

LA MEDICINA ENFERMA

*Iatrogenia, Némesis Médica
y la industria farmacéutica*



PROKOMUN Nº 20

LA MEDICINA ENFERMA

Mandala Ediciones
info@mandalaediciones.com
www.mandalaediciones.com

Diseño gráfico: &O
Printed by : Quares
en papel ecológico
I.S.B.N.: 978-84-17693-45-9

Se puede copiar y reproducir tranquilamente

Índice

NÉMESIS MÉDICA. Destruyendo el concepto de Salud: el humanismo radical de Ivan Illich / R. Herrera	5
LA MEDICINA ENFERMA / A. Embid	29
-LA MEDICINA ¿UN PELIGRO PARA LA SALUD?	
-INDUSTRIALIZACIÓN DE LA SALUD	
-LA MEDICINA NUEVO OPIO DEL PUEBLO	
-¿QUE HACER CON LA INDUSTRIA FARMACEUTICA?	
Iatrogenia en España	119
Los tratamientos médicos son ya ¡la primera causa de muerte! / DSALUD	123
"El sistema sanitario es una verdadera mafia que crea enfermedades y mata por dinero y poder" / DSALUD	141
Durísimo ataque a la industria farmacéutica / DSalud	161
¿Se puede curar la medicina?	
La corrupción de una profesión / rafabravo	182

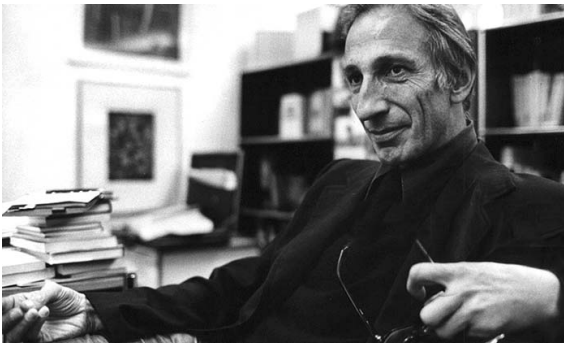


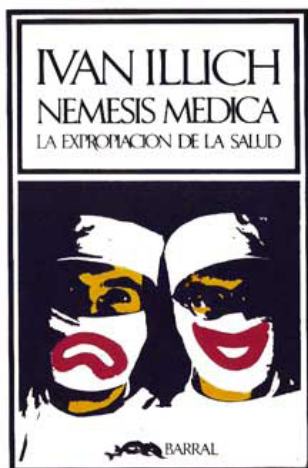
NÉMESIS MÉDICA

Destruyendo el concepto de Salud: el humanismo radical de Ivan Illich

Por [Rubén G. Herrera](#) | 19 Dic, 2016 |

Casi un siglo después de la publicación de la novela de Leon Tolstoi, *La muerte de Ivan Illich*, fallecía el personaje real y homónimo, Ivan Illich, en el año 2002 en Bremen. Se nos iba su intelecto maldito, no sin una larga lucha, tras años de negación a los varios tratamientos contra el cáncer de parótida que los médicos le sugerían, encarnando así su propio modelo de pensamiento crítico contra toda estructura o institución social; en su caso, la de la “empresa médica” a la que siempre trató de combatir,





pues su más destacada aunque olvidada obra “Némesis Médica” (1975), es quizá el texto de su categoría (un amplio ensayo de investigación) más provocador y radicalmente destructivo del ámbito de la medicina de todos los tiempos.

En sus últimos años, sufrió de cáncer, que intentaba combatir con yoga, la meditación, incluso opio o hachís, así como una gran dosis de optimismo vitalista. Algo de esto, o quizá todo en suma, le permitió prolongar su muerte diez años más de lo estipulado por los diagnósticos médicos, y no por una necesidad de extender su existencia a cualquier precio; ni siquiera con ningún tipo de creencia ciega en la medicina alternativa u homeopática; sino

con **la aceptación de su inminente defunción siempre por delante.** Muy al contrario del Ivan Illich real, si repasamos las líneas que recrean al personaje de Tolstoi, vemos que éste no aceptaba la muerte, la temía en todas sus formas; temía la inconclusión de sus hazañas y aportaciones en vida. Si lo pensamos, bajo esta anecdótica comparativa, **subyace uno de los dilemas humanos más trascendentales: el que gira en torno a la salud, a la experiencia con la muerte, a la conciencia del tiempo finito, pues a partir de aquí se desarrollan la mayoría de las nociones de poder/subjetividad/identidad que tienen cabida en la existencia humana. Por eso quizá se nos antoja importante el pensamiento de este autor que hoy rescatamos** aquí justo en el 90 aniversario de su nacimiento. Pocas veces aparece un genio no monotemático, no especializado en un aspecto concreto (literatura, arte, ciencia...) sino multidiscursivo, capaz de arrojar luz en los rincones de nuestra cultura y civilización más distantes. Una palabra le define (y qué difícil es encajarle esta palabra a un autor): y es la de **polímata**. Asimismo, nunca un ideólogo fue tan radical con todas las instituciones dominantes (religión, educación, salud...) y, al mismo tiempo, tan valioso como “destructivo”o en su aporte.

Sin duda todo un movimiento de renovación pedagógica que contrasta con su frágil recuerdo.

Ivan Illich y la senda de la reivindicación médica

«La medicalización de la vida no es sino un solo aspecto del dominio destructor de la industria sobre nuestra sociedad».

Cuando nos acercamos a *Némesis Médica*, estamos ante un texto complejo, arriesgado y que enfoca múltiples áreas del pensamiento humano. Pero ante todo, estamos ante un estudio de sociología interpretativa de óptica crítica, comprensiva, que recupera el fervor del *Versheten*, la tradición de un tipo de pensamiento crítico cuyos precursores fueron Vico, Herder o Wittgenstein; esto es, el análisis más puramente crítico. Ivan Illich toma referencias de la antropología médica y sus grandes tradiciones de estudio, las terapias alternativas como el caso de los azande o la medicina china. Y es interesante este primer punto, pues una relectura actual de estas perspectivas, algo que no da tiempo a hacer aquí, nos ayudaría a **acercar posturas entre la medicina dominante y la medicina alternativa**, hoy tan polarizadas en Occidente: foros de Internet y cualquier otro espacio de debate, donde las posturas son tan acentuadas y las acusaciones tan ácidas que parecen los argumentarios de unos acérrimos hinchas de fútbol.

No se ofendan, Illich también se enfervorecía en cualquier línea de debate. Junto a autores como Erving Goffman, Anselm Strauss, Byron J. Good, Howard S. Becker, Thomas

McKeown o Michel Foucault (para quien la medicina era, recordemos, una «estrategia biopolítica»), supondría una influencia para la sociología médica que, desde los años 60, revolucionarios para esta materia, toma la senda de la reivindicación de las funciones sociales y culturales en el ámbito de la medicina y la connivencia con la estructura social y jerárquica de poder que perpetúa este distanciamiento. Estos autores (aunque difícilmente englobables en una única categoría) alteraron, cada uno a su manera, **el estatuto científico de la medicina, que como tal, se había ido alejando progresivamente del estudio del significado de las dolencias, del sufrimiento, para centrarse en el paradigma del “modelo de diagnóstico clínico”**. Estas corrientes críticas tomarían, en cambio, perspectivas hermenéuticas, interpretativas o fenomenológicas.

En este punto, estamos enfocando de lleno el tradicional problema de la relación ambigua entre ciencias sociales y salud, y en el caso de Ivan Illich, estamos ante uno de esos autores generalmente olvidados, pero un referente y visionario de lo que ha venido ocurriendo en materias muy diversas como la educación, la gestión de los recursos naturales, la energía, la salud y otros bienes comunales. Pero lo más interesante es quizá el tema de la salud; el más ignorado. Una exclusividad que hace que sea el motivo por el que nuestra reflexión en torno a Illich se centra en este aspecto concreto de su pensamiento.

El binomio salud/enfermedad en Ivan Illich

Ya en la introducción de *Némesis Médica*, Illich describe un paisaje de lo médico y lo social que hoy parece **impensable como hipótesis para un tratado de su categoría**. Se resume su idea en tres explosivas citas:

La medicina clínica «produce daños superiores a sus beneficios», cosa que está empeñado en demostrar con innumerables estadísticas y referencias bibliográficas de todo tipo, hasta la extenuación.

Que el enfoque biomédico dominante, además, «enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad».

Que la medicina actual «expropia el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente», negando las capacidades y recursos que históricamente los pueblos del mundo han tenido para tratar la enfermedad de sus individuos.

Estas premisas pronto nos llevan a uno de esos desconocidos términos tan significativos, como es el de “**latrogenesis**”: el concepto que vertebra esta obra, algo así como el “error fundamental” de la profesión médica. Ivan Illich la desglosa en tres bloques: *latrogénesis Médica/Clínica*, *latrogénesis Social* y *latrogénesis Estructural*.

En una síntesis de sus ideas que se precie, es necesario hacer hincapié en que su noción de Salud se parece a su noción de Saber, ambas son puramente idealistas, sí, pero con un fundamento crítico único. Mantiene con firmeza una retórica política de igualdad de acceso a la

sanidad, que según él, debe ser equidad y no igualdad, ya que una sociedad que aplique la igualdad de manera absoluta será una sociedad injusta, por no tener en cuenta las diferencias existentes entre personas y grupos. **Es en este tipo de reflexiones de carácter humanista, que va introduciendo paulatinamente, donde encontramos al verdadero Illich, y la influencia de su pensamiento transversal en otras áreas como la educación** (*La Sociedad desescolarizada*, de 1971, es su obra más reconocida, apenas cuatro años antes que *Némesis Médica*). Aquí un extracto de lo que aquella obra proponía:

El colegio se había alejado [...] del modelo de casas de lectura, similares al **shul** judío, la **medersa** islámica o el **monasterio**, donde los pocos que descubran su pasión por una vida centrada en la lectura pudieran encontrar la guía necesaria, el silencio y la complicidad del compañerismo disciplinado que se precisan para la larga iniciación en una u otra de las diversas “espiritualidades” o estilos de celebrar la cultura del libro [...].

