el determinismo y acepta que no existe propósito de la existencia humana. En su sentido científico, el nihilismo implica apertura a lo nuevo y negación de toda idea preconcebida, y por ello supone una negación de cualquier creencia, especialmente de supersticiones, prejuicios, costumbres y actitudes hipócritas. Creemos que esta es la única forma de progresar, si las nuevas ideas se transforman en acciones que mejoran la salud de individuos y poblaciones. En este camino de la crítica a la práctica han sido fundamentales autores como Petr Skrabanek, Ivan Illich y Michael Foucault.

– Se habla mucho del ‘patient centredness’ y sus modelos ¿Pero está realmente el ‘patient centredness’ centrado en el paciente?

[MPF]. El movimiento para poner el énfasis en el paciente es un error filosófico pues el énfasis hay que ponerlo en la persona, que nunca es «sólo paciente». El que sufre tiene áreas y campos en los que disfruta pues la enfermedad no está ni en la ciudad del sí ni en la ciudad del no, sino que va y viene de aquí para allá, como el electrón en la física cuántica. A una paciente le puede doler la espalda, por ejemplo, pero gozar de orgasmos increíbles cuando se masturba. Centrar la atención y la vida en el dolor de espalda es absurdo, una forma de expropiar la salud y de anular las capacidades vitales individuales.

[JG]. La moda dicta centrarse en el paciente, pero lo que se ve y lee suele ser ridículo, una forma de paternalismo refinado. El paciente lo que precisa es que le devuelvan sus capacidades curativas y que los médicos escuchen su narrativa y se asomen respetuosamente a su «interior». Bien se demuestra en el caso de la investigación sobre la artrosis, que no se interesa en absoluto por el campo del propio paciente, como citamos en el libro, a partir de un texto en el *Annals of Internal Medicine*. En general el '*patient centredness*' no es más que otra forma de expropiación de la salud, adaptada a una corriente que maquilla la brutalidad, pero la mantiene.

– ¿Y qué decís de los programas de 'pacientes expertos'?

[MPF]. Desde luego, por poner un ejemplo, no hay nada más experto en el embarazo, por ejemplo, que la mujer que ha parido. Ella sí sabe de los sentimientos profundos que nunca se comentan en las consultas, de los temores atávicos, de la liberación sexual de no tener que preocuparse de evitar el embarazo, de las fantasías sobre el fruto de su vientre, del abuso de médicos y enfermeras, etc. La medicina que expropia la salud niega esos mundos y lleva a las embarazadas por una estrecha ruta de «prevención» y «normas sanas» que las transforma en enfermas (sin beneficio alguno) y que excluye a cualquier «paciente experto».

[JG]. Los programas de «pacientes expertos» ofrecen un escape, pero la sociedad y los profesionales pretenden de nuevo controlarlo. Bien se ve en la reacción contra las «doulas» por su presencia fuera del mundo regulado de las profesiones sanitarias. Doulas son las madres de las embarazadas en Namibia y allí cuentan con todo el reconocimiento. Cuando hemos expropiado a la mujer y a la familia del embarazo, cuando la futura abuela ya no cuenta, ¿cómo no buscar el soporte experto y amable de quien ha vivido la experiencia? En otro ejemplo, todos entendemos a Alcohólicos Anónimos y otros grupos de autoayuda como entre drogadictos, o pacientes con esquizofrenia. Lo que sucede es que la expropiación de la

salud también quiere programas de pacientes expertos dentro de la ortodoxia, dentro del orden que los médicos (y otros profesionales) marcan.

– ¿Y de los procesos de ‘toma de decisiones compartida’, en los que se presentan resultados de ensayos clínicos en forma de pictogramas a los pacientes?

[MPF]. En esto de presentar resultados con pictogramas los primeros que tienen que aprender son médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la salud, que suelen ser analfabetos numéricos. La mayoría no comprenden las nociones de riesgo estadístico y, por ejemplo, emplean las tablas de riesgo cardiovascular como si fueran tablas de decisión. Desde luego, los pacientes precisan de exposiciones claras sobre riesgos, beneficios y daños. Los profesionales, más.

[JG]. Nada que añadir a lo dicho por Mercedes. Quizá sólo citar el excelente trabajo del *Harding Center for Risk Literacy*, del Instituto Max Plank, de Alemania, que pretende luchar contra el analfabetismo numérico de los profesionales sanitarios.

– Que la salud haya sido expropiada por los médicos, ¿también repercute sobre la filosofía y fundamento de la medicina y nuestra forma de trabajar en el día a día? ¿De qué manera? (en caso de respuesta afirmativa a la anterior) ¿Y de qué manera evitar que esto suceda?

