

Menos es más, menos es mejor

Sobre los excesos de la práctica médica y sus consecuencias

Entrevista a Juan Gérvas

Entrevista, edición y notas de Dara Medina Chirino¹

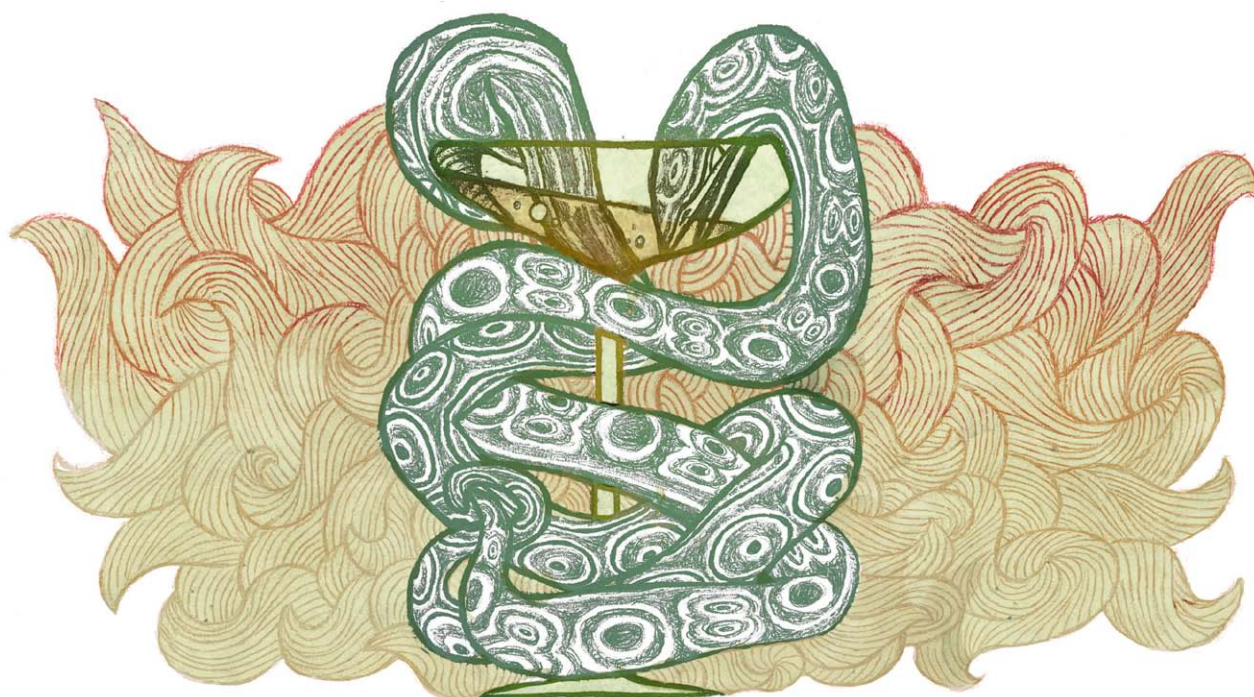


ILUSTRACIÓN: VIDAL [<http://www.vidalwashere.com>]

Juan Gérvas (nacido en 1948) es Doctor en Medicina y Profesor Honorario de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid. Ha ejercido como médico general, aunque ahora mismo está jubilado. Es profesor Visitante en Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid) y Profesor en la Maestría de Gestión y Administración Sanitaria de la Fundación Gaspar Casal (Madrid) y de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona) y anteriormente lo ha sido en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE.UU.) (1984-85), donde fue Visiting Professor en el Department of Health Policy and Management (1991-2003) o en el Instituto Karolinska (Estocolmo, Suecia) (1986). Es coordinador, desde su creación en 1980, del Equipo CESCA, Madrid, y ha impulsado los Seminarios de Innovación en Atención Primaria (SIAP) desde su comienzo en el año 2004. Columnista habitual, ha escrito en medios como *El País*, y escribe todos los lunes "El Mirador" en [Acta Sanitaria](#).

1. La entrevista se realizó en Madrid el 11 de diciembre de 2014.

Juan Gérvas prefiere hablar de «menos es más» y «menos es mejor» que seguir haciendo bandera de un «más vale prevenir que curar» que se ha instaurado en el Sistema Sanitario y en nuestra cultura acompañado de graves excesos: sobrediagnóstico, sobretratamiento y una auténtica medicalización de la vida han sido las consecuencias de una medicina que, según este médico de cabecera ya jubilado, ha hecho un uso innecesario de recursos y ha dejado de hacer valer su principio de *non nocere* (no daño).

A pesar de que se muestra contundentemente crítico con el estado actual de la práctica médica, no deja de recalcar su optimismo por el ejercicio de una medicina inteligente, guiada por el sentido común y la profesionalidad, a la vez que resalta las capacidades del ser humano a la hora de enfrentar adversidades de la vida como el dolor o la muerte.

Hemos incluido la presente entrevista en esta revista de Ciencias Sociales a sugerencia del profesor Juan Irigoyen, de la Universidad de Granada, quien nos ha transmitido la importancia de introducir materiales desde el saber médico con la mirada puesta en la elaboración de una sociología proactiva en materia de salud.

Quizás el principal problema es que la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud es una definición imposible

En la sociedad en que vivimos se nos exige moderación, se apela al término medio, a evitar los excesos en todos los sentidos y en todos los ámbitos y, sin embargo, en cuanto a salud, parece que todo vale, que todo está permitido si de cuidar la salud se trata. Para empezar, le quería preguntar a qué se debe esa idea, aunque quizás le debería preguntar primero si esto está relacionado con qué entendemos por salud...

Quizás el principal problema es que la definición de salud que se ha manejado típicamente es la que procede de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es una definición imposible, en la que se propone que *salud* es el estado perfecto de *bienestar físico, psíquico y social*. Esto ha sido criticado ampliamente en revistas científicas, que plantean la imposibilidad de lo que pretende rellenar la medicina. Porque, esa es otra cuestión, a la definición de salud que hemos llegado es una definición omnipotente que la medicina cree que puede satisfacer y que, por supuesto, es imposible, pues la salud es esencialmente un estado que nos permite disfrutar de la vida y, en ese sentido, la salud es perfectamente compatible con la enfermedad. Es decir, que uno puede tener una fractura de fémur, que es una complicación relativamente grave y, sin embargo, reírse de los chistes que le está contando un amigo. Y esa idea se vuelve muy incompatible

con la asunción de la salud como ese estado perfecto de bienestar. Yo creo que ese es un problema grave.