La Cultura, junto con la Educación, son, aunque pueda sorprender, los pilares en los que Illich asienta su tratado crítico sobre Medicina. En cuanto a la Educación, Illich piensa que las sociedades occidentales han desarrollado una dependencia en los médicos, pues ya desde el nacimiento, todas las actividades de la vida en torno a la salud giran en torno a la biomedicina y sus espacios. Los seres humanos son endoculturados en un sistema al que se

entregan ciegamente, pese a que a menudo ese sistema sanitario al que se entregan, no les aporta los resultados que, oficialmente, dice ofrecer. Illich retoma, como decimos, muchos de los argumentos que ya había desarrollado en su anterior obra, *La Sociedad Desescolarizada* (1971): la deslegitimación del modelo de enseñanza que ha convertido “el derecho a aprender” en “la obligación de la escuela” para generar un desinterés sistemático y alejar a las masas de un aprendizaje cualitativo/crítico/plural y en su lugar, imponer un aprendizaje especializado/práctico/acrítico. Es por eso que el pensador equilibró su obra completa en forma de **una gran denuncia transversal**, como propuesta para combatir la ignorancia en temas como la salud, la Medicina y sus estructuras de poder. Esta reflexión recuerda la filosofía marxista de Lukacs y su concepto de reificación en el terreno específico de la enfermedad, en la medida en que esta “**tecnocracia de la salud**” ha impuesto progresivamente la negación de la gente a descreer o a negar completamente su propia capacidad para resolver por sí misma sus necesidades vitales y construir necesidades nuevas basadas en el intercambio económico. La Salud, defiende Illich, es uno de esos ámbitos y bienes comunes de la humanidad (como decía con el ámbito de la Enseñanza); «**la industrialización de las necesidades reduce toda satisfacción a un acto de verificación operacional**». Esto convierte a la persona en dependiente de un sistema económico en torno a la salud. En esta visión, que agrade a la

institución de la salud en Occidente, la tesis más primaria es que, con una mejor educación, tanto de pacientes como de médicos, se podrían solucionar la mayoría de los problemas que ocasiona el contacto de la población con la Medicina.

Bajo esta perspectiva que hemos trazado, Ivan Illich niega el que viene a ser uno de los grandes tópicos optimistas de la ciencia moderna y que le han venido permitiendo hacer *cualquier cosa*: que el progreso terminaría superando todas las dificultades; como ese pensamiento general de que la Medicina hace aumentar la esperanza y la calidad de vida en toda la humanidad. Illich busca aquí desmontar uno de nuestros más fundamentales mitos, y para ello, más que una visión científicista, lo que hace falta es una perspectiva historicista de la salud y la enfermedad (y que los expertos en salud tienen cada vez más anulada) según la cual, lo más importante no es el avance técnico, que está ahí (no lo niega); pero lo importante es entender las enfermedades como un proceso histórico, pues se van superando a lo largo de la historia (tuberculosis, viruela, difteria, sida, incluso, una buena parte de las enfermedades cancerígenas, etc.) y donde el factor esencial para vencer una epidemia es el ambiente: la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo, el grado de cohesión vecinal... la calidad de vida y por supuesto, la Cultura.

Esto justifica el por qué algunas enfermedades persisten en los países subdesarrollados aún existiendo procesos de tratamiento y cura en

muchas de ellas. Tienen lo que llamamos un **“grado de endemia”**, una influencia del contexto social, político, económico, que la hace pervivir. La biomedicina trabaja con criterios como la productividad, rentabilidad, la popularidad, la tempestividad incluso (promovida por los medios de comunicación) que la hacen ser un modelo que promueve una “sociedad internacional” profundamente impersonal, pero jamás, nunca, ninguna institución, se utiliza este índice de gran valor, el grado de endemia, para medir los factores socio-culturales de una enfermedad.

De este modo, que podríamos seguir exponiendo con muchos ejemplos contenidos en *Némesis Médica*, Illich hace chocar la tradición con la modernidad. Lo hace, incluso con el concepto de ***némesis*** de la tradición mitológica grecolatina y que da título a la obra.

La *némesis* (justicia retributiva o “venganza divina”) y su opuesto, la *hybris* (la desmesura humana): **«Nuestra *hybris* higiénica contemporánea ha conducido al nuevo síndrome de *nemesis* médica»**, sentencia. Él mismo justifica que estas son argumentaciones al margen de las ciencias puras, puesto que la realidad tampoco encaja con «el paradigma explicativo que actualmente ofrecen los burócratas, terapeutas e ideólogos para las crecientes *diseconomías* y *disutilidades* que ellos mismos han elaborado con una total falta de intuición y que tienden a llamar “comportamiento contra-intuitivo de los grandes sistemas”».

Aunque Illich promueva este tipo de analogías mitológicas, afirma no estar concibiendo ningún nuevo tipo de «filosofía médica». No pretende ningún tipo de homeopatía, si bien, este debate probablemente donde empezó a endurecerse fue con él. Se autoexcluye de cualquier “pretensión mesiánica”, pero en realidad, su mensaje sí que va en esta línea, por la naturaleza misma de sus reflexiones. Aún pese a ello, este intelectualismo radical es siempre un reto estimulante para cualquier cerebro pensante que se acerque a él.

La metáfora del Progreso; el poder profesional; la Muerte

El enfermo imaginario (Honoré Daumier, 1879).

En la retórica de Ivan Illich predomina el análisis de la metáfora, y en este sentido, su figura intelectual se postula como uno de los precursores de los usos actuales en la ciencia interpretativa que ha venido luchando contra el problema epistemológico de las representaciones dominantes e impuestas, como la **metáfora del progreso**. Por ello, se postula el concepto de iatrogenia, arriba resumido, y la obra no es más que el desarrollo amplio de las implicaciones de este concepto. Pongamos un ejemplo: hoy en día, son muchos los que defienden el argumento “illichiano”, más o menos popular, de que ***los efectos secundarios de los medicamentos son la tercera causa de muerte en los países Occidentales***. O la segunda, o la primera, según la fuente que se consulte. El

tema es muy serio pero los datos nunca parecen seguros o definitivos. La idea, por manida, nos resulta siempre difícil de creer. El prejuicio a combatir el “desarrollo” se resiente.

El poder profesional es una noción que para Illich está imbuida de un *corpus metafórico*, simbólico, de representaciones sociales instauradas, que lo legitiman contra esa iatrogenia sistematizada. Conviene rescatar íntegramente una cita amplia:

«... los cuerpos de especialistas que hoy dominan la creación, adjudicación y satisfacción de necesidades constituyen **un nuevo tipo de cártel o agrupación de control**. Están establecidos con más arraigo que una burocracia bizantina, son más internacionales que una Iglesia universal, más estables que un sindicato industrial de la misma rama y están dotados de competencias más amplias que las de cualquier chamán y de un poder sobre lo que ellos dicen ser víctimas mayor que el de cualquier mafia [...]. Hoy los doctores y los asistentes sociales (como antes sólo lo hacían los sacerdotes y los juristas) consiguen poder legal para crear la necesidad que, por ley, únicamente ellos están autorizados a satisfacer [...] Las autoridades que, durante la era liberal, estaban unidas en el médico individual para el tratamiento del cliente se las ha apropiado ahora la corporación profesional. Esta entidad se modela para sí misma una misión social. Es un hecho que durante los últimos veinticinco años la medicina ha dejado de ser una profesión liberal para pasar a ser una profesión dominante,

al obtener ese poder de dictar lo que constituye las necesidades sanitarias de la gente en general. Los especialistas de la salud, en cuanto corporación, han adquirido la autoridad de determinar qué cuidados sanitarios deben proporcionarse a la sociedad».

Esta reflexión nos acerca al concepto de muerte. Especialmente, cuando menciona a la “corporación profesional” y al actual estado de la capitalización y medicalización de la salud como una perspectiva dominante. Y dice, no sin cierto aire poético: «la **muerte mecánica** ha vencido y destruido a las demás muertes». Se atreve a desarrollar sus “etapas” socio-culturales en la historia de la Humanidad; un recorrido que concluye en la objetivización de la muerte de un sujeto como un fenómeno de carácter meramente utilitarista: el sujeto muere «cuando deja de ser productor y consumidor».

Al final de la obra, en su propuesta para superar esta fase histórica que es la némesis médica, arguye que hace falta recuperar “la autonomía personal” en el ámbito de la salud; un “despertar ético”. Algo que tiene su parte de razón, en la medida en que reclama algo que el tiempo ha hecho aún más evidente: la necesidad de un nuevo código, tanto moral (para el paciente-enfermo), como deontológico (para el experto-médico) a la hora de afrontar la enfermedad, así como la erradicación del modelo de empresa médica. Pero también tiene su parte de error, al no concebir que el pensamiento es colectivo, dinámico y evolutivo, y la ciencia ha entrado de lleno en todo esto: el conocimiento cada vez más

profundo de la naturaleza (física y psicológica) genera avances innegables en el mundo de la salud. Aunque la ciencia invade todos los aspectos de la vida, el avance de la cultura no es algo que pueda ser obviado. Illich denuncia, eso sí, la forma en que tiende a reducirla al mínimo, a “expulsarla” progresivamente de determinadas parcelas del saber, como la salud. **Aquí es donde entra, como una aguja hipodérmica (nunca mejor dicho), la teoría de la lucha de clases del marxismo tradicional en materia de Salud.**

Errores y aciertos de Ivan Illich

El pensamiento de Illich fue complementándose con cada obra; entre todas ellas había una relación en fondo y forma, llegando a momentos de gran inspiración de su aportación crítica al desarrollo humano; pero también a algunos errores metodológicos sustanciales. El primero y más remarcable quizá sea el de la crítica desmedida. No hacía falta un argumentario tan radical, disparar sus balas como una ametralladora, hacia todas las direcciones, para defender en cambio, argumentos tan presumiblemente válidos. Algo que resolvió la automoderación de esta perspectiva, que irá comprendiendo progresivamente ese «papel excesivamente preponderante de las profesiones sanitarias en general y de la médica en particular, en la definición de la enfermedad y sus remedios, cuestionando así la capacidad de los servicios sanitarios en la prevención y curación de ésta».

El panorama social que podemos imaginar tras las lecturas de los textos más relevantes de Ivan Illich resulta muy desalentador; aboca a una especie de idealismo catastrofista, aunque la realidad parece en muchas ocasiones estar cumpliendo todos los pronósticos al pie de la letra (el mundo de la Salud Pública no está viviendo su mejor momento, precisamente). Pero como investigadores no podemos caer en algunos de estos “augurios” porque de este modo, estamos guiando nuestra investigación hacia una crítica descontrolada. Sin embargo, el brillante currículum de Ivan Illich hace precisamente eso, deslumbrarnos con su transversalidad en la ciencia y el pensamiento humano, que además en su caso, con su movilidad y su facilidad para los idiomas, se convirtió en un intelectual tanto para los países del este, como para los países anglosajones o Latinoamérica. Su arriesgado y en ocasiones desesperado planteamiento, nos ayuda en el fondo a **entender al ser humano holísticamente (bio-psico-social)**. Y sin embargo, nos encontramos con una pregunta que a menudo nos viene a la cabeza: ¿por qué el mundo académico se olvidó de Ivan Illich? A día de hoy, ha quedado encasillado en el intelectualismo de resistencia, con influencias posteriores (no exento de ser un “mesías” del underground también) en corrientes de la Contracultura como el Decrecimiento (fue amigo suyo Jacques Ellul). Se movió en dos corrientes de escritura: la de la **acción crítica** y la de la **teleología**; entre ciclos de guerra y la paz espiritual se le puede imaginar en nuestros

días.