[MPF]. La expropiación de la salud conlleva a una visión realista del ser humano, que se pretende enfermo cuando se desvía del «diseño ideal». En el libro explicamos en profundidad las consecuencias de esta visión que lleva al trabajo «mecánico» de los médicos, a la tiranía del diagnóstico y al sometimiento a pruebas y a tratamientos que provocan más daños que beneficios. Por ejemplo, es evidente el daño de esta concepción filosófica cuando se demuestra que

cada año mueren en los hospitales de Estados Unidos hasta 400.000 pacientes por fallos en la seguridad del paciente (errores, excesos, etc.). La sangre de los pacientes cae sobre los médicos expropiadores de la salud, pero estos pretenden ignorarlo. ¡Más le convenía atarse al cuello una piedra de molino y ser echados al mar! Hay que cambiar drásticamente el trabajo diario; por ejemplo, ya lo hemos dicho, abandonar toda prueba de cribado de cáncer; en otro ejemplo, renunciar a las vacunas sin fundamento (gripe, papiloma, neumococo, rotavirus, meningitis B, etc); por ejemplo, introducir dosis gigantescas de ciencia, piedad y tolerancia ante el enfermar de cada paciente individual; por ejemplo, rechazar en general las guías clínicas (protocolos y algoritmos) elaboradas por expertos; en otro ejemplo, no emplear las categorías de pre-diabetes y pre-hipertensión, no tratar con medicamentos a pacientes hipertensos con tensiones de menos de 140/90 y que el paciente diabético no utilice las tiras de la glucosa salvo que emplee insulina; por ejemplo, mirar a los ojos del paciente más que a la pantalla del ordenador; por ejemplo, levantarse para recibir y despedir en la puerta al paciente y practicar un estilo de Medicina Basada en la Cortesía que incluya tener flor cortada fresca en la mesa del despacho; por ejemplo, hablar menos y escuchar más; en otro ejemplo, renunciar al falso mantra de «no tengo tiempo» mientras la consulta se llena de pacientes crónicos estabilizados que no precisan cuidados, pero son «cómodos de llevar»; por ejemplo, «explorar» con respeto el interior del paciente; por ejemplo, elaborar y dar a los pacientes una hoja con el perfil vital y profesional del propio médico; en otro ejemplo, mantener la agenda abierta para atender a diario las propias urgencias en consulta y en domicilios; por ejemplo, dar el teléfono personal a la familia del paciente terminal para prestar atención fuera del horario (noches, festivos, domingos); en otro ejemplo, comprender el uso de las medicinas alternativas por los pacientes y estar abiertos a hablar sobre ellas; por ejemplo, no realizar «chequeos» a ninguna edad ni sexo; en otro ejemplo, en general no cumplir ni seguir el Programa de

Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) y menos su sección en la infancia (PREVINFAD); etc. En todo caso, estudiar, estudiar y estudiar poniendo en cuestión todo el conocimiento científico al tiempo que se mejora el trabajo clínico diario con el extracto depurado que supere el nihilismo sistemático.

[JG]. El médico que expropia la salud es un médico que ha perdido lo esencial pues renuncia a lo fundamental, al «primero no dañar» (*primum non nocere*). El médico que expropia la salud suele ser un médico a tiempo parcial pues cuando sale de la consulta-hospital no se acuerda de los pacientes, no siente una responsabilidad continua. El médico que expropia la salud no suele pensar por sí mismo, sigue las modas que marcan los KOL y sus industrias (farmacéuticas, alimentarias, tecnológicas, de gestión y otras). El médico que expropia la salud todo lo fía a la tecnología, apenas se levanta del asiento, casi no explora al paciente ni le mira de frente, y encuentra «la verdad» en la pantalla del ordenador. El médico que expropia la salud recibe a los representantes y acepta sus obsequios y regalos, va a las charlas y conferencias que organizan, y participa en los congresos médicos (de las sociedades científicas y de las asociaciones de pacientes que se crían y viven a los pechos de las industrias). El médico que expropia la salud se cree científico y se frustra por no aceptar con humildad su trabajo de sanador que lo convertiría en un semi-dios. El médico que expropia la salud sigue las guías de práctica clínica de la gerencia y de las sociedades científicas (¡incluso las guías dictadas por las industrias a la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Asociación Española de Pediatría, la Sociedad Española de Salud Pública, Medicina Preventiva e Higiene, la Asociación Española de Urología y la Sociedad Española de Vacunología!). El médico que expropia la salud no duda, se fía de lo que le dicen, y aprende por «transfusión» de palabras y proyecciones de *power-points* manipulados y tóxicos. El médico que expropia la salud cree que a los pacientes les falta educación para la

salud, y desprecia su cultura y sus respuestas curativas alternativas. En fin, no sigo, pero de todo ello se deduce lo que se puede hacer para renovar la práctica diaria desde la propia consulta-hospital y ya Mercedes ha señalado algunos ejemplos de lo que hemos practicado en nuestra clínica diaria.