Hasta cierto punto, la medicina ha tenido algunos avances que resultan tan milagrosos que pueden llegar a hacernos creer esas expectativas. Por ejemplo, antes, un paciente se moría de apendicitis, por un cólico miserere y, a partir de un momento determinado, prácticamente nadie muere de apendicitis. Y no sólo eso, sino que, además, se extirpa el apéndice mediante una operación con anestesia en la que no hay dolor y la gente se recupera rápidamente. Resulta, ciertamente, llamativo, con una apariencia de milagroso. Con lo cual es entendible que haya una aspiración a que eso mismo que se hace con una apendicitis se haga con el resto de los problemas de la vida. Es por ello que, entonces, entra una definición de salud que resulta imposible y hay, por tanto, que moderar esa definición. Hay que asentarla y transformarla en una definición mucho más práctica que tenga que ver con eso, con un estado que supone disfrutar de la vida. Algo perfectamente compatible con una esquizofrenia, para que nos entendamos, que es una enfermedad muy grave y, sin embargo, el esquizofrénico, en una familia bien estructurada, puede hacer una vida plena en la que de vez en cuando puede tener alguna alteración, alucinaciones o, incluso, desequilibrio social. Pero después recupera su capacidad. Creo que eso puede explicar bastante por qué se le pide tanto o se espera tanto del sector sanitario.

En las sociedades occidentales, han disminuido las creencias en el apoyo de la red social, en el apoyo de los amigos, en el apoyo de la familia... y pretende rellenarlo todo la medicina

Y ante ese deslumbramiento que puede llegar a provocar el saber médico ¿se podría hablar de la medicina como una forma de control social? Estoy pensando en autores que han equiparado la medicina a la religión, por ejemplo, por el lugar que ocupa en la actualidad dada esa capacidad casi milagrosa... ¿Podría funcionar, o está funcionando, como institución con capacidad de control social?

Sí. En el momento actual, y hay que pensar que incluso en sociedades que conservan estructuras sociológicas como la religión, la medicina está implantándose con el mismo aspecto omnipotente. Pero sí, indudablemente, en las sociedades occidentales a las que pertenecemos la religión ha disminuido. Y no solamente la religión, yo hablaría más bien de creencias. Las creencias en el apoyo de la red social, en el apoyo de los amigos, en el apoyo de la familia... Eso, aparentemente, ha disminuido y pretende rellenarlo todo la medicina.

Han disminuido también las expectativas de futuro de la sociedad. Por ejemplo, lo que está sucediendo ahora con los trabajos sincopados de los jóvenes sin futuro. Tampoco hay eso, futuro. Entonces, lo que queda es el cuerpo, el propio cuerpo. Se ha perdido también mucho la espiritualidad. Esa sensación de vibrar con una puesta de sol bonita o delante del mar.

Entonces, no es solo la pérdida de la religión. Ese cambio cultural también tiene que ver con el cambio económico, social y político en el que hay pocas esperanzas en todo. En el que lo más cierto acaba siendo nuestro propio cuerpo, y esto lo utiliza también el poder político. Es la *biopolítica* de Foucault. Y, claro, el propio cuerpo termina siendo lo único que tenemos. No tenemos amigos o los tenemos muy distantes o muy superficiales. La familia cada vez es menor y vivimos más solos. La espiritualidad desaparece. Por supuesto, la religión pierde también su importancia. Y lo que queda es el propio cuerpo en el que, entonces, se vuelve muy importante cualquier mancha, los músculos, la piel del cuerpo, el sonido del corazón... Alrededor del cuerpo se estructura la vida de manera que, incluso, uno trabaja para cultivar el cuerpo y, lo que es un medio, se convierte en un fin. Es cierto que necesitamos el cuerpo y necesitamos de una cierta salud, pero ese cuerpo y esa cierta salud la necesitamos para disfrutar de la familia, de los amigos, de la espiritualidad, del compromiso, de la política, del futuro... Y se ha tergiversado, de modo que se convierte finalmente en un fin lo que era un medio. Y eso justifica muchísimo las actividades médicas y la entrega sin armas ni bagaje de la población a los médicos.

En ese sentido, me estaba acordando de una frase que me impactó en su momento, cuando leí un texto de Soledad Márquez y Ricardo Meneu² acerca de la medicalización de la vida que decía que "hay una pérdida de confianza en la forma humana" ¿Está pasando? ¿No confiamos en la capacidad del ser humano en lo referente a salud? ¿No confiamos en nuestra capacidad de afrontar las adversidades, el dolor? Leí también en algún artículo suyo que la medicalización de la vida está suponiendo una "pérdida de la autonomía personal"³ ¿Qué está pasando a este respecto?

Como ser biológico, el ser humano es increíble. Cuando uno ve la crianza de los cachorros humanos y a los dos años empieza a ver cómo un humano resuelve problemas, se maravilla. Pero si ya ese humano tiene siete años, como cachorro biológico tiene una potencialidad que desde luego hace explicable que hayamos dominado el mundo por la autonomía brutal que tiene sencillamente un niño

2. Márquez, Soledad y Ricardo Meneu. 2007. "[La medicalización de la vida y sus protagonistas](#)". *Eikasía, Revista de Filosofía*, II 8: 65-86. Enero de 2007.

3. Gervas, Juan. 2014. "[Médicos, medicalización y vida: entre lo necesario y lo perjudicial](#)". Equipo CESCA, junio de 2014.

de siete años. Sin embargo estamos en una sociedad que tiende a aniñarlos, tiende a aniñar al niño. Una recomendación sencilla es: permita que el niño vaya y vuelva solo a la escuela, no lo sobreproteja. La sobreprotección puede llegar incluso a tratar de evitar que el niño durante el parto se contamine en el paso por el canal vaginal de bacterias, virus, hongos... ¡Pero es que eso es bueno! No podemos mantener al ser humano sin contaminar. Y lo mismo que no lo podemos mantener sin contaminar con microbios, no lo podemos mantener sin contaminarse de los problemas diarios de la vida, porque está preparado para defenderse.

La cosa se acentúa. El mejor ejemplo que ha dado últimamente motivo a escándalo ha sido el duelo. Lo natural es que una persona, cuando alguien muere, se conmueva. Si esa persona que muere es alguien muy querido, un hijo, un padre, una madre, una esposa, un hermano... lo normal es que la conmoción sea brutal, de manera que hay que esperar a que esa persona emplee tiempo en recuperar una normalidad, si es que alguna vez la recupera. La sociedad tolera y entiende que eso puede durar meses, incluso un año, en el que la persona tiene un ánimo decaído por la pérdida. Así fue la primera clasificación de los trastornos mentales. Se consideraba que era patológico que el duelo durase más de un año. En la nueva versión la duración máxima era de un mes. ¡Ahora son dos semanas! O sea, que si yo me muero y mi esposa me echa de menos más de dos semanas, es que está enferma. Pero bueno, eso es intolerable socialmente! El ser humano está preparado a lo largo de una evolución de tres millones de años a soportar pérdidas tan brutales como perder la tribu, supervivir... Los niños están acostumbrados, por la evolución humana, a perder a los padres, a quedarse huérfanos, a incorporarse a otras familias... En fin, brutalidades a las que hemos sobrevivido los humanos. Y eso nos da una autonomía y lo que se dice en inglés y en español: resiliencia, una fortaleza. Por ejemplo, la gente no se hace idea de la resiliencia que pueden tener los ancianos. Usted ve a un anciano que mal anda con la cachaba, que tiene dificultades para levantarse, moverse... Usted deje a ese anciano cuando haya problemas. Es increíble cómo los resuelve, cómo los enfrenta. Le dicen: "se ha muerto tu hijo", y responde: "¡vaya por dios, cómo lo siento!"; ¡pero nada más! ¡Y el resto de la gente no quería decírselo porque pensaban se iba a morir de la pena!