Han tenido que pasar muchos años para que el modelo biomédico sea puesto en entredicho de una manera amplia y abierta. La Medicina de nuestros días ha asumido, más que en el momento en que se escribió esta obra, que no está en posesión de la verdad absoluta sino que es un método, un camino, entre otros tantos. Pero este “avance” en la capacidad autocrítica de los profesionales de la salud no es suficiente, no exime de las irresponsabilidades estructurales, de la injusticia sistematizada a través del tejido corporativo global, y por ello, resulta estimulante la lectura del pensador vienés en pleno siglo XXI, y encontrar argumentos que en su momento (y también hoy) nos parecen extravagantes, como que **«los pacientes descubren que les hubiera ido mejor sufriendo, sin recurrir a la medicina»**.

Sin embargo, tarde o temprano, en el avance de cualquier texto de Illich, nos encontramos con declaraciones que se reducen a un mero exabrupto. Por ejemplo, incurre en el mismo error que critica, al emplear la estadística descriptiva como fuente de verdad; abusa del dato estadístico y a menudo lo instrumentaliza para que encajen en sus propios argumentos; este uso es continuado y llega a resultar un *leitmotiv* en sus reflexiones, que necesita “objetivizar” con referencias y fuentes de todo tipo. Abundan vagas afirmaciones del tipo **«el 80% del presupuesto médico se dedica a subsanar errores médicos»**. Si extrapolamos a la actualidad esta reflexión, encontramos que el Gobierno ha intentado en numerosas ocasiones

combatir este fenómeno con informes oficiales como el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (EA) ligados a la Hospitalización o el más ambicioso y muticéntrico Proyecto Idea, que promueven una labor activa aunque poco crítica, respecto a este problema. Aunque haría falta un espacio más amplio para poder analizar los pros y contras de estos informes.

Volviendo al autor y su fervor intelectual, detectamos también que su empleo de las fuentes es caprichoso, y parece planteado para agotar al ojo más crítico antes que para respaldar sus opiniones. Si bien, no busca ser críptico, pues su discurso no posee una alta especialización, sino más bien un tono divulgativo más cercano a la etnografía antropológica. Se sumerge en la dicotomía del positivismo contra el idealismo de manera entusiasta y aplicada a contextos concretos como, en este caso, la salud. Pero *Némesis Médica*, igual que otras grandes obras del austríaco, no está exenta de declaraciones polémicas, que parecen no haber sido bien medidas o contextualizadas debidamente. Su “espectro ideológico” llega a pasar de un polo a su opuesto, pues alguna idea parecería expresada por un neoliberal de nuestros días: «la medicina fomenta las dolencias reforzando una sociedad enferma que no sólo preserva industrialmente a sus miembros defectuosos, sino que también multiplica exponencialmente la demanda del papel de paciente». Y si no, **que se nos explique, qué significa exactamente “preservar a los miembros defectuosos”, y hacia dónde pretende ir el autor con esta**

reflexión.

Más adelante, en la *etnografía Estructural*, se echa en falta una explicación más detallada de su perspectiva respecto al dolor ¿Cómo generalizar la idea de que toda la sociedad en conjunto rechaza irracionalmente el dolor y la muerte, sólo porque exista un modelo cultural de salud impuesto? Existen fundamentos de sobra para defender que hay una cultura del dolor bien extensa. Uno de los visionarios al respecto fue David Le Breton, con su célebre obra y un best-seller; *Antropología del Dolor*.

La reflexión de Illich sobre experiencia sensitiva (dolor) y sujeto (cuerpo) no es pobre, pero sí inconclusa. Esto afecta a una obra que vio la luz en el contexto de la década de los setenta, con el pleno auge de las corrientes de “antropología del cuerpo” (Mary Douglas, John Blacking, Paul Ekman, Judith Hanna, Andrew Strathern..., y en los 80, Lévi-Strauss, Michel Foucault o Judith Butler), un paradigma en el que la corporalidad es entendida como una perspectiva de análisis que fue integrada en el estudio de diversas problemáticas socio-culturales. De no haber caído en una visión unidimensional e idealizada del dolor, Illich hubiera despejado la senda de esta escuela tan prolífica. Esta “falta de perspectiva”, y la obsesión por el dato, nos hacen sospechar del autor y que sus críticas resulten contraproducentes, recayendo sobre la credibilidad de su texto.

Las réplicas posibles no acaban aquí; hay más declaraciones “genuinas”. El autor también

critica los fondos estatales destinados a la Sanidad, pues los considera excesivos. Es otra reflexión polémica y peligrosa, aún cuando su crítica vaya encaminada hacia la fuga de capital intelectual, económico y material, de los recursos para los pobres hacia el monopolio de los ricos. Cae en la ambigüedad en este y otros aspectos, y se olvida de planteamientos que podrían haber sido de gran interés si se hubiera prestado una mayor atención: como por ejemplo, la construcción social de las enfermedades, o disciplinas hermanas como la **Psicología**, la cual Illich ignoraría sistemáticamente. También es preso de su época, al no considerar la relevancia de fenómenos que la teoría y práctica antropológica fueron integrando: la importancia de las redes sociales, los efectos del racismo, la discriminación y otros elementos acentuados con la globalización, como el papel de los procesos laborales. Pese a la visión marxista en él y la importancia que da al trabajo, como el origen de la enfermedad y la insalubridad, trata este aspecto con relativa superficialidad.

A veces llega a enigmáticos niveles de abstracción crítica: «El paciente queda reducido a un **objeto en reparación**; deja de ser un sujeto al que se le ayuda a curar. Si se le permite participar en el proceso de reparación, actúa como el último aprendiz de una jerarquía de reparadores. Generalmente no se le confía ni siquiera la ingestión de una pastilla, sino que la enfermera tiene que dársela».

Pese a todo esto, insistiremos aquí en que el pensamiento de Illich sigue vigente por lo

arriesgado que resulta y por su honorabilidad a la hora de demandar una mayor implicación de todas las fuerzas y agentes sociales para «ejercer relaciones humanas, verdaderas, y directas, que cortocircuiten las mediaciones (técnicas, económicas, etc.), restablezcan lazos dignos, significativos, y promuevan la creatividad social en el mundo actual: canaliza sabiamente esa consigna marxista de la **autogestión radical y su larga tradición libertaria**» (estas últimas palabras pertenecen al análisis que realiza el activista mexicano, **Ramón Vera Herrera**).

En cambio, entre sus principales aportaciones que le convierten en un ejemplo único está el de **acertar en su previsión de un futuro peligroso para la salud pública, universal y gratuita**. Hay grandes aciertos en su enfoque, como la marcada preocupación por la creciente **dependencia farmacológica**. La palabra *monopolio* es reiterada hasta la saciedad en su discurso. Esto parecería algo obsesivo (un error estilístico cuanto menos) si no fuera porque constituye una de sus grandes predicciones. Es su pronóstico sobre el “monopolio curador de los médicos”, y que es el reflejo de lo que hoy denominamos de muchas otras formas como, mismamente, el proceso de **privatización de la salud pública**, en este cambio de paradigma que estamos viviendo; el paso del modelo de “Sociedad del Bienestar” al Nuevo Orden Mundial de las grandes corporaciones. Illich distingue lo que sería la “buena medicina”, en la medida en que esta sea competente para luchar contra la sintomatología de una enfermedad,

pero no puede considerarla una “ciencia de la salud en general”, porque siempre tendrá que ser tenida en cuenta la experiencia vital del sujeto, sus condiciones de existencia, donde la biomedicina sencillamente no tiene ningún interés en profundizar.

En definitiva, las reflexiones de Illich superan el terreno médico y de la salud, desborda el debate más “técnico” que cabe esperar en un texto de su naturaleza, y más que un tratado de antropología médica o sociomedicina, este ensayo consolida su gran proyecto: la **teoría crítica de la sociedad industrial**. Por todos estos motivos, y aún habiendo recibido las más superlativas valoraciones de intelectuales de la talla de **Erich Fromm**, la influencia de Illich es apenas memorable en tanto en cuanto sepamos entender ese modelo de “razón cínica” de un filósofo que siempre tuvo un pie en la tradición académica de su tiempo, en los convencionalismos de la antropología crítica y radical. Queda así, como en un segundo lugar, su aportación a la antropología médica y los revisionistas la encasillaron más bien junto con la de otros críticos de los pilares de la sociedad industrial moderna como Pierre Clastres, Maurice Godelier, Eduard Bernstein, etc. Pero quizá, Ivan Illich merece más. Su trabajo escrito fue, en suma, un esfuerzo intelectual por demostrar que la Razón, y su cara más embaucadora, el Progreso, pueden desembocar en la sinrazón. O como dijo Maurice Godelier: **«nuestra racionalidad económica está exclusivamente inspirada en un modelo de desarrollo que entraña un**

gigantesco riesgo, y despilfarro de recursos en pos de interés a corto plazo». Después de prometer la abundancia, ha traído la miseria para la mayoría de la humanidad. “La traición de la opulencia” que decía Jean-Pierre Dupuy; la “traición de la razón” según Stefan Zweig.

Quizá la mejor metáfora que sirve para autoconcluir el pensamiento de Illich, allá cual sea la dirección en la que viaje, sea una expresión suya de sus últimos años en vida: **«Lo Último que debería atraer al peregrino no es la “Ciudad Celestial”, sino, más bien, una forma de “Bondad Suprema”».**

Nemesis Médica ha abierto el camino para otras obras críticas que han venido llegando mucho después. Especilamente significa me parece ***Pharmageddon*** (David Healy, 2012). También está resurgiendo la figura del periodista independiente en el entorno médico. En España no contamos con muchos exponentes, pero los pocos son buenos, como es el caso de [Miguel Jara](#).

Si quieren continuar esta línea de reflexión y debate que hemos abierto (algunos autores lo han denominado “**humanismo radical**” y nombrado a Ivan Illich uno de sus principales estandartes), este es quizá el mejor itinerario. Por último, si a alguien le ha parecido lejano o distante todo este espacio de reflexión, no hay más que aproximarse a un tema de inmediata actualidad, como [el caso Nadia](#), para ver la importancia del pensamiento crítico en materia de salud. Y es que, como reza una de las míticas sentencias del

salubrista vienés, **«Con los argumentos, sólo se obtienen las conclusiones; sólo las historias generan sentido»**. El verdadero Illich eran este tipo de sentencias inolvidables; oro puro, oculto tras el análisis frío, que sólo la lectura, como un cedazo, puede cribar.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS CONSULTADAS:

<http://www.ivanillich.org.mx>: Web hispana que recopila y difunde las reflexiones del autor y en torno a él, así como toda su bibliografía en español en PDF.

