

Entrevista a Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández sobre su libro "La expropiación de la salud" (Barcelona: Los libros del lince; 2015)

Pregunta: ¿Por qué el título del libro?

Respuesta:

Mercedes Pérez-Fernández: Los títulos tienen que ser concisos, claros y directos y de ahí la contundencia de la frase. El lector sabe desde el principio que trataremos de un proceso coercitivo, de una violencia que deja sin autocontrol y capacidades de autocuración a individuos y poblaciones.

Juan Gérvas: En una nota a pie de página del prólogo dejamos claro que el título de nuestro libro fue subtítulo del de Iván Illich, "Némesis médica" (publicado en 1975). No hemos pretendido actualizar las tesis del pensador y filósofo austriaco pero sí reconocemos su influencia. Los médicos cuentan todavía con la confianza de la población pero son ellos los agentes necesarios para lograr la medicalización de la sociedad a través de la expropiación de la salud.

P: Siendo los dos médicos ¿no se puede entender un enfoque tan crítico como algo innoble con sus compañeros?

R:

MPF: Seríamos innobles con la profesión si calláramos. El libro es un canto a la medicina que ofrece cálida calidad científica, la que tantos médicos practican. Pretendemos contribuir a un profesionalismo que ve al médico comprometido con la sociedad en el sentido de ofrecer cuidados necesarios a quienes los precisan. En el libro criticamos la corriente que convierte a la medicina en una pseudociencia por no tener límites; todo lo promete con tal de venderlo. Es innoble el que calla y no señala estos problemas ni ofrece soluciones.

JG: No hay nada más temible que el halago inmerecido. Todo adulador vive a expensas de quien lo escucha con agrado y eso es lo que vemos a diario en quienes jalean una medicina que promete casi la juventud eterna. Los médicos tenemos un inmenso poder para hacer el bien, pero el mismo para hacer el mal. Y con el mal se logra mucho, muchísimo más dinero e influencia, pues es una multitud la que está dispuesta a comprar promesas de vida sin problemas, sin dolor, sin enfermedad, sin sufrimiento y sin muerte.

P: En el texto hay una preocupación constante por los problemas de salud mental, ¿por qué?

R:

MPF: La salud física también nos preocupa, pero es cierto que la salud mental sale desde el primer capítulo al último, desde la dignidad del vivir a la del morir. Es lógico pues nada como el desasosiego y el desvalimiento de quien hemos hecho creer que ha perdido los cabales. La tolerancia a las variaciones de la normalidad mental son muy fácilmente manipulables. Compruebe, por ejemplo, lo fácil que es decir de un asesino en serie que es un "psicópata", o un "enfermo mental", con lo que se transmite una ideología que ve como peligroso al paciente con problemas de salud mental. Es muy frágil el equilibrio que nos permite vivir en relativa paz con nosotros y con la sociedad. Romperlo por hacer negocio, por vender medicamentos, es un crimen.

JG: El ser humano tiene capacidad de metacognición, de autoaprendizaje y, hasta cierto punto, de "conocerse a sí mismo". Es importante que seamos capaces de vernos en el espejo y no sólo físico. La salud mental admite tantas variaciones como la salud física, pero hay un progresivo afán de delimitar lo normal y de definir lo "anormal" en forma que se facilite el control social. Lo señalamos incluso en el prólogo, al poner el ejemplo de los anti-depresivos cuyo mismo nombre es una mentira, un engaño que se aplica a otro engaño, pues se trata con un medicamento sin efectos beneficiosos (pero sí perjudiciales) lo que en general son variaciones del ánimo normal, como por ejemplo el simple decaimiento vital o la conmoción que conlleva el duelo por la muerte de un ser querido.

P: También tenéis un sesgo a favor de la mujer, por ejemplo respecto a su auto-imagen y al embarazo y parto.

R:

MPF: Es innegable, lo admito, me duele el encarnizamiento con la mujer. Lo hemos estudiado y señalado en muchos textos y en el libro no podemos dejar de señalar cómo se ceba la expropiación de la salud con la mujer. En cierta forma es lógico, pues la biopolítica que promueve la expropiación de la salud busca el control de la poderosa mujer, de la mujer fuerte y libre capaz de rebelarse contra el patriarcado que la domina con, por ejemplo, las pautas respecto al embarazo y al parto. Con la expropiación de la salud, la mujer deja de ser independiente y durante el embarazo se convierte en un ser sumiso pendiente de los resultados de ecografías y análisis que carecen de fundamento científico. ¿Qué decir de los días y noches dedicados a la dieta y a conseguir una "figura ideal", siempre perseguidas por una obesidad de origen político que se pretende provocada por los estilos de vida, no las condiciones de la misma?