Los humanos tenemos una fortaleza increíble que nos ha hecho llegar a donde hemos llegado. No creer en los humanos en ese sentido y querer, por ejemplo, quitarles el dolor con eso de que haya un día "sin dolor"... ¡Pero usted está loco! El mejor médico que se dedicó a los leprosos escribió un libro que se titula "El don del dolor", porque el leproso que no tiene dolor porque tiene anestesia, termina perdiendo dedos, brazos, termina con úlceras. Usted se

sienta en la silla y se está moviendo sin darse cuenta. Si no tiene dolor no se está moviendo, de modo que, al cabo de dos horas, tiene un agujero en la piel. O sea, que no pretenda que yo no tenga dolor.

Otra cosa es que no tenga dolor patológico. Nosotros hemos sido de los que en su día hemos demostrado que no se empleaba la morfina en las cantidades que se necesitan para morir con tranquilidad. Pero no podemos tener al humano en una especie de cámara en la que no se entere de nada. Le deben pasar cosas. Y eso es parte de la vida. Que sucedan cosas agradables y desagradables forma parte de la vida. Y, probablemente, las agradables son más agradables por compensación con las desagradables. Y no es un pensamiento sadomasoquista.

No es tanto que se nos lleve a un sobreuso de recursos sanitarios, que sí que es verdad, sino que, sobre todo, la medicalización nos convierte en personas temerosas que dejamos de disfrutar de la vida

¿Podemos decir que estamos sobremedicalizados, con las consecuencias que esto supone? Y ya no solo en cuestión de medicamentos sino ¿se podría decir que asistimos a un exceso de intervenciones sanitarias?

Lo peor de la medicalización es que se nos llena de miedo. No es tanto que se nos lleve a un sobreuso de recursos sanitarios, que sí que es verdad, sino que, sobre todo, la medicalización nos convierte en personas temerosas que dejamos de disfrutar de la vida. Por ejemplo, si yo ahora por sobremedicalización empiezo a tener miedo al Sol porque hay dermatólogos que en campañas oficiales se dedican a recorrer las playas mirando a la gente las manchas de la piel y aconsejándoles que deben ir mejor por la mañana, que es un pecado que los niños tomen el sol... dejo de disfrutar de la naturaleza. O se empieza a disfrutar como se ve ya por ahí, con un gorro, otro gorro, guantes... Pero ¡por dios! Todos entendemos que hay campesinos y montañeros que finalmente terminan con cáncer de labios o de manos por exceso de la iluminación, pero también entendemos que disfrutar del campo con la familia, los amigos o uno solo es parte de la vida. Nos introducen miedo. Con lo cual, la madre ya no sabe si llevar al niño a la playa y, si lo lleva, lo hace por la mañana muy temprano.

Esto pasa, sobre todo, con los cánceres. Parece que tener cáncer es una especie de castigo. Estamos volviendo un poco a los tiempos bíblicos. Cuando alguien tiene un infarto se pregunta enseguida ¿fumaba? y, si no, ¿fumaba su padre? ¿Su padre también murió de infarto? Estamos con aquello de ¿quién pecó? ¿Él o su padre? ¡No pecó nadie, oiga! ¡Yo tengo Parkinson porque tengo Parkinson!

Y, como dice algún médico, el paciente tiene derecho a tener las enfermedades que le dé la gana.

Es el miedo lo peor de la medicalización y, en ese sentido, estamos llenos de miedo. La mama de las mujeres deja ya de ser de disfrute ¡La mama es algo que parece que hasta deseamos que nos las arranquen! ¡Que me las quiten que no las quiero! ¡La próstata! ¡Llegan casi a decirnos que nos autoexploremos para tocárnosla no sea que esté creciendo! Es completamente todo miedo. Comer es un miedo ¿Esto se puede comer? ¿Esto es bueno? ¿Esto es malo? Trabajar, ¿es bueno trabajar?

Yo creo que la medicalización tiene por consecuencia final la vivencia con miedo. No es tanto con medicamentos. Me parece que lo fundamental es que nos quita el disfrute de la vida en un momento, justamente, en el que podemos vivir más que nunca y mejor que nunca. Porque nunca el humano ha abierto el grifo de la cocina y sale agua. Eso es muy nuevo. Nunca el humano ha tenido agua en esa cantidad. O calefacción, o formación... ¡No somos analfabetos! y eso debería producirnos una alegría inmensa ¡Yo no soy analfabeto! ¡Leo! ¡Entiendo! Eso es muy nuevo. Son cien años que la población empieza a no ser analfabeta. Hemos perdido ese disfrute, lamentablemente.

Los médicos no pueden ofrecer una prevención sin límites ni una medicina sin límites. Porque, cuando lo hacen, se convierten en curanderos

¿Qué actores intervienen en esa generación del miedo? O, como hablaba antes, ¿qué actores intervienen en la definición de esa concepción de salud?

Hay una confluencia de varios actores que tienen los mismos intereses. El paciente, por un lado, que aspira a imposibles. El individuo aspira ahora mismo a una juventud eterna que le prometen. Y no hay juventud eterna. Pero parece que si uno no tiene veinticinco años ni mucho dinero, no puede ser feliz. Así que, a partir de ahí, está dispuesto a dar todo lo que tenga con tal de conservar ese estado. Pero el individuo tiene que aceptar la presencia de la enfermedad y de la muerte. Somos seres para la muerte y está bien que nos muramos ¡no pasa nada! Hay que negarse, pues, a esa expectativa de vida eterna. Tenemos que aceptar la enfermedad y la muerte en lo que tienen de razonable.

Los médicos, por su parte, no pueden prometer la vida eterna. No deben prometerla. Los médicos no pueden ofrecer una prevención sin límites ni una medicina sin límites. Porque, cuando lo hacen, se convierten en curanderos. La pseudociencia es la que ofrece cosas sin límites. Yo no puedo ofrecer cosas sin

límites. Lo digo muchas veces en las salas cuando hablo: “todos los que están aquí se van a morir”. La gente se queda un poco asombrada. Pero es que de aquí a final de siglo no llega nadie, porque aquí la media de edad son treinta, cuarenta años. Y la gente se asombra mucho. Pero lo digo con toda la certeza. Los médicos tenemos que practicar lo que nosotros llamamos una ética de la ignorancia. Compartiendo con nuestros pacientes nuestra ignorancia. Hay muchas cosas que no sabemos.