Álvarez-Dardet, Carlos: El papel de la epidemiología en la definición de políticas. Hacia la salud pública que se necesita: http://web.ua.es/opps/docs/articulos/El_papel_de_la_epidemiologia_en_la_definicion_de_politicas.pdf

Gómez López, L. y col. (2000) Mejorar conocimientos y motivaciones para una conducta saludable.

Illich, Ivan: La sociedad desescolarizada (1971).

Illich, Ivan: En el viñedo del texto: Etiología de la lectura: un comentario al “Didascalion” de Huo de San Víctor (1993): <http://www.ivanillich.org.mx/Illich-vinedo.pdf>

R. Olvera y J. Márquez: La alteridad en Ivan Illich en Estudios Políticos, No. 13, México, FCP y S, UNAM.

Santos Gómez, Marcos: Ivan Illich: La combativa inocencia y la lucidez de un hombre inquieto: en Revista Realidad 117, 2008: Universidad de Granada: <http://www.uca.edu.sv/revistarealidad/archivo/4c5f0c2f11d928.lacombtiva117.pdf>

La medicina enferma

Alfredo Embid

INDICE

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

LA MEDICINA ¿UN PELIGRO PARA LA SALUD?

CAPITULO II

INDUSTRIALIZACIÓN DE LA SALUD

CAPITULO III

LA MEDICINA NUEVO OPIO DEL PUEBLO

CAPITULO IV

¿QUE HACER CON LA INDUSTRIA FARMACEUTICA?

ANTIDIARREICOS Vioformo, etc.

¿Cómo UTILIZAR ESTE LIBRO?

LA MEDICINA ¿UN PELIGRO PARA LA SALUD?

«...los efectos de la medicina constituyen una de las epidemias de más rápida expansión en nuestro tiempo... El término para designar esta epidemia de enfermedades producidas por el doctor: Yatrogenesis, está compuesto por las palabras griegas yatros (médico) y génesis (origen). Las enfermedades yatrogenas son únicamente las que no se habrían presentado si no se hubiese aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente.

...en el sentido más general y más ampliamente aceptado las enfermedades patógenas clínicas comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos o enfermantos los remedios, los médicos o los hospitales.»¹

IVAN ILLICH

La medicina además de no ser tan eficaz como los profesionales pretenden y como los profanos le atribuyen, además de no atacar las causas profundas de las enfermedades actualmente en ascenso, se está convirtiendo en una de las industrias más despilfarradoras polucionantes y patógenas que existen.

No penséis que este carácter patógeno de la medicina data de hace poco. En el siglo XXVIII antes de Cristo el emperador amarillo Hoang Ti, escribía: «Yo decreto la abolición de los medicamentos en beneficio de la acupuntura pues los susodichos medicamentos hacen que mi pueblo esté más enfermo de lo que estaba

antes, lo que produce el triste resultado de que yo ya no recibo mis impuestos.»²

Los ejemplos concretos de enfermedades y muertes producidas por los medicamentos son interminables, me limitaré aquí a citar algunos de ellos solamente.

LA MACABRA HISTORIA DEL CLORANFENICOL

La historia del cloranfenicol constituye un ejemplo bastante edificante y que desde luego no está aislado. El cloranfenicol fue descubierto por la firma americana Parke Davis y en 1949 se introdujo en el mercado. Es un antibiótico eficaz contra la fiebre tifoidea y el cólera. Tiene además una ventaja inestimable: su precio de coste es muy bajo. El medicamento prodigio pronto mostró sus defectos hasta el punto de ocasionar varias muertes por anemia. A raíz de esto la Food and Drugs Administration desaconsejó su uso. Las ventas se resintieron y los laboratorios contraatacaron con una vigorosa campaña dirigida hacia el cuerpo médico. Los representantes farmacéuticos fueron instados a «proporcionar hechos que induzcan a los médicos a usar el cloranfenicol para todas las afecciones que puede tratar». Como se trata de un antibiótico de amplio espectro, es decir que se carga a un gran número de bichos, se prescribió para dolores de garganta, de dientes y otras afecciones benignas. La campaña de los laboratorios tuvo éxito y las ventas volvieron a subir... al igual que las muertes.

Por dos veces más el senado denunció

las maniobras de la Parke Davis que no dió marcha atrás a pesar de que en 1962 tuviera que pagar varios cientos de miles de dólares de indemnizaciones por muerte.

La situación fue lo suficientemente alarmante para que la Organización Internacional de la Unión de Consumidores procediese a una encuesta sobre los peligros del cloranfenicol. Se llegó de este modo a la conclusión de que provocaba enfermedades graves como las pancitopenias (lesiones en la médula ósea que produce los glóbulos rojos de la sangre que pueden llevar a la muerte por anemia).

Un aspecto importante de esto es que los efectos no se hallan forzosamente ligados a la cantidad de medicamento ingerida. Una dosis muy leve puede tener efectos irreversibles en personas especialmente sensibilizadas (bebés, embarazadas, individuos con enfermedades del hígado o del riñón).

La Food and Drug Administration exigió que los prospectos fueran explícitos, limitando su aplicación a aquellas afecciones raras en las que por razones graves no se puede recurrir a otros antibióticos y obligando a que las advertencias y contraindicaciones fueran detalladas y visibles.

Pero una encuesta de la JOCU demostró que la Parke Davis (que exporta a todo el mundo) pone «mucho más cuidado» en el embalaje y prospectos de los productos vendidos en USA que en los destinados a países con reglamentación insuficiente. Así en un estudio sobre los 30 productos a base de cloranfenicol

que se encuentran actualmente en Francia sólo uno de ellos habla de los riesgos. Cloranfenicol BI 2 Bouchara que «aporta al médico una fórmula de utilización práctica de este poderoso antibiótico disminuyendo los riesgos de accidente». En otros se llegaba a recomendar para bebés y para lactantes. En conjunto la diarrea de indicaciones variaba desde gripe y otras afecciones víricas, sarampión, infecciones biliares, intestinales, etc...

En España hasta hace poco se vendía sin receta y podréis echar un vistazo a vuestro armario de medicinas para comprobar que no había una palabra sobre las contraindicaciones en los prospectos de los múltiples productos que lo contienen aparte de producir enfermedades y muertes. Muchas des se han hecho resistentes a los tratamientos convencionales

Las enfermedades venéreas, después de un eclipse parcial hacen una reaparición amenazadora; en 1943, 100.000 unidades de penicilina curaban una blenorragia. En 1963 el 30% de los casos resistían a dosis de 2.000.000 de unidades o más. ⁴

La gonorrea beta es ya totalmente inmune a la penicilina, a la que era sensible en un principio. Hoy se le ataca con estreptomycin, que es un antibiótico mucho más nocivo, pero es probable que también desarrolle resistencia contra él.

La frecuencia de enfermedades venéreas, sífilis y blenorragias está en aumento y se aproxima a la que tenía antes del empleo de los antibióticos. En España se dan 100.000 casos de sífilis al año.

Las resistencias de los microbios a los antibióticos en los medios hospitalarios se están convirtiendo en una auténtica plaga.

La resistencia de ciertos estafilococos ha obligado al cierre de establecimientos ante la incurabilidad de las infecciones que provocaban⁶

Muchos de estos microorganismos antes no poseían ninguna o escasa actividad patógena, pero han desarrollado mutaciones que actualmente los hacen peligrosos.

Esta situación es particularmente grave pues muchos de los pacientes hospitalarios son enfermos crónicos mucho más sensibles a las infecciones.

Por otra parte, la posibilidad de desinfección en un hospital es bastante limitada a causa de la falta de tiempo para dejar desalojadas habitaciones y quirófanos.

Este problema había sido ya anunciado al comienzo del empleo de antibióticos por Rene Dubos⁷ en una conferencia dada en 1942: «Si en uso de estas terapéuticas antimicrobianas fuese a generalizarse, podríamos ver surgir cepas bacterianas que se hubiesen hecho muy resistentes. Incluso si no existe hoy ninguna prueba de un peligro efectivo, los centros de investigación deberán ejercer un control permanente para seguir la evolución de la susceptibilidad de los diversos agentes patógenos a los medicamentos utilizados en la práctica corriente».

LA SINIESTRA HISTORIA DEL DES

La historia del dietilstilbestrol (DES) primer estrógeno (hormona femenina) sintetizado, constituye otro siniestro capítulo de la irresponsabilidad asesina de los industriales y de los médicos que se enriquecen a costa de las vidas de sus pacientes⁸

En 1948 se creía que el DES era la panacea para prevenir abortos. Pero hubo que esperar a 1971 para comprender que el DES no solo era incapaz de prevenir los abortos, sino que además provocaba cáncer de vagina en las hijas de madres que lo habían tomado. ¿Un accidente desgraciado e imprevisible?... En absoluto. Las pruebas de su poder cancerígeno y de su ineficacia existían mucho antes de que fueran conocidas por el gran público. A pesar de todos los fabricantes se las arreglaron para que el DES siguiese utilizándose con otras indicaciones (es decir vendiéndose y reportándoles fabulosos beneficios). Así se le camufló y se le propuso como medicamento milagroso para inhibir la lactación (cortar la leche); como píldora anticonceptiva del día siguiente y además se administró masivamente al ganado para aumentar su peso antes de la matanza. Pero empecemos por el principio: en 1930 Charles Dodds sintetiza el DES. Treinta y cinco años más tarde, en 1965, este investigador reconoce que «tras algunos meses de la primera publicación sobre su síntesis, el producto era comercializado en todo el mundo. Jamás se efectuó ningún ensayo sobre la toxicidad a largo plazo en animales. Es absolutamente sorprendente que

hayamos escapado a catástrofes farmacológicas mayores».

Sus palabras iban a ser siniestramente proféticas unos años más tarde.

El DES comenzó a utilizarse como tratamiento del cáncer de próstata en los años cuarenta: Indicación que sigue empleándose en la actualidad a pesar de que un estudio epidemiológico americano de 1967 reveló que los pacientes tratados con el DES si no morían de cáncer de próstata lo hacían de crisis cardíaca.

En 1948 los doctores Smith publicaron sus resultados sobre el tratamiento de las complicaciones del embarazo. Entusiastamente proclamaban que «el DES no solo consigue que los embarazos anormales se conviertan en normales sino además que los embarazos normales sean más normales». Es decir que extienden la indicación del DES a todas las mujeres embarazadas del planeta. ¡qué fabuloso negocio!

Pero, todo hay que decirlo, no faltaron las voces que se alzasen contra estas conclusiones. La experimentación de Smith no se había desarrollado según las normas: las mujeres habían sido objeto de atenciones especiales, no había grupos de control con placebos (sustancias inactivas), etc. Además, los autores no mencionaban que la administración de DES a conejas había producido abortos y muertes del feto.