JG: La mujer es la mejor agente de salud y lo consigue ofreciendo un ambiente sano en el útero y una mano al que muere dignamente, pasando por crear un clima favorable a la salud mental personal y familiar que genere alegría de vivir y por otros muchos procesos en el ambiente laboral, por ejemplo. La mujer ha sido y es el objeto preferido de la medicalización pues su biología le lleva a "preocuparse" más de su cuerpo, a tratar de evitar la enfermedad antes de que llegue y a ser la "cuidadora principal" de sí misma y de otros miembros de la familia y de la tribu (en la actual sociedad, incluye, por ejemplo, la buena vecina joven que se cuida de la compra de la anciana viuda y sola aislada en su domicilio). A la mujer como persona y como profesional sanitario le han ido quitando las capacidades de autocuidado que le han dado poder a lo largo de cientos de miles de años, como en el caso del parto. Por ejemplo, la expropiación del parto por los ginecólogos lo ha llevado al hospital, sin fundamento. En otro ejemplo, el biberón y las leches artificiales recomendadas por los pediatras han expropiado a la mujer de la lactancia artificial hasta hacer "obsceno" el dar de mamar en público. ¿Cómo no tener un sesgo que insista en recuperar parcelas perdidas y usurpadas a la mujer por los médicos negociantes?

P: Los casos clínicos son a veces conmovedores y recorren la consulta desde el embarazo y el parto a la vida en su complejidad y a la muerte con dignidad. Me han impresionado especialmente "Se me ha muerto el gato", "Cuando la enfermedad tuerce los planes vitales", "Un bebé con cabeza deformada", "Un chequeo que se complica", "De embarazada sana a depresión posparto" y "Muerte entre las máquinas".

R:

MPF: Escribir los casos clínicos ha sido recordar vívamente el sufrimiento de tantos pacientes hasta tal punto de que nosotros mismos nos conmovíamos, a veces hasta llorar. No es fácil ser médico y tratar con el dolor, el sufrimiento y la muerte, y más cuando mucho de todo este enfermar es fruto de la expropiación de la salud. Hemos intentado que los casos clínicos sean fácilmente legibles, y para ello hemos evitado muchos detalles técnicos. También hemos buscado un equilibrio entre los casos "optimistas" y los "pesimistas". Cabe aprender de los casos y por ello los hemos incluido como elementos fundamentales en todos los capítulos.

JG: Durante mucho tiempo hemos estado en soledad, ninguneados por las instituciones oficiales, pero siempre hemos contado con el apoyo de los compañeros (médicos y de otras profesiones) que se sentían identificados con lo que hacíamos, pues partíamos del sufrimiento cierto, de lo que pasa por nuestras manos en las consultas y domicilios. La dignidad de nuestros pacientes es nuestra dignidad. Sus relatos y sus vivencias son lo importante pues los profesionales sencillamente

"pasamos por ahí" intentando ofrecer una alternativa que ayude. La narrativa es clave y por ello un buen médico es el que sabe escuchar las historias que le cuentan sus pacientes, cada uno con sus matices y sus culturas diferentes. Al incluir profusamente casos clínicos esperamos que el lector pueda entender las emociones que no se deben negar en una reivindicación contra la expropiación de la salud.

P. En el libro hay muchos datos y mucha información valiosa, pero no hay referencias bibliográficas, ¿por qué?

R:

MPF: Como explicamos en el prólogo, un libro del siglo XXI no precisa esa lista petulante de referencias bibliográficas tan típica de los libros del siglo XX. Pareciera que la referencia da crédito, pero eso muchas veces es falso y siempre es innecesario. El lector puede teclear en un buscador de la Red la frase que contenga el dato de su interés, y de inmediato encontrará la referencia. Y, en todo caso, estamos a disposición de quien precise más. Es lo mismo que hemos hecho y seguimos haciendo con el libro de "Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)".