Por otro lado, las industrias. No pueden buscar el beneficio a costa de nuestra salud. Pero no solo la industria farmacéutica. La industria tecnológica es tremenda: Phillips, General Electric... Se están concentrando en el sector salud porque es el que es infinito. A usted le pueden hacer pruebas infinitas, una detrás de otra. Lo mismo está ocurriendo en el sector alimentario. Usted entra ahora en un supermercado y aquello parece ahora una farmacia: almendras ricas en fósforos, dátiles ricos en fibra, leche con calcio... Pero ¡oiga! ¿esto es una farmacia? ¡Porque yo lo que quiero son dátiles que sean buenos, ricos! ¿A mí qué más me da que tengan fibra? La industria alimentaria es tremenda. La Asociación Española de Pediatría apoya las galletas de dinosaurios. Tiene que ser que le han dado mucho dinero porque ¿qué tiene que ver la pediatría con darle las galletas de dinosaurio a los niños en el desayuno?

Los investigadores investigan donde hay dinero y eso cerca mucho el campo del conocimiento posible. La academia tiene una inmensa responsabilidad por aceptar las subvenciones y las líneas que marcan los grandes poderes, los que marcan exactamente lo que hay que investigar

Son muchas industrias. Las industrias de gestión del conocimiento. No se le olvide la academia. Los investigadores investigan donde hay dinero y eso cerca mucho el campo del conocimiento posible. Los investigadores no son, ni muchísimo menos, inocentes. La academia tiene una inmensa responsabilidad por aceptar las subvenciones y las líneas que marcan los grandes poderes, los que marcan exactamente lo que hay que investigar. Con lo cual, lo que no se marca y no hay dinero no se investiga. Y, por supuesto, las publicaciones científicas. Las publicaciones científicas acreditan todo ese conocimiento que finalmente acaba llegando al paciente.

Es una larguísima cadena en la que no se nos pueden olvidar los políticos. Yo en broma lo digo, pero no es una broma: los políticos cometen una falacia que conocemos como *falacia de Beveridge*, por el economista que creó el sistema nacional de salud inglés que prometió que con la creación del sistema nacional

de salud inglés iba a desaparecer la enfermedad. Que se iba a prevenir todo y que se iba a curar. Por tanto, que se iba a gastar menos. Esa falacia se repite continuamente. Siempre sale el Ministro de Sanidad diciendo que el sistema se va a reorientar a la prevención porque eso disminuye los costes. Y tú dices, hombre, sesenta, ochenta años después, la *falacia de Beveridge* todavía sigue perfectamente viva. Con lo cual ellos terminan prometiendo, por ejemplo, mamografías a las niñas recién nacidas... ¡es lo que ya falta! Todo eso crea una colusión de intereses y el paciente acaba diciendo: ¿cómo es posible que yo tenga ahora un catarro si el hombre llega a Marte? Oiga: el hombre llega a Marte pero ¡no sabemos ni por qué hay gripe en invierno!

less is more, less is better (menos es más y menos es mejor). Esa es la frase que resumiría todo este amplísimo movimiento en el que lo que se pretende es evitar el uso innecesario de recursos

Ante este contexto que ha presentado han surgido algunas voces críticas. Una corriente sobre la que usted ha escrito y ha hablado es la *prevención cuaternaria*⁴, ¿qué significa exactamente? ¿Cuáles son sus principios, sus ideas básicas?

Hay un movimiento mundial que va en torno a *prevención cuaternaria*, pero yo lo clasificaría más en torno a evitar el *sobreatamiento*, la *sobreutilización*, porque es un concepto más amplio. Si busca ahora encontrará más de *overdiagnosis*, *overteichman*⁵. Son los dos temas de los que encontrará mucho alrededor de esto. En España se orienta en torno al movimiento Diana Salud, pero también el *Choosing Wisely*⁶. El *Choosing Wisely* recomienda a los médicos y a los pacientes el elegir con inteligencia. Ese movimiento se podría resumir en la frase lema de la revista *Archivos de medicina interna*: *less is more, less is better* (menos es más y menos es mejor). Esa es la frase que resumiría todo este amplísimo movimiento en el que lo que se pretende es evitar el uso innecesario de recursos.

El uso innecesario de recursos es muy perjudicial. Estamos hablando, por ejemplo, de la TAC (Tomografía Axial Computarizada), el escáner, que es muy popular. Una madre, por ejemplo, que el niño se da un golpe, se cae de la

4. Gérvas, Juan. 2004. "[La prevención cuaternaria](#)". OMC Informa, 10 de febrero de 2014.

5. Estos términos hacen referencia a sobrediagnóstico y al sobreuso de tecnologías, entendidas ambas cuestiones en tanto excesos médicos con consecuencias negativas para los pacientes.

6. Se traduce como "escoger sabiamente". Es una iniciativa de la Fundación ABIM que trata de promover el entendimiento entre médicos y pacientes de modo que se garantice una atención adecuada en el momento adecuado, tratando que los pacientes formen parte activa de las decisiones en materia de salud. Más información en la página web <http://www.choosingwisely.org>.

bicicleta, lo examina el médico y le dice que no hay ningún problema, que todo está bien. Pero la madre le contesta que no, que se lo lleva al hospital porque habrá que hacerle una TAC, no sea que tenga algo dentro. Es muy popular y, sin embargo, está demostrado que duplica la incidencia de leucemia y de cáncer de cerebro. Cinco TAC equivalen a la irradiación de la bomba atómica en Hiroshima. Y todo eso, de continuo, se hace. Por ejemplo, se tiene una escoliosis y se le realiza una radiografía. Y eso aumenta la probabilidad de cáncer de mama. Los medicamentos tienen efectos adversos. Mucha gente toma medicamentos para la hipertensión porque tiene tensiones de 15 y 9'5: no está justificado. A usted lo operan de la próstata porque así le quitan el cáncer pero le dejan impotente y le dejan incontinente. Y estamos hablando de millones de personas.

Hay un movimiento mundial, muy fuerte, que tendemos a articularnos alrededor de *menos es mejor*, que intenta que, tanto pacientes como médicos, se refrenen, porque podemos hacer cosas que no debemos hacer. Es la práctica de una medicina difícil, porque es la práctica de una medicina en la que, si antes se habló de *ética de la ignorancia*, aquí hay una *ética de la negativa*, de decir que no. Decir que no al paciente y su familia, decir que no a los compañeros, decir que no a los protocolos, a los políticos...Y hay que decir no a los gestores que, por ejemplo, incentivan con mucho dinero a hacer cosas que no deben hacerse. Y, desde luego, hay que ser muy entero para decir al gerente y a los compañeros: "yo no voy a hacer esto porque va contra la salud del paciente".

Así que el movimiento de *less is more* es un movimiento muy fuerte que se puede articular en torno a revistas como *Archives of Internal Medicine*, en *JAMA*, o *British Medical Journal*, y en torno a instituciones como la Universidad de Darmouth de EE.UU., muy fuerte en este campo, y que está en el momento actual publicando muchísimo, aunque todavía no es popular en los medios. No obstante, de vez en cuando hay cosas que sorprenden. Por ejemplo, el *The New York Times*, de vez en cuando publica cosas. Incluso *Vanity Fair* ha publicado alguna cosa acerca de sobremedicalización, acerca del sobreuso de medicamentos.

Como ejemplo último, se puede señalar el de los parches de la menopausia en las mujeres, que se ponían para disminuir los infartos de miocardio y que, de hecho, los aumentaban. Así que es una medicina que lo que intenta es cumplir el principio ético principal de la medicina que es el de no producir daños, el del *primum non nocere*⁷.