En 1949 el doctor William Dieckmann y el doctor John H Ferguson publican trabajos sobre

el DES con el máximo científico. Sus resultados contradicen absolutamente los de doctores Smith: el estudio de Ferguson demostraba que había más abortos y prematuros en el grupo de mujeres a las que se les había administrado el DES; los bebés que no lo habían recibido estaban más sanos y eran más grandes y para colmo la única madre diabética del estudio había perdido a su niño, aunque Smith afirmaba que el DES poseía una acción benéfica en los embarazos de mujeres diabéticas.

El estudio de Dieckmann (804 mujeres con DES y 606 con Pla. cebo) constató que los abortos fueron el doble en las mujeres a las que se les había administrado el DES, las madres sufrieron más de hipertensión arterial y los bebés fueron más pequeños que los de aquellas que sólo habían tomado una droga inactiva.

Por otro lado, los investigadores del INC (National Cancer Institute) habían constatado desde 1940 que el DES producía cáncer en las ratas de experimentación.

A pesar de estas evidencias sobre la ineficacia del DES y sobre sus peligros, entre 1943 y 1959 seis millones de mujeres embarazadas tomaron la droga en EE.UU.

En 1966 un alumno de Smith constató una frecuencia extremadamente alta de cánceres de vagina (adenocarcinoma de células claras) en su servicio. Arthur Herbst empezó a interesarse por el tema y junto con su colega Howard Ulfelder investigaron todas las posibles causas. Por fin la clave se la dió una de sus pacientes

al relacionarlo con la toma de DES. Su intuición puso al equipo sobre la pista correcta. Tras una encuesta resultó que todas las mujeres que habían padecido esta rara forma de cáncer eran hijas de madres que habían tomado el DES durante el embarazo. En 1971 fue publicado este trabajo en el *New England Journal of Medicine* (9). Quedaba demostrado que un estrógeno de síntesis provocaba cáncer en seres humanos. Otros trabajos posteriores confirmaron estos resultados.

A pesar de ello el DES siguió recetándose y el organismo encargado del control de fármacos FDA (Foods and Drugs Administration) no reaccionó hasta mucho después. Este retraso inadmisiblemente desencadenó una encuesta del senado. La FDA no sólo resultó culpable de no haber hecho nada para retirar el DES cuando se comprobó su efecto cancerígeno, sino que además ya antes debía haber tomado medidas contra este producto pues su eficacia no estaba probada. En efecto, ya en 1967 la Academia de Ciencias Americana había escrito a la FDA un informe en el que se ponía en cuestión la eficacia de los estrógenos: “su eficacia no ha sido demostrada ni por la literatura ni por la experimentación. Se debería pedir al fabricante que aportase nuevos datos afín de que probase sus pretensiones.” Y hay que tener en cuenta que desde 1960 existía en EE. UU una ley según la cual todo medicamento ineficaz debería ser retirado del mercado.

Las consecuencias de esta cadena de irresponsabilidades son escalofriantes ya que

miles de mujeres siguieron tomando el producto durante sus embarazos en todo el mundo. Un número incalculable de niñas desarrollaron gracias al DES cánceres de vagina y un 25% de ellas murieron por su causa.

Posteriormente se supo que los hijos (varones y hembras) nacidos de madres que habían tomado el DES también gozaban de malformaciones diversas del aparato genital. Otros estudios realizados sobre la capacidad reproductora de las hijas cuyas madres tomaron DES revelaron que esta también se había visto afectada.

Tal vez piense usted que el haber descubierto y comprobado los efectos cancerígenos del DES bastó para que dejara de utilizarse. En absoluto. Cinco meses después de publicarse el estudio de Herbst del que hablamos, el DES reaparecía a bombo y platillo en el mercado con nuevas indicaciones. Si antes se recomendaba como antiabortivo ahora se va a recomendar como todo lo contrario, como píldora anticonceptiva del día siguiente. Increíble pero cierto. Esta indicación se basaba fundamentalmente en dos hechos. El primero es que el DES administrado a conejas embarazadas, producía la muerte de los fetos. El segundo, es un trabajo realizado en la Universidad de Michigan en el curso del cual se administraron 20 mg de DES dos veces al día durante cinco días a 1.000 mujeres, con el resultado de que no hubo ningún embarazo. Sin embargo las mujeres de esta universidad realizaron por su cuenta una encuesta que no resultó tan alentadora. Las mujeres objeto

del estudio habían Sido mal examinadas o no examinadas en absoluto, no se les había advertido de los riesgos del DES Algunas, debido a las náuseas habían abandonado el tratamiento Otras, a pesar de haberlo seguido completamente, habían quedado embarazadas Hubo un Cierta escándalo Que obligo al fabricante, los laboratorios Lilly, a declarar que el DES no era un anticonceptivo y que no había hecho ningún estudio al respecto.

Más tarde nos enteraríamos de que estos mismos laboratorios vendían el DES a la empresa que comercializaba la píldora del día siguiente.

En 1973 se estimaba que dos millones de mujeres utilizaban el DES como píldora del día siguiente. Ese mismo año la FDA aprobaba su utilización, aunque dos años después negó haber tomado esta medida. En conclusión, el DES sigue usándose como píldora del día siguiente.

Pero esta no fue la única forma en la que el DES volvió a aparecer en el mercado. Desde hace 30 años el DES se ha dado a las mujeres que no querían dar de mamar a sus bebés, para cortar la producción de leche. Su utilización ha aumentado en la misma medida en que las madres han decidido no dar de mamar a sus hijos. En 1966 solo el 35% de los bebés americanos eran alimentados con biberón. A comienzos de los años 70 solo el 5% o 10% eran alimentados con leche materna. Afortunadamente asistimos, en los lugares en los que ha circulado la información sobre las ventajas de la lactancia

materna, a un progresivo abandono de la lactancia artificial.

La administración de DES y de otras hormonas a continuación del parto es peligrosa porque estas sustancias favorecen la trombosis y precisamente tras el parto las trombosis son también más frecuentes.

Desde 1978 la FIDA ha pedido que se suprima la indicación «inhibido de la lactancia», en los prospectos de las hormonas.

El mercado humano del DES no es con todo el más importante pues esta hormona se utiliza ampliamente en ganadería hace algunos años el 85% del ganado americano recibía DES.

El DES se utiliza de varias formas. Una de ellas consiste en implantar en el cuello de los pollos cápsulas de DES, lo que produce una especie de castración hormonal. También puede utilizarse en Inyecciones. En 1959 la FDA prohibió la utilización del DES en las aves y en 1972 generalizó esta prohibición a toda la alimentación humana. A esto siguió una batalla jurídica entre ganaderos y la FDA. Los primeros consiguieron romper la prohibición hasta 1980 en que la FDA volvió a prohibir la Utilización del DES. A pesar de todo hoy se sigue utilizando para engorda a los animales y nosotros seguimos tornándolo cuando no comemos un filete.

LA MEDICINA ASESINA

Es difícil evaluar globalmente el poder patógeno (enfermante) de las medianas, pero en los últimos años numerosos estudios indican

que es cada vez mayor.

En 1965 dos medios realizaron una encuesta en el Nort Carolina Memorial Hospital y obtuvieron los siguientes resultados.¹⁰

El 20% de los pacientes admitidos en su hospital para sufrir tratamientos o exámenes eran víctimas de uno o varios incidentes:

Los exámenes y los tratamientos se encontraban en el origen del 27% de los incidentes. El 28% de estos eran debido a accidentes o errores notables en la administración de medicamentos.

El 45% eran debidos a intolerancia a los medicamentos. Esto último obligó al 9% de los pacientes a prolongar su estancia en el hospital.

En 1970 el National Institute of Health realizó una encuesta a nivel nacional cuyos resultados fueron todavía peores.¹¹

De 32 millones de personas que en 1970 pasaron por los hospitales (cifra que comprende también las consultas externas) más del 10% debieron ser retenidas más tiempo del previsto a consecuencia de intolerancias a los medicamentos que recibieron. Además, un millón y medio de personas fueron hospitalizadas a consecuencia de perturbaciones provocadas por los medicamentos que les había prescrito su médico.¹¹

Poco después un farmacéutico, Marc Laventurier y un médico, Robert Talley, estimaron que al menos 30.000 personas mueren anualmente en los hospitales norteamericanos envenenados por los medicamentos.

Para contestar esta estimación, la Asociación de Farmacéuticos y la Asociación de Médicos procedieron a su propia encuesta escogiendo el Hospital Universitario de Florida como terreno de investigación. Nueva consternación, en este hospital modelo, un paciente de cada 555 (un 0,18%) muere anualmente por la administración de medicamentos.

En los hospitales de Boston, particularmente reputados, se constató poco después una mortalidad medicamentosa de más del doble (0,44%) por año, es decir un paciente de cada 228.

Esta tasa coincide con la constatada en los hospitales israelitas

Considerando solamente la mortalidad hospitalaria se estima que los medicamentos matan cada año entre 60.000 y 140.000 ¹³ y enferman gravemente a 3.500.000 americanos. El porcentaje de hospitalizaciones debidas a intoxicaciones causadas por medicamentos recetados en EE.UU. era según este trabajo del 10% ¹⁴, aunque veremos que en estudios más actuales ha aumentado.

En Francia e Inglaterra, aunque hay menos trabajos en esta línea, los resultados son también bastante significativos.

Pradal, farmacólogo francés, estima por su parte que del 5% al 23% de los enfermos hospitalizados, lo son a consecuencia de los medicamentos ¹⁵

El estudio realizado por el profesor Rapin en 1980 sobre la iatrogenia en las unidades

de cuidados intensivos francesas, demostraba que un 12,6% de los pacientes hospitalizados durante un año habían llegado a ellas por causa de diversos efectos indeseables de la medicina, (medicamentos, procedimientos diagnósticos u operaciones quirúrgicas)¹⁶

Otro estudio inglés sobre los motivos de ingreso en urgencias durante tres meses dió como resultado que el 8'8% se debía a los medicamentos, excluyendo los intentos de suicidio con medicinas.¹⁶

El premio se lo llevan de todas formas los americanos. No sabemos si porque son más rigurosos en sus estudios epidemiológicos o porque la yatrogenia es mayor en este país, De cualquier forma, hay algo indudable que puede apreciarse en los estudios americanos; las enfermedades producidas por la medicina van en aumento pues en cada estudio sus cifras se elevan. El último de estos trabajos americanos ha sido publicado recientemente en uno de los periódicos médicos más reputados. El New England Journal of Medicine bajo el título "La enfermedad yatrogena en un servicio de medicina general de un hospital universitario". Los cuatro médicos que realizaron el trabajo determinaron que los accidentes debidos a la medicina representaban nada menos que el 36% de las consultas. Además, el 11% habían producido la muerte del sujeto a secuelas importantes. En este estudio se excluyeron a los pacientes cancerosos pues si se les hubiese incluido las cifras habían sido mucho más altas dado el reconocido índice de complicaciones

yatrogenas que presentan.