JG: Las referencias bibliográficas tienen por objetivo llevar al lector al documento original del que procede el dato o la cita. La lista de referencias era parte de todo documento científico, y como tal pervive por más que sea un componente obsoleto. El acceso a las fuentes de información ha cambiado y hoy en día es más fácil encontrar una referencia a partir de una línea de su contenido que a partir de su referencia científica. ¿Por qué aburrir y distraer al lector con algo inútil? En la duda, estamos a disposición de quien lo precise, en los correos electrónicos [mpf1945@gmail](mailto:mpf1945@gmail.com) y jjgervas@gmail.com

P. Por último, ¿queréis destacar algún párrafo en concreto para animar a la lectura del libro?

R:

MPF: Del capítulo 3, sobre la expropiación a través del poder de la biometría y la biopolítica, que permite el monopolio de la definición de normalidad:

"El poder de la biopolítica se funda en la expropiación del cuerpo y a su través de la salud, la enfermedad y la muerte, pues permite que sean los médicos quienes definan lo que es sano, normal, conveniente y bueno en todas las actividades individuales y sociales, como las horas de insolación en la playa, el consumo «moderado» de alcohol, el «sexo prudente» o las cantidades de fibra «recomendables» en la dieta.

El poder de la biopolítica abarca incluso campos morales, espirituales y filosóficos por la corrupción de la medicina a través de los juicios de valor. Por ejemplo, la enfermedad y la muerte devienen en evitables y consecuencia de una vida «disoluta e irresponsable». Así, si alguien tiene un infarto de miocardio se juzga que «¡Algo habrá hecho! (o dejado de hacer)» y se inquiere acerca de sus hábitos, como tabaquismo y sedentarismo. Los pacientes expresan temor ante estas conductas irracionales, propias y ajenas, y los médicos se sienten culpables ante las enfermedades y la muerte, como si todo se pudiera evitar".

JG: Del capítulo 15, el último, sobre la expropiación mediante el rechazo al dolor, el envejecimiento y la muerte:

"La expropiación de la salud destruye el potencial personal, familiar y social para afrontar hechos inevitables como el dolor, el sufrimiento, el desánimo, el sentimiento de vacío existencial, el miedo al futuro, la enfermedad, el envejecimiento y la muerte. En cada etapa de la vida se inyectan miedos, desde el embarazo a la muerte, pasando por el parto, la infancia y la juventud, sin dejar ningún hueco, como la menopausia y el envejecimiento. Se promueve la dependencia constante, y al final se pierde la autonomía del vivir y del morir. El paciente deja de ser dueño de su propio cuerpo, de su salud, enfermedad y muerte. La muerte se presenta como fracaso y no como inevitable gozoso final a una vida vivida con intensidad. Finalmente se secuestra hasta el lugar del morir y se acepta el omnipresente «culto al hospital», lo que lleva al moribundo directamente a urgencias, al ingreso hospitalario e incluso a la Unidad de Cuidados Intensivos, expresión máxima del miedo a morir sin asistencia médica.

El moribundo encerrado en la Unidad de Cuidados Intensivos vive indignamente «secuestrado» sus últimas horas, rodeado de alta tecnología y de profesionales sanitarios que no le abandonan ni un segundo, pero lejos de su hogar y sin contacto ni siquiera con sus más cercanos familiares (a lo sumo unos minutos al día), y su cuidado puede verse como una refinada muestra de tortura en una moderna prisión, con tubos, sondas, cánulas, agujas y terminales electrónicos por toda la superficie y agujeros de su cuerpo. En esta situación se produce el máximo desencuentro entre el médico, pendiente del «exterior» (los datos clínicos), y el «interior» del paciente, quien casi no tiene oportunidad de hablar. Irónicamente, el que va a morir ni siquiera lo sabe en muchos casos, pues los propios profesionales niegan la muerte inminente, que ven como fracaso. Si se atreve a preguntar el simple: «¿Qué pasa? ¿Va todo bien?», obtiene tecnicismos por respuesta y el «No se preocupe, estamos haciendo lo imposible». En ese mundo de altas tecnologías y bajas «humanas energías», totalmente deshumanizado, no cabe nada sagrado ni trascendente, ni una pizca de espiritualidad, ni un poco de ternura, ni un gramo de amor, ni casi compasión. El enfermo muere en absoluta soledad,

con la mayor indignidad y en el ambiente más cruel nunca imaginado".