7. Expresión latina que se traduce al castellano como "lo primero es no hacer daño". Se trata de una máxima aplicada en el campo de la medicina, fisioterapia y ciencias en salud.

¿Pero no se suponía que eso, ese principio, ya estaba ahí? Al igual que una frase que leí en un artículo suyo que hablaba del deber médico: "los máximos beneficios con los mínimos daños"⁸. ¿Qué ha pasado? ¿Por qué ese principio se ha desvirtuado hasta el punto de tener que hacer una prevención de la propia prevención?

Porque los médicos se han convertido en curanderos, no en sanadores. El médico está perdiendo su papel de sanador, que implica dar malas noticias, y se convierte en un curandero que pretende dar continuamente buenas noticias: "le prometo a usted todo". Y el cambio de sanador a curandero hace que se pierdan los límites y que se pierda el fundamento de la prudencia, en el que lo primero es no hacer daño, y se pretenda que el principio básico sea el de autonomía o el de beneficencia.

El paciente puede decidir cualquier cosa y ¡no! El paciente no puede decidir cualquier cosa. Por ejemplo, una mujer no puede decidir "a mí me hacen cesárea", porque, si no está indicado la cesárea ¿por qué se va a tener que hacer cirugía con lo que ello implica (aumentar la peligrosidad que supone la anestesia, aumentar las posibilidades de infecciones, aumentar las paradas cardiacas, el tiempo de estancia en el hospital, etc...)? No se tienen que ofrecer. El principio de autonomía no puede ser el que prime siempre.

Y el principio de beneficencia tampoco. El principio de beneficencia supone ofrecer algo bueno al paciente. Sí, sí, pero ofrecer algo bueno sin producir daños. Si se producen daños, no. De manera que, al transformarse los médicos en curanderos, en astrólogos, que creemos y queremos no tener límites, efectivamente, nos olvidamos del *primum non nocere*.

Para hacerse una idea, la vacuna de la gripe, revisada continuamente por el Centro Cochrane⁹, no tiene eficacia, no tiene efectividad y, sin embargo, se sigue recomendando, se sigue poniendo y se pagan incentivos. Parece, además y en cierta medida, que el que no se pone la vacuna de la gripe contagia a los demás. Hemos perdido todos los límites, sí.

Y desde las facultades de medicina, desde lo que son las universidades, ¿qué pasa con ese principio de *no daño*? ¿Qué se les enseña a los futuros médicos? ¿esta prevaleciendo en las facultades esa corriente del prevencionismo sin límites en la que todo vale y que supone la

8. Gérvas, Juan. 2014. "[Cambios sociales y epidemiológicos y la necesidad de una Atención primaria fuerte](#)". Equipo CESCA, 8 de mayo de 2014.

9. Grupo integrado en el Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública del Hospital de Sant Pau. Asimismo, junto a otras entidades asistenciales, científicas y académicas, forma parte del Institut d'Investigacions Biomèdiques Sant Pau (IIB- Sant Pau), acreditado oficialmente por el Instituto de Salud Carlos III. Más información en la página web www.cochrane.es.

medicalización de la que habla, o es *a posteriori* cuando los estudiantes olvidan esos deberes médicos? ¿Todo se desvirtúa una vez que se llega al sistema sanitario?

Desde muy temprano. En primero o segundo de medicina ya al estudiante, y lo conozco de primera mano, se le advierte sobre el uso y necesidad de una medicina preventiva de manera que, incluso, se considera la medicina anterior como una especie de medicina romántica. Ahora, el médico se les presenta como omnipotente y dispone de una medicina preventiva, predictiva, que todo lo basa en la genética y que, por tanto, supone que la enfermedad va a dejar de existir.

Lamentablemente, se sigue transmitiendo esa idea. Pero hay esperanza. Por ejemplo, hay un grupo de estudiantes que se llaman a sí mismos *farmacríticos*, un grupo excepcional, increíble, implantado en todas las universidades españolas. Tienen unas camisetas que venden que dicen "estamos fabricando medicamentos para enfermedades que inventaremos". Con lo cual, hay esperanza. Pero, efectivamente, el aparato transmite su doctrina ya en la facultad de medicina, sin el mayor problema.

La vacuna del virus del papiloma humano, probablemente, no sirve para nada. Desde luego, no evita el cáncer del cuello del útero. Tenemos claro, porque lo pone incluso en las instrucciones, que no es terapéutica, es decir, que una mujer una vez que tiene alteraciones en la citología del cuello del útero, no puede emplear la vacuna porque no cura. Sin embargo, los ginecólogos están reiteradamente recomendando la vacuna para curar más rápidamente. Eso es convertirnos en curanderos, eso es olvidar por completo el principio de *primum non nocere*, y sin embargo, se hace a diario.

La gente está sorprendida por el poder de la medicina. Por el brillo de la tecnología en general. El deslumbramiento es tal que la capacidad de raciocinio es muy poca

La prevención cuaternaria, ¿es sólo cosa de médicos? ¿Quiénes están desarrollando esta corriente? ¿Hay profesionales de otros ámbitos que estén participando?

No. Lamentablemente, el movimiento de *menos es mejor* es, básicamente, médico. En eso mis escritos suelen ser muy duros con los médicos. Pero, también reconozco que su capacidad de autocrítica está por encima de la de muchos profesionales. Para entendernos, de abogados o de jueces. No hay un movimiento parecido de autocrítica en otras profesiones. En otros profesionales sanitarios, farmacéuticos, enfermeras, sí que hay, pero no son tan representativos como

los médicos. Quizás algún filósofo, quizás algún sociólogo... pero no acompañan, hasta ahora, mucho. Están, todos ellos, deslumbrados.

Yo lo comparo con cuando iban antiguamente a cazar esclavos y llevaban cuentas de vidrios y, por cuentas de vidrio, le daban dos mujeres y dos hombres. Pues esto es un poco parecido. La gente está sorprendida por el poder de la medicina. Por el brillo de la tecnología en general. Ya no solo los aparatos, también el medicamento, la organización... El deslumbramiento es tal que la capacidad de raciocinio es muy poca. Es increíblemente escasa.

Ante este panorama, ¿qué papel ha ocupado la ciudadanía? ¿Nos hemos acomodado? ¿Nos hemos “dejado hacer” por el saber médico, hemos depositado toda la confianza ahí y, por tanto, somos también responsables del poder que ejerce la medicina en la actualidad? ¿O es que hay una conspiración, un complot de unos cuantos?

No, no. No creo en conspiraciones. ¡Ojala hubiera una conspiración! En Boston... en el subterráneo del metro, en la sala dos... ¡ojalá y pudiéramos grabarlo! No. Lamentablemente no. Lamentablemente la sociedad ha hecho dejación de sus posibilidades.