Los propios autores de este trabajo repasando la bibliografía anterior y citando otros estudios que arrojaban cifras inferiores (20% en el 1964 por ejemplo) concluyen que “el riesgo yatrogeno es probablemente mayor que nunca”.

Otros investigadores han intentado determinar la utilidad – inutilidad o la peligrosidad de lo que recetan los médicos.

Según un trabajo de profesor Dangouman de Burdeos sobre las recetas reembolsadas por la Seguridad social había: un 36% de recetas peligrosas o ilógicas. La frecuencia de estas aumentaba con el número de medicamentos prescritos en la misma receta.

Los responsables de la FDA americana han declarado que la mitad de las recetas eran inútiles y otros estudios realizados por el National Institute of Health afirman que un 60% de los medicamentos y un 90% de los antibióticos son administrados erróneamente

Otro trabajo aparecido en la revista Lancet en 1976 y realizado sobre 200 enfermos hospitalizados en un hospital psiquiátrico reveló que la mitad recibían medicamentos inútiles o a dosis demasiado altas.

Pero como veremos más adelante, no se trata solamente de que los medicamentos se receten mal y de que la mayoría de las recetas sean inútiles, sino que además se podría prescindir tranquilamente de la mayoría de las especialidades farmacéuticas existentes en el mercado.

Si tenemos en cuenta algunos tipos de enfermedades causadas por los medicamentos la situación también es alarmante.

Se considera que un tercio de todas las alteraciones hepáticas graves son causadas por los medicamentos y lo que es todavía peor, los japoneses han constatado que las enfermedades patógenas del hígado han aumentado de forma vertiginosa diez veces más en la década 1964-1973 que en la década precedente.

Respecto a las hemorragias gastrointestinales en la décima conferencia europea sobre la microcirculación de 1979, se afirmó que «el 30% de las hemorragias gastrointestinales importantes eran de origen yatrógeno y si esta estadística parece sorprendente se puede añadir que se trata probablemente de una subestimación»¹⁶

La realidad es todavía peor

Esto último nos lleva a otro problema. Aunque las estadísticas citadas puedan parecer increíbles, numerosos autores opinan que la realidad es todavía peor. Así por ejemplo el profesor d'Arcy, farmacólogo irlandés, afirma que «los estudios sobre los efectos secundarios de los medicamentos podrían revelar únicamente la parte emergida del iceberg».

Es muy difícil evaluar la capacidad enfermante (patógena) de los medicamentos, aunque se hagan estudios rigurosos.

Por ejemplo, muchos medicamentos tienen interferencias negativas con ciertos factores de nuestra alimentación. Es complicado

calcular qué efectos patógenos tienen estas interacciones y desde luego imposible atribuir dichos efectos a los medicamentos, de modo que, su responsabilidad desaparece en una nebulosa tranquilizadora. Veamos algunos ejemplos:

El ácido acetil salicílico (aspirina) disminuye la cantidad de vitamina C de nuestro organismo.

Los diuréticos aceleran el tránsito intestinal con lo que una parte del calcio, magnesio, zinc y otros oligoelementos pasa demasiado rápido para ser absorbidos.

El aceite de parafina puede causar déficits de vitaminas A, D y K.

Otros medicamentos como la neomicina modifican la estructura interna de las vellosidades intestinales impidiendo la absorción de diversos elementos nutritivos. En el caso de la neomicina impidiendo la absorción del potasio, del calcio, de la vitamina B12 y del hierro.

Algunos medicamentos se combinan con los alimentos transformándolos en sustancias inutilizables por el cuerpo. Es el caso de los medicamentos a base de hidróxido de aluminio como el Maalox, que se combinan con los fosfatos y pueden a la larga originar desmineralización ósea.

La píldora, como veremos a continuación es responsable de un descenso de las vitaminas B2, B6, B12, C, ácido fólico y zinc.¹⁸

Este robo de elementos nutritivos indispensables para mantenernos con buena

salud producirá diversas consecuencias patológicas que serán diferentes en cada individuo pero que jamás podrán ser imputadas a los medicamentos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta un hecho fundamental. Estos estudios están realizados en los países en los que la medicina está más avanzada y hay más control sobre la industria farmacéutica. Pero, como veremos, las multinacionales farmacéuticas se dedican a vender a los países menos desarrollados (incluyendo el nuestro) aquellos medicamentos que han sido retirados del mercado en sus países originarios, que no han recibido las autorizaciones pertinentes, y además a vender medicamentos peligrosos prácticamente sin contraindicaciones ni valoración de sus efectos secundarios aprovechándose de la falta de control y de la corrupción existente en países como el nuestro. Esta actitud no sólo se limita a los medicamentos, sino que se extiende a otros productos como la leche en polvo, o los insecticidas.

No dispongo de cifras análogas que se refieran a España, pues este tipo de estadísticas brillan por su ausencia, pero no es demasiado aventurado el suponer que los resultados serían peores. Si bien estos datos globales no suelen ser del dominio público, ni siquiera los médicos los conocen, la gente empieza a enterarse de que gran parte de sus padecimientos son consecuencia de los tratamientos anteriores que ha soportado. La gente no es idiota y se da cuenta de que en su peregrinación

de especialista en especialista se le añaden nuevos males, de que el medicamento dirigido contra un reumatismo no tarda en provocarles alteraciones en el estómago o en otros órganos.

Mi experiencia en esto es amplia y lamentable, precisamente porque vemos a un gran porcentaje de pacientes que han pasado ya por múltiples tratamientos que frecuentemente les han añadido nuevas perturbaciones. Bastaría recopilar las declaraciones de muchos de estos pacientes para escribir un auténtico relato de horror o un sumario para un futuro juicio de Nuremberg en el que el banquillo de los acusados no estaría esta vez ocupado por los nazis sino por representantes de la medicina y de la industria farmacéutica para responder de sus crímenes contra la humanidad.

Los beneficios de los medicamentos: mucho ruido y pocas nueces:

No nos engañemos, no se trata sólo de romper la lógica del máximo beneficio y del despilfarro sistemático, sino la ideología médico-farmacéutica en su conjunto,

Se podría pensar que los efectos secundarios de los medicamentos son una contrapartida inevitable de sus efectos positivos. Esto puede ser cierto pero sus efectos positivos son mucho menos espectaculares de lo que se suele creer.

Dos terceras partes de los medicamentos más corrientes que se consumen no tienen actividad demostrable (15).

La OMS considera que sólo existen unos 200 productos farmacéuticos esenciales. Mientras

tanto, en España, se siguen vendiendo unas 12.000 especialidades diferentes de fármacos.

Según una comisión médica chilena, cuyos trabajos fueron impulsados por Salvador Allende, que también era médico, sólo existen unas decenas de medicamentos que posean una eficacia terapéutica demostrable.¹

Recientemente en Bangladesh se está operando una depuración de la farmacopea en este sentido (ver capítulo de alternativas). Es necesario además tener en cuenta que muchos de estos productos eficaces podrían ser sustituidos por otras técnicas menos polucionantes y más baratas (lo que llamo técnicas blandas en medicinal¹⁹) con lo que se reduciría todavía más el uso de la farmacopea.

Respecto a la eficacia global de la medicina, un médico llamado Lewis Thomas, que estudió en Harvard, que ha ocupado puestos importantes en la administración médica en los EE.UU. y actualmente está encargado de la investigación del cáncer, ha publicado un libro donde afirma: «En un 95% de los casos, cuando un enfermo va a ver al médico, todo curará por sí sólo, si se sabe esperar con uno o dos comprimidos de aspirina».

Para terminar este apartado sobre los efectos patógenos de los medicamentos citaré un ejemplo particularmente grotesco que pone una vez más en cuestión la sacrosanta eficiencia médica:

Durante la huelga de los hospitales israelitas que duró un mes, las tasas de mortalidad de la

población fueron más bajas que en cualquier otro momento. Sólo se aceptaban las urgencias, lo que hizo bajar en un 85% el número habitual de admisiones. Este mismo descenso también se constató durante la huelga de los hospitales de Nueva York.¹²

Ante este pequeño muestrario de burradas es preciso preguntarse cómo es posible que en la era atómica hayamos llegado a una situación tan absurda. Para ello es preciso entender qué es la industrialización de la salud.

NOTAS

1. Ivan Illich. «Nemesis medica». Barral Ed. Barcelona.
2. A. Embid. «Enciclopedia permanente de Medicina china». Tomo I. Miraguano Ed. Madrid.
3. «La macabre histoire du cloramphenicol». Rev. Le Sauvage N 11 Paris.
4. Albert Delaval. «La nature n'est pas d'accord». Le Courrier du livre. París.
5. Cuadernos para el dialogo. Enero 1977.
6. Dr. Valtueña. «Contra la medicina del médico». Libros de Enlace.
7. René Dubos y J. P. Escandre. «Chercher». Stock.
8. «Dossier Hormones». L'Impatient Ed. -9 rue Saulnier - Paris 75009.
9. New England Journal of Medicine. 22 Abril 1971.
10. J. T. Lamb y R. R. Huntley. «The hazards of hospitalization». Southern Medical Journal. Mayo 1967.
11. Charles Levinson. «Los trusts de los medicamentos». Dopesa.
12. Michel Bosquet. «Ecología y política». Libros del Viejo Topo.
13. New York Times. 22 Mayo 1974.
14. Op. cit. nota 12
15. Dossier «La medecine qui rend malhde». Rev. L'impatient n49.

16. Op. cit. nota 15.
17. Op. cit. nota 15.
18. «Les voleurs de vitamines». Rev. L'impatient. n72.
Paris.
19. A. Embid. «Medicinas Blandas y Antimedicina».
Coedición: Ecotopia & Las Mil y Una Ediciones.

LA INDUSTRIALIZACION DE LA SALUD

Uno de los efectos de la crisis actual es el no afectar por igual a todas las empresas. Las pequeñas y medianas son devoradas por los grandes trusts. La consecuencia de esta tendencia creciente es que el capital se concentra cada vez más en menos manos. Se prevé que antes de finales de siglo la totalidad de la economía mundial quede monopolizada en manos de unas trescientas empresas.¹

Dentro de ellas podemos estar seguros de que la industria médica ocupará un lugar destacado. En efecto, una de las estrategias del capital para superar la crisis es desviar sus inversiones hacia sectores que carecen de límites de crecimiento, hacia los bienes inmateriales, entre los que se encuentra la salud.