Quizás, la primera sorpresa de la sociedad fue la vacuna de la viruela. Previamente había lo que se llamaba “variolización”, que dependía básicamente de mujeres. Un conocimiento que se ha perdido, pero que venía de siglos: de China pasó, a través de Turquía, a Europa. Y eso se perdió totalmente. Quizás el siguiente deslumbramiento fue la vacuna de la rabia: cuando Pasteur, que no era médico, logró curar de la rabia, una enfermedad que era mortal (bueno, incluso hoy todavía). El siguiente fue la aspirina, que llevó a popularizar el termómetro, y de que la fiebre era mala. Eso es curiosísimo. La fiebre tiene un efecto muy beneficioso y, sin embargo, hay una “fiebre-fobia” social, en el que tener fiebre es una cosa malísima. Así, a los niños, en cuanto tienen fiebre, los llevan al médico. Pero ¡bueno! Si tiene fiebre ¡désele gracias a dios que el organismo está reaccionando fenomenal! Y no se la baje, no lo bañe ni haga cosas de esas que vuelve loco al hipotálamo que controla la temperatura. Y, después de la aspirina, fueron los antibióticos, especialmente la penicilina. Todo eso se multiplicó con el descubrimiento de la anestesia.

De manera que, finalmente, es fácil caer, adorar, a un dios que se llama medicina, medicamento, tecnología y médicos. Porque, realmente, la apariencia es casi milagrosa. Los médicos, por otra parte, han sido muy imprudentes. Una crítica que se hizo muy buena era sobre la arrogancia, porque no hay otra palabra para definir el asunto. La arrogancia de la medicina, especialmente la arrogancia de la medicina preventiva, es increíble.

Por ejemplo, los médicos produjeron miles de muertes recomendando que los niños durmieran boca abajo. No se necesitó tecnología para matar. Murieron niños como chinches boca abajo por muerte súbita. Eso lo empezaron a recomendar en los años setenta, ochenta. Cuando esto se demostró, en los noventa, fue como si no hubiera pasado nada. Cuando yo lo recuerdo ahora en las clases, me dicen: bueno, es una cosa obsoleta, antigua... ¡Cómo que antiguo! Ahora mismo están recomendando cosas similares, como la vacuna de la gripe o del virus del papiloma humano, o las estatinas, o que no coma huevos la gente. ¡Pero por qué no va a comer huevos la gente! ¿Cuál es el problema de comer huevos? ¡Sea feliz! Usted intente ser feliz y tenga optimismo, disfrute de los amigos, disfrute de la comida que le gusta... Pero no, los médicos tienen una arrogancia brutal que no les hace reconocer sus errores. De manera que no hay una conspiración, hay una idiotez. Como la novela "La conjura de los necios". Lo que tenemos es eso, una conjura de necios avariciosos. Eso sí, detrás de todo ello hay mucho dinero. O sea, que la leche con hierro se la cobra a usted a precio de oro, y el ponerle que la almendra tiene fósforo supone que la almendra vale mucho más...Y de eso va el asunto.

En mi opinión, el núcleo del problema se encuentra en los expertos. El médico general, ha perdido gran parte de la confianza en sí mismo. Cree que el conocimiento lo tienen los expertos y renuncia a su saber.

La aplicación del conocimiento científico en la clínica y en el paciente que yo tengo enfrente es extraordinariamente complejo y sólo se puede hacer muy bien si se conoce muy bien al paciente. Pero el médico, hoy, conoce muy poco al paciente.

Llevando todo esto al sistema sanitario ¿Dónde se encuentra la clave de esos excesos de la medicina? ¿Qué solución habría?

En mi opinión, el núcleo del problema se encuentra en los expertos. Los expertos son los que sientan doctrina. Si examina cualquier cuestión, hay una cadena de expertos que viene desde los intereses brutales de los accionistas hasta el experto último de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia que está en hipertensión. De manera que hay una cadena de expertos que transmiten las verdades que interesan y las llevan finalmente a la prensa, a la televisión, a los medios, a los médicos e incluso a los pacientes. Así que si yo destacase algo, sería el problema de los expertos.

A los expertos hay que ignorarlos, son peligrosos. Hay algunos estudios que demuestran que cuantos más expertos participan, por ejemplo, en una guía clínica, peor calidad científica tiene la guía clínica. Porque sus orejas les llevan a sus campos. Y ahí entra la súper especialización.

Un problema añadido es que el médico general, el médico de cabecera, está perdiendo la autoridad científica que debe tener. Y gran parte de su poder lo ha perdido porque ha perdido gran parte de la confianza en sí mismo. Cree que el conocimiento lo tienen los expertos y renuncia a su saber. El saber que le da el sentido común y la formación científica que tiene, por supuesto. No estoy promoviendo la ausencia de formación científica. Pero estoy promoviendo un médico de cabecera que sea capaz de tomar decisiones cuando conoce muy profundamente a las personas. Y ese médico es muy bueno para la prevención. Porque es el médico que puede encontrar la excepción y decir: "en general su actitud, o tal práctica, no tiene sentido, pero en su caso..." y eso es conocer profundamente al paciente. Porque solamente el conocimiento profundo del paciente y de la familia permite adaptar el conocimiento científico. Hay una cuestión muy interesante que trató el epidemiólogo Feinstein que se llama "la tragedia clínico-estadística". O sea, la aplicación del conocimiento científico en la clínica y en el paciente que yo tengo enfrente es extraordinariamente complejo y sólo se puede hacer muy bien si se conoce muy bien al paciente. Pero el médico, hoy, conoce muy poco al paciente.

Pero de alguna manera, los principios, la filosofía del sistema sanitario que tenemos aquí en España, van en ese sentido...

Pero es pura teoría. Es pura ideología, pura fraseología. Por ejemplo, es imposible que el médico le conozca bien si su médico cambia cada ocho meses. Es imposible. Y eso es, hoy, el pan nuestro de cada día.

La precarización laboral existe en la Atención Primaria. Por lo cual, tener un médico veinte, veinticinco años, es algo excepcional. Lo normal es un médico cada seis meses. Y, si tenemos un médico cada seis meses, no tenemos Atención Primaria, no tenemos calidad...Y la posibilidad de sobre diagnóstico, sobreutilización y hacer de más, es brutal.

Luego, lo que hay en el fondo de todo eso es, por un lado, expertos que transmiten normas rígidas, sencillas, simples, que producen negocio y, por otro lado, médicos y otros profesionales sanitarios que no conocen a sus pacientes, con lo cual terminan ofreciéndoles lo último que el experto ha dicho. Y eso lleva graves lesiones, grandes gastos. Para que se haga idea, la satisfacción del paciente, que es una cosa muy agradable. Satisfacer al paciente se acompaña, y está demostrado, de más hospitalizaciones, más gastos y más muertes. Así que el paciente está muy satisfecho, pues se le ha hecho de todo, pero se muere.

Pero, claro, eso no es lo importante: lo importante es que esté contento. Bueno, pues habrá que explicárselo...

Y el problema ¿es de planificación? ¿De la propia estructura del sistema sanitario? Porque esa relación médico-paciente más personalizada parece un imposible. Siempre nos encontramos con que se alude a que es cuestión de tiempo y que no hay tiempo... ¿Qué medidas concretas entiende que se necesitan para poder llegar a hacer real esa teoría que vemos que no se cumple?