Esta tendencia explica el hecho de que en muchos países desarrollados las inversiones en sanidad crezcan más rápidamente que el PNB. Sólo en el año 1976 los americanos gastaron en sanidad 130.000 millones de dólares.²

En Europa sucede lo mismo: En el período comprendido entre 1950 a 1970 las ventas de medicamentos se han multiplicado en Francia por 2'7,³ Los franceses gastan al año más de 12.000.000.000 de francos en productos farmacéuticos, de los cuales el 40% van a parar a la basura. Afortunadamente, pues los medicamentos se están convirtiendo en un auténtico peligro para la salud, además de ser

un despilfarro considerable.

Pero también en los países del Este se produce el mismo fenómeno, aunque no pueda justificarse este crecimiento por la lógica del máximo beneficio que persiguen las compañías privadas. Así mientras en Estados Unidos el coste de la asistencia se ha elevado en un 33% de 1950 a 1970, en la URSS los costes de la asistencia sanitaria se ha elevado en un 300%⁴

Esta tendencia explica también por qué empresas que poco o nada tienen que ver con la sanidad estén dirigiendo sus inversiones hacia este sector. Estas relaciones son en ocasiones bastante sorprendentes: así, nos enteramos de que la cada vez compleja tecnología diagnóstica ha atraído evidentemente gigantes de la electrónica (IBM, Motorola y Adressograph graph). Por su parte la Westinghouse y la General Electric (que absorben, entre otros, más del 50% del mercado mundial de centrales nucleares y se hallan a su vez ligadas a las grandes compañías petroleras Gulf Oil y Exxon) también fabrican equipo electrónico médico. La industria aeroespacial también está invirtiendo en el sector desde hace tiempo; los sistemas de tratamiento electrónico de los datos médicos pertenecen a la Loockhed (conocida por sus escandalosos sobornos) y los de reanimación también son fabricados por otra industria aeroespacial, la United Aircraft. Menos conocido es el hecho que la industria de material médico ASR Medical Industries sea una división de la empresa de tabaqueros Philip Morris⁵.

Evidentemente, los criterios con los que estas empresas fabrican material médico son los mismos con los que fabrican cigarrillos, organizan fastuosos sobornos o pretenden imponernos un demencial programa de centrales nucleares.

El objetivo de estas empresas no es en absoluto mejorar nuestra salud sino el mismo de cualquier otra industria, es decir:

producir más para vender más y para obtener mayores beneficios que les permitan seguir aumentando la producción independientemente de nuestra salud y con frecuencia a costa de ella.

No creáis que exagero, la industria médica persigue la máxima rentabilidad a corto plazo, es una de las más despilfarradoras polucionantes y por si fuera poco colabora de formas diversas en el acrecentamiento del orden autoritario y en la integración de los individuos al sistema.

Voy a tratar de justificar estas afirmaciones con algunos ejemplos referidos fundamentalmente a la industria químico farmacéutica.

Multinacionales y guerra química

Las multinacionales farmacéuticas no sólo producen fármacos sino que también se dedican a la fabricación de sustancias que pueden ser empleadas como armas de guerra químicas como por ejemplo el ácido cianhídrico, el óxido de etileno, los herbicidas y defoliantes.

Así encontramos que la American Cyanamid produce ácido cianhídrico (tiene participación en las empresas españolas cynamid Ibérica S.A.,

Cyanenka y Formica).

La empresa americana Dow Chemical también fabrica ácido cianhídrico, así como herbicidas y defoliantes y óxido de etileno además de investigar directamente sobre las armas de guerra química (participa en la empresa española Dow Chemical Ibérica).

La multinacional suiza Ciba Geigy produce ácido cianhídrico y herbicidas (por supuesto posee filiales en España). Lo mismo puede decirse de las multinacionales alemanas Bayer y Hoescht que fabrican herbicidas y defoliantes. (La Hoescht por su parte participa con un tercio del capital en la empresa española Industrias Químicas Asociadas S.A., que fabrica óxido de etileno)⁶

La multinacional suiza Hoffman Roche a través de sus filiales Givaudan-Icmesa producía defoliantes y otras armas de guerra química ampliamente utilizadas durante la guerra de Vietnam.

El caso de Seveso merece que le dediquemos especial atención pues muestra cual ha sido la actitud de las autoridades, de los responsables de la industria y de los tecnócratas ante un caso de polución grave: Seveso.

En Seveso la industria química ICMESA filial de un trust multinacional, HOFFMAN ROCHE, conocido principalmente por su producción farmacéutica, con sede en Suiza fabricaba un producto llamado dioxina.

Nadie en la fábrica (al menos en los talleres) conoce las propiedades de este producto.

Se fabrica y listo. Se produce una fuga, envenenamiento y muerte... La encuesta empieza y aquí vienen las sorpresas: a fuertes dosis la Dioxina es mortal. Se fabricaba sin ninguna precaución de seguridad. La fábrica desprendía tal cantidad en el aire que se la encuentra hasta a 15 cm. de profundidad en el suelo. A dosis menores provoca perturbaciones crónicas y sobre todo malformaciones en los recién nacidos.

Se evacúa la zona, las autoridades hablan seriamente de la posibilidad de rastrillar y quitar toda la tierra en kilómetros a la redonda. Se quemarían con Napalm árboles y casas. Se vertería una especie de cemento sobre todo el terreno para fijar las cenizas y se autorizaría eventualmente a las mujeres de Seveso a abortar... en total 6.000 personas afectadas y daños materiales por valor de 3.800 millones de pesetas.

El debate sobre la catástrofe de Seveso se ha desviado hacia Cuestiones tan periféricas como si las mujeres podían abortar o no, si el Vaticano y los médicos daban su permiso etc.... enmascarando de esta forma el problema central: ¿qué coño producía Icmesa, en qué condiciones y para quién?

La empresa Icmesa producía TCF con destino a las fábricas de Vernier y de Clifton (Givaudan) en las que sería utilizado para producir hexaclorofeno (GII), esta fue la respuesta de la Roche. Givaudan. Según ellos la dioxina es un producto secundario que debe ser eliminado y

se producía a razón de 300 gramos/semana.

Pero los mismos obreros de Icmesa iniciaron el debate: «Des. de hace tiempo intentamos saber lo que producimos. Jamás hemos llegado a ello. Todo cuanto sabemos es que la substancia que se escapó el 10 de Julio la habíamos producido al principio de los años 70. Cuando la guerra del Vietnam terminó también cesó la producción. Volvió a empezar hace algunos meses. Esta substancia se enviaba a Suiza y a EE.UU.»

Se sabe que a partir del TCF se pueden fabricar los defoliantes 2-4D y 2-4-5-T vertidos en Vietnam por el ejército americano a principios de los años 70.

Por otra parte, un alto responsable de la Roche que se puso en contacto con el semanario independiente L'Expresso el 30 de Julio reveló que «Icmesa no producía TCF normal sino TCDD, no depurado de dioxina y que en lugar de los 300 gr. de dioxina por semana se producían 3 Kg.». Ahora bien, si el TCF fuera destinado a la producción de hexaclorofeno como asegura la dirección de la Roche debería contener el mínimo de dioxina, la producción de TCDD no depurado de dioxina indica que su destino no era sólo el hexaclorofeno, sino también la producción de armas químicas de guerra, como los defoliantes.

En el mismo semanario y gracias a la misma persona nos encontramos con que, por si fuera poco, en Icmesa también se producía otra substancia tóxica utilizable como arma de guerra; el Sp 121, que se exportaba a Suiza

y a otros países en containers con etiquetas convencionales y a veces incluso sin etiquetas.

Ambos productos iban destinados a la OTAN al igual que los de otra fábrica situada en Turquía que produce lo mismo.

El director general de Givaudan, Waldvogel, en una carta a L'Espresso del 15 de agosto replicaba que «no podía desmentir que una persona de la Roche hubiese establecido contacto con el semanario». Por su parte las autoridades de la OTAN se negaron a responder a las acusaciones Y abrieron una investigación para descubrir quién había revelado las visitas secretas de los oficiales de la OTAN a Seveso.

Waldvogel además de no negar lo que se producía en Seveso. Este ejemplo de lo que puede producir una banal industria química como los millares que existen no está aislado. Tampoco es casual la política de secreto que envuelve a la producción, la desinformación de los trabajadores y de la población local.

La contaminación por dioxina se había producido ya más veces:

1953. Ludwigshafen Basf.

1957. EEUU. Contaminación de aves y piensos.

1963. Philips Duphar, Amsterdam.

1968. Coalite & Chemical Products Co. Inglaterra.

1976. Accidente aéreo en Suecia.

Otras plantas productoras en España:

- Givaudan-Ibérica S.A. Sant Celoni. Barcelona.
- Eneria. Industrias Aragonesas S.B. (EIASA). Sabinañigo (Huesca), Vilaseca (Tarragona). Palos de la Frontera (Huelva). puerto Llano (Ciudad Real).
- Supram S.A. Barcelona.
- Hugimica S.A. San Adrian del Besós.

En Vietnam esta contaminación no fue en absoluto accidental. Los vietnamitas fueron rociados generosamente con dioxina por los aviones americanos y conocen bien sus efectos. De hecho, cuando se produjo el desastre de Seveso, los médicos italianos pidieron su autorizado asesoramiento.

La historia de Seveso aún no ha concluido en 1984. Los efectos del gas no han desaparecido de la región. En mayo de 1983, la policía francesa encontró 41 barriles con restos de dioxina que provenían de Seveso escondidos en un viejo matadero del pueblo francés Anguilcourt-le-Sart.

En Italia el sumario de Seveso ha logrado alcanzar la exorbitante cifra administrativa de 53 tomos, y aún no se ha concluido, a pesar de que todos los funcionarios de sanidad de la comarca se han retirado prudentemente de tan largo procedimiento judicial. Lo más curioso es que el número de querellantes se hay reducido a base de indemnizaciones y complicados sistemas jurídicos a nueve familias, lo que contrasta

siniestramente con el número de los afectados ¹⁴

Máxima rentabilidad

Como todo el mundo sabe, los medicamentos son mercancía industrial producidas por las empresas farmacéuticas multinacionales. En el número uno del hit parade de ventas encontramos desde hace tiempo a la Roche, Esta empresa familiar, una de las más secretas y autocráticas que existen. Actualmente emplea a más de 30 000 personas en 60 tliales repartidas en países. Posee dos grandes centros de Investigación, 42 farmacéuticas y 26 fábricas químicas. Su Cifra de negocios farmacéuticos en el año 1972 ascendió a la astronómica suma de 1.750 millones de dólares ⁵ (Ver gráfico 2).