Hay algunas cosas que se pueden hacer y se están haciendo. Por ejemplo, el Servicio Extremeño de Salud ha hecho unos carteles dentro de una campaña muy sencilla que dice cosas como: "tener un catarro no precisa antibiótico"; o "quedarte sin el novio no exige tomar un antidepresivo". Ese tipo de pensamiento lo está transmitiendo muy bien la OCU, que está realizando una campaña contra la medicalización. Lo último que han hecho lleva por lema "pastillas, las justas". De manera que hay un movimiento social en España que ya está en esa línea. Lo que habría que hacer es apoyarlo. Sería muy interesante que no estuvieran solas esas organizaciones.

Hay organizaciones de médicos, como por ejemplo "No-gracias" que también está en esa línea. Con lo cual, hay salidas. Yo, cuando oigo a un médico decir que no tiene tiempo me entran ganas de utilizar la ametralladora. Porque es una excusa. Hay tiempo. Lo que pasa es que hay que optimizarlo. Los médicos deberían tener una mayor permanencia en sus puestos de trabajo. La precariedad de los médicos se paga con vidas. Usted puede precarizar a los médicos y que cada siete meses sean como guantes que los tira, pero usted lo paga con vidas de pacientes, no sólo con costes. Hay que cambiar eso y hay que introducir el médico de cabecera, el médico general, el médico de familia. Hay que introducirlo en los sistemas MUFACE¹⁰, en cualquier sistema que tenga financiación pública. Eso, por un lado, y, por otro, hay que controlar a los expertos. Por ejemplo, lo que ha pasado del ébola, que ha habido expertos. Los expertos son peligrosísimos. Lo que tiene que haber es gente muy normal. Casi a sorteo. Algún sociólogo, algún antropólogo, alguna señora de casa... A sorteo. Como para un juicio popular. Y a esa gente se le explica, con algunos expertos, ahí sí lo creo conveniente, las cosas. Pero las decisiones grandes deben ser más democráticas, en el sentido propio del término. Las decisiones, en sanidad, no pueden tomarse sencillamente en el Parlamento. El Parlamento tiene la credibilidad democrática, pero eso no es suficiente. Tiene que haber participación popular en el establecimiento de

10. Régimen del Mutualismo Administrativo, gestionado por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado. Es uno de los mecanismos complementarios de cobertura con los que cuenta el Régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. Un Organismo Público dependiente del Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas.

líneas clave. Y, luego, hay que desarrollar el movimiento de *menos es mejor* con el *Choosing Wisely* que buscan transmitir cosas sencillísimas.

Para que se haga idea, el ingreso más frecuente en niños hoy, en España, es bronquiolitis, una afectación de los bronquios. Un diagnóstico con el que no sabemos qué hacer. No sabemos ni qué es. Pero sabemos que no hay que hacer radiografía porque estamos radiando a los niños. Sin embargo, en cualquier hospital español hoy se radiografía al niño con bronquiolitis. No hay que determinar virus en el niño ni hay que darle aerosoles, pero todo eso se hace sistemáticamente. Eso es reflejo de una falta de ética. Y, eso, la Organización Médica Colegial debería incluirla en el código deontológico.

Así que hay vías de escape, como potenciar a los estudiantes de *farmacríticos*, potenciar las agrupaciones de médicos, redifundir las publicaciones de sobrediagnóstico... Por ejemplo, en el cáncer de mama, es un insulto que a las mujeres se les invite a hacerse la mamografía con la información que se les da. Cincuenta años después de haber empezado el cáncer de mama de la manera que lo conocemos actualmente. Es un insulto, no tiene otro nombre. Los movimientos feministas han participado en eso, pero no con suficiente intensidad.

Pero, como digo, yo soy muy optimista con respecto al futuro. Pasa lo mismo como cuando todo el mundo fumaba. Parecía que era imposible que la gente dejase de fumar. Las mujeres universitarias en Finlandia y en Noruega son las que menos se hacen cesáreas. Las cesáreas en Finlandia y en Noruega empiezan a ser una cosa de pobres que se dejan. Eso terminaremos viéndolo aquí. Ahora no. Ahora las cesáreas se las hace Sofía o Leticia. Pero se dejará de hacer. Eso lo veo clarísimamente. Lo mismo que se ha dejado de fumar. Las clases altas, que son las que tienen la influencia social, sociológica, empezarán a hacer una medicina de unas prácticas sanitarias mucho más prudentes, con límites.

Yo estoy a favor del sistema sanitario de cobertura pública, sin ninguna duda, pero también de un médico general que sea profesional e independiente y tenga un cupo definido de pacientes con los que establezca una especie de contrato de por vida. Yo tengo un paciente que me comprometo a cuidarle de por vida.

En concreto, ¿qué opina de un cambio en el marco laboral del personal del sistema público de salud?

Aquí existe la reforma a lo soviético y de pago por salario. Esta organización es muy del ejército. Muy de la dictadura de la que veníamos. No es la flexibilidad

del resto de países que nos rodean, podíamos decir Francia, el Reino Unido, en el que el médico es un profesional independiente.

Yo estoy a favor del sistema sanitario de cobertura pública, sin ninguna duda, pero también de un médico general que sea profesional e independiente y tenga un cupo definido de pacientes con los que establezca una especie de contrato de por vida. Yo tengo un paciente que me comprometo a cuidarle de por vida. Voy a intentar que él muera después que yo. Aunque sea mayor que yo, voy a intentar que muera después que yo. Son las antiguas "iguales" que había en España, que proceden de la Edad Media, que es de donde procede el pago por capitación y que fue lo que hicieron los sindicatos ingleses a final del siglo XIX. El pago *per cápita*.

Sí, yo creo que hay que cambiar de modelo. Y hay que ir a un profesional independiente que contrate con el sistema público y cobre por capitación. Lo que se está haciendo hoy, para que nos entendamos, en Ontario, en Canadá, es el mejor ejemplo. O lo que se está haciendo hoy en Noruega, en donde el médico tiene una consulta, se asocia con uno o dos médicos más, o no, y tiene un cupo o una lista. Esto es básico, fundamental. Lo he defendido incluso en un informe de la Fundación FOESSA. Es fundamental para los pobres y para los ricos. Para los pobres, es fundamental para redefinir los cuidados fundamentales y necesarios y, para los ricos, para no recibir cuidados innecesarios. Para eso es clave. Un médico con el que se puede hablar por *Skype* estando en Australia. Usted está en Australia porque está viajando o tiene una beca, pero yo sigo siendo su médico. Hablamos por *Skype* y me comenta su catarro. Ya yo le digo si tiene que ir a ver un médico, ya hablo yo con un médico australiano. Ese es el médico que necesitamos. Un médico que conozca a los especialistas. No puede ser que yo derive a los especialistas sin conocer su nombre. Yo tengo que conocer a los especialistas. Así que, sí: propongo una reforma a la inglesa. Aunque, hoy diría mejor, a la noruega o a la canadiense.

He leído en una entrevista que le han hecho¹¹, que una de las medidas que usted defiende pasaría por introducir la gestión en la clínica, ¿a qué se refiere exactamente?

Cuando hablo de introducir gestión en la clínica me estoy refiriendo a que, por ejemplo, no puede ser que el ordenador guíe, hoy, al médico porque esté hecho para la gestión. De modo que el médico, básicamente, trabaja con el ordenador para introducir datos para que la gestión tenga sus cuadros de mando. Pero el ordenador tiene que ser una ayuda para el médico y hay otras formas de utilizarlo.

11. Simó, Juan. 2014. "[Entrevista a Juan Gervas sobre Atención Primaria de Salud. Salud y Dinero](#)". Equipo CESCA, 21 de abril de 2014.

En Suecia, el médico general, el médico de familia, el del centro de salud, no teclea. Cuando sale el paciente, tienen unos minutos en los que dicta qué incluir en la historia clínica del paciente. Así, puede estar continuamente mirándole a los ojos. Porque, el médico actual, por la presión de la gestión, no mira a los ojos al paciente. Y si usted no mira a los ojos al paciente, usted no puede hacer medicina. De ninguna manera. Eso es introducir gestión en la clínica. Que el ordenador ayude al médico en la gestión clínica, en la decisión para que, si el paciente presenta un cuadro raro, que se podría buscar en el ordenador, se busque, y que esto lleve a que realmente ayude a tomar decisiones. Pero no es eso lo que hay hoy. Utilizo esta expresión también en el sentido de que si un médico puede pasar consulta en inglés y en ruso, porque en su zona hay muchos ingleses y rusos, no se le puede pagar igual que al médico que solo pasa la consulta en español. Estoy pensando también en minorías, como rumanos o gitanos. Un médico que tenga un conocimiento del mundo gitano no puede recibir lo mismo que si no lo tiene y está trabajando en la Cañada Real Galiana de Madrid. Es que no puede recibir lo mismo. Un médico que le hace biopsias, un médico general que hace ginecología, que le pone el DIU, no puede ser que cobre lo mismo que el que no lo pone. El que toma la muestra y la ve en el microscopio... Todo eso es introducir gestión en la clínica, de manera que el médico sea muy polivalente. Sea muy accesible. No puede ser que el médico que atiende a un moribundo el domingo a las cuatro de la madrugada porque es de su lista de pacientes y acude porque está muriendo a ponerle una sedación terminal, cobre lo mismo que el médico que a las tres de la tarde se despide y se va a su casa porque es funcionario. No puede ser. Y necesitamos ese médico, la sociedad necesita ese médico. Tengo un médico en Buitrago¹² que estoy seguro me atenderá como yo atendí a mis pacientes, pero en Buitrago de Lozoya lo tengo, en Madrid no sé si lo tengo. Si tengo la mala suerte de morir en Madrid, no sé si voy a encontrar a ese médico, ni qué será de mí. Así que eso es muy importante para la sociedad.

Tres cosas que podría hacer muy bien el político: una atención primaria fuerte, eso significa dinero, unas puertas de urgencia que dejen de ser para todo, y dejar de adorar a la tecnología.

Y en todo esto, ¿cuál sería el papel del político y cuál el de los técnicos?

El político tiene en la mano dejar de hablar de Atención Primaria y del Sistema Sanitario. Tomar algunas decisiones muy pequeñas. Los contratos no pueden

12. Juan Gervás fue médico rural con destino en Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón, en el Centro de Salud de Buitrago de Lozoya (Madrid) entre el año 2000 y el año 2010.

ser precarios. La urgencia no puede ser el lugar donde se resuelva todo. Y eso se puede resolver con medidas políticas. Las urgencias en España están convirtiéndose en una especie de hospital para todo. Para el catarro, para el accidente de tráfico grave.... Y eso es un error gravísimo. El político, por otro lado, podría dejar de adorar la tecnología. Hay tecnología que no necesitamos o que hay que utilizar muy raramente. Esas son tres cosas que podría hacer muy bien el político: una atención primaria fuerte, eso significa dinero, unas puertas de urgencia que dejen de ser para todo, y dejar de adorar a la tecnología.

Y la sociología, ¿qué tiene que decir a todo esto?

Yo creo que desde el punto de vista sociológico se ha tratado muy poco. En mi opinión Juan Irigoyen¹³ está muy solo. Hay muy pocos sociólogos que, como él, sean capaces de venir a nuestros seminarios y exponerse a hablar con médicos, estudiantes, residentes... y decir lo que es, para él, como sociólogo y diabético, enfrentarse a esta locura que es el sistema sanitario para un paciente. Porque claro, yo soy médico, me muevo en el sistema sanitario. Pero un paciente normal, incluso universitario... ¡esto es una locura! Yo necesito otras cosas que no me está dando el sistema sanitario. La solución la está encontrando la gente que tiene dinero en lo privado, donde, finalmente, yo considero que están actuando como los "Robin Hood" en el sentido de que son los especialistas de lo privado lo que roban, en este caso, salud a los ricos. Lo que pasa es que tienen tanta salud que es imposible matarlos, se resisten.

Pero yo echo de menos sociólogos potentes. Muy sencillos. A nosotros nos maravilla leer a Juan Irigoyen. Cómo organiza él lo que nosotros sentimos pero no somos capaces de definir porque no tenemos ese conocimiento.

¿Y no puede ser que haya estado la medicina cerrada a otras visiones, a otras perspectivas?

Sí, pero eso era cierto hace treinta años, hoy no. Nosotros llevamos treinta años en esto. Llevamos los seminarios de innovación desde hace ya diez años. Hay un mundo por ahí, en ebullición, en el que se admite perfectamente a sociólogos, antropólogos, gente de malvivir... (risas). Reconocemos que tienen unos instrumentos que nosotros no tenemos y que necesitamos para comprenderlos.

Muchas veces, cuando uno habla con filósofos sobre ética ¡es un placer! Dices, ¡demonio, eso es lo que yo quería decir pero no supe decirlo! Yo pediría que hayan movimientos más proactivos. Hoy hay un movimiento grande, pero

13. Juan Irigoyen es Profesor Titular de universidad en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada, y es la persona que nos ha puesto en contacto para realizar esta entrevista. En 1984 presentó una tesis doctoral sobre la reforma de la atención primaria. Tanto su labor docente como su práctica investigadora giran alrededor de la Sociología de la Salud. Desde 2013 mantiene la bitácora '[Tránsitos intrusos](#)'.

encuentro pocos en sectores que no sean médicos. La mamografía produce cáncer. Yo lo digo y hay un movimiento enseguida diciendo "eso es mentira". Te mando la bibliografía en que lo demuestra e, inmediatamente, hay cien médicos que están dispuestos a decírselo a sus pacientes: una mamografía equivale a doce radiografías de tórax, y que cada cien mil radiografías, por decir una brutalidad, noventa cánceres. Eso, en otras profesiones, yo no lo estoy viendo. Así que más proactividad. Aunque, insisto, yo soy optimista. Los problemas hay que identificarlos, pero los problemas no nos hundan bajo la tierra. Al revés. Hacen que nos crezcamos, aumenta la resiliencia.