Esto es perfectamente comprensible si tenemos en cuenta que uno de sus principales productos, el Valium, le cuesta 35 S el kilo y que revende el producto terminado a 4.870 S el kilo. ¡NO está mal!⁵

Un estudio realizado en Colombia sobre la empresa Roche, demostró que ésta vendía el Diacepan, sesenta veces más caro que en el mercado mundial, y algo similar sucedía con la mayoría de productos de esta empresa¹⁵

Las empresas farmacéuticas se encuentran pues entre las industrias más rentables del planeta y no han llegado a esa posición prescindiendo de todas las tretas del mercado para aumentar sus beneficios.

Así a lo largo de su gloriosa historia cuentan en su haber con numerosos escándalos.

En 1969 estalló el escándalo de las tetraciclinas que dio lugar a que tres importantes laboratorios americanos fuesen procesados. Se trataba de America Cyanamid, Pfizer y Bristol-Myers, que habían monopolizado el mercado de este antibiótico y habían llegado a acuerdos para venderlo a 51 \$, mientras que su precio de coste era de 2 \$ cada cien cápsulas⁸.

La Prednisona y la Prednisolona son derivados de la Cortisona y se utilizan fundamentalmente en el tratamiento de la artritis durante periodos muy prolongados, cuando no durante toda la vida. Se pusieron por primera vez en el mercado en 1955. Los laboratorios Shering comercializaban la tableta a 30 centavos de dólar con el nombre de meticorten. En 1961, otros laboratorios informaron que podían comercializar estas sustancias con su nombre genérico (es decir Prednisona y Prednisolona) a un precio muy inferior: tres centavos la tableta.

Además, se comprobó que la Shering estaba comprando Prednisolona a granel a la compañía Upjohn, embotellando y fraccionando este material con un costo de un centavo y medio la tableta!, aunque al consumidor este producto le seguía costando treinta centavos. Esta política de precios abusivos era compartida también por otras grandes compañías que comercializaban los corticosteroides: Merck, Upjohn y Pfizer.

Siempre que se le ha reprochado a la industria farmacéutica el obtener enormes beneficios y explotar descaradamente la enfermedad, se ha defendido afirmando que la mayor parte de

estos beneficios no son tales, sino que se utilizan en investigación. Esto es absolutamente falso, pues la mayor parte de lo que se denominan gastos de investigación son en realidad gastos de publicidad. Los grandes laboratorios están en condiciones de gastar enormes sumas de dinero en publicidad porque tienen muchos beneficios y perpetúan éstas ganancias a causa de sus fuertes campañas promocionales dirigidas a los médicos para que receten sus especialidades.

Buena prueba de ello es que los grandes laboratorios se apresuran a bajarse los pantalones (precios) cuando no les queda más remedio. Por ejemplo, la Shering vendía al minorista 1000 tabletas de Prednisolona a 170 dólares; pero esta misma compañía ofreció la misma cantidad por sólo 79 dólares a la Agencia Militar de Suministros Médicos. Sin embargo, su oferta no fue aceptada pues 'Otra compañía -Chase— se las vendió por 41 dólares en 1958, En 1960, la Shering bajó todavía más los precios de las 1000 tabletas, llegando hasta 17 dólares, aunque también en esta ocasión perdió el contrato, ya que la compañía Premo ofrecía 1000 tabletas por sólo 11 dólares. En esta misma época, el precio al minorista de la Shering se mantenía fijo en 170 dólares las 1000 tabletas.

Podemos preguntarnos ¿Cómo demonios es posible que la Shering sea una de las empresas que más vende a pesar de vender un producto idéntico al de otras compañías? La respuesta es sencilla. El consumidor está en este caso despojado de sus prerrogativas normales. No puede comparar precios antes de comprar y

decidir por la mejor oferta como supuestamente lo hace en cualquier otro sector. Las leyes de la oferta y la demanda no tienen aplicación en este campo, excepto cuando se trata de grandes compradores como el ejército. El consumidor sólo puede con su receta comprar el producto de la marca que el médico indica. Y el médico indica las marcas sin tener en cuenta el precio (que a menudo ignora), motivado esencialmente por la publicidad que hace predominar las especialidades de las compañías que más gastan en ella ¹⁷

EXPLOTACIÓN DEL TERCER MUNDO

Por otra parte, las multinacionales farmacéuticas se dedican a ayudar a los «países en vías de desarrollo» vendiéndoles sus productos. Esta caritativa preocupación se manifiesta claramente en el hecho de que un mismo medicamento sea vendido como media 357% veces más caro en la India que en los países europeos.

He aquí algunos precios de los medicamentos vendidos en la India en contraste con los precios europeos.⁵

PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS VENDIDOS EN LA INDIA Y PRECIOS EUROPEOS (EN \$/KG)

INDIA/EUROPA

Cloranfenicol:	47,62	20,50
Prednisolona:	1593	555
Fosfato cloroquino:	39,96	17,50
Tetraciclina:	113,39	29

Estreptomicina:	39,35	26
Vitamina C:	9,7	2,40
Vitamina A:	52,15	23

Como se puede ver, la industria farmacéutica se comporta como las demás industrias. Desde el siglo pasado una de las estrategias para superar las clásicas crisis de superproducción descritas por Marx y Engels consistió en crear nuevos consumidores, parasitando los llamados países subdesarrollados. Ya Lafargue escribía entonces: «¡Cuántas maravillas desconocidas encierra el continente negro! ¡Millones de culos negros esperan nuestras prendas interiores para aprender la decencia, nuestras botellas de Coca-Cola y nuestras biblias para conocer las maravillas de la civilización!⁹ A lo cual hay que añadir ahora la avalancha de medicamentos que permitirán que aquellos que no hayan muerto de hambre gocen de una salud cada vez peor y tengan la oportunidad de pagarla cada vez más cara.

FALSIFICACIÓN PLANIFICADA

Cada vez con más frecuencia el organismo se ve impotente para adaptarse a las aceleradas variaciones del medio con sus propios mecanismos internos. La gente se ve obligada a recurrir a productos químicos que le ayuden a continuar el ritmo de la maravillosa vida moderna.

Pero ¿hasta qué punto el actual abuso de

fármacos responde solamente a esta necesidad?

No es accidental el hecho de que algunos medicamentos tengan más de 100 nombres comerciales diferentes, ni que los delegados médicos sean tan eficazmente persuasivos, como los fabricantes discretos sobre los peligros y las contraindicaciones de sus productos.

Existen múltiples ejemplos de cómo los laboratorios farmacéuticos tienden a ocultar los efectos nocivos de sus productos. Basta para ello examinar los prospectos de un país donde la reglamentación y el control sobre la industria farmacéutica son relativamente estrictos como Estados Unidos (este control se debe fundamentalmente a la Food and Drugs Administration y a las diversas asociaciones de defensa del consumidor) y compararlos con los mismos prospectos que las mismas empresas editan y exportan para los países que no poseen dichos controles (como por ejemplo Latinoamérica, España y en general todo el Tercer Mundo).

Así, por ejemplo, en 1970 el International Herald Tribune reveló en un trabajo firmado por Stanford N. Sesser que el Inacid (medicamento antirreumático muy empleado por sus propiedades sintomáticas sobre el dolor y la inflamación) era vendido en el exterior sin advertencia para el público de sus contraindicaciones y peligros.

Lo mismo había sucedido años antes con el cloranfenicol. Una encuesta de la Organización Internacional de la Unión de Consumidores

(IOCU) demostró que la Parke Davis, que exporta a todo el mundo, ponía mucho más cuidado en los prospectos destinados al público norteamericano que en los destinados a países con una reglamentación insuficiente. De hecho, en Estados Unidos esa empresa había tenido que pagar miles de dólares en concepto de indemnización por muerte y había sido obligada finalmente por la FDA a detallar las indicaciones, contraindicaciones y peligros en los prospectos

Estos ejemplos demuestran una vez más que la industria médica se comporta exactamente igual que el resto de las industrias en todos los campos. Los laboratorios farmacéuticos tienden a ocultar deliberadamente los datos que se refieren a los peligros del empleo de sus productos, pues esto supondría un descenso de las ventas y por lo tanto de sus beneficios.

Por si fuera poco, un porcentaje cada vez mayor de artículos vendidos en las farmacias autorizadas son medicamentos inertes falsificados que no pueden distinguirse por su envase ni su presentación del producto patentado. Cada vez se hace más difícil la detección y está fuera de control de los actuales organismos encargados de aplicar la ley la persecución de la mafia que sostiene este mercado negro.

Un ejemplo de esto lo tenemos en el Keflodin.

Los laboratorios Lilly Indiana de España S.A. fabrican este antibiótico, el keflodin, preparado que puede ser suministrado por vía parenteral. Este producto fue falsificado al parecer en un

laboratorio clandestino situado en Alcalá de Henares, en el cual se rellenaban frascos de la empresa con penicilina de bajo precio. La gravedad de la falsificación estriba sobre todo en el hecho de que la penicilina de bajo precio que contenían los frascos falsificados, habría podido causar graves complicaciones, e incluso la muerte, en caso de ser inyectada por vía intravenosa a pacientes que sufrieran alergia a la penicilina.

MÁXIMO DESPILFARRO

El despilfarro organizado es otra de las características esenciales de toda gran empresa capitalista. Es también otra de las estrategias que adopta el capital para superar sus crisis cíclicas. “ El despilfarro industrial adopta dos formas para conseguir que la gente consuma más. En primer lugar, hay que arreglárselas para convencer al público de que necesita comprar o cambiar tal o cual producto. En segundo lugar, hay que apañárselas para que los productos duren poco y sean irreparables.

Es decir, primero se inventan las producciones más rentables, independientemente de que sean o no necesarias, y sólo después se buscan los consumidores, independientemente de sus necesidades.

En medicina sucede lo mismo, con algunas particularidades. El mercado de la industria farmacéutica posee la característica de que en el circuito productor-distribuidor-consumidor, se intercalan los médicos que tienen que

recetar. En efecto, se calcula que la importancia de las ventas y su prosperidad dependen como media en un 90% de los medicamentos que sólo pueden obtenerse con receta médica (llamados deontológicos). Aunque hay grandes variaciones de un país a otro debido a las diferencias de control, un producto puede ser deontológico en Inglaterra y venderse sin receta en España, por ejemplo.

Los trusts han sacado de esta constatación la consecuencia siguiente: puesto que los médicos por el momento resultan imprescindibles para vender nuestros productos, es preciso que los persuadamos para que los receten. De este modo consagran grandes sumas a la publicidad que es denominada púdicamente «información médica».

El doctor James E. Bowes, médico con consultorio en Salt Lake City realizó un estudio sobre la cantidad de propaganda de los laboratorios que le llegaba. Tuvo el humor y la paciencia de pesar todo lo que recibía durante varios meses, obteniendo un promedio de medio kilo por día. Luego calculó cuál sería el total de kilos de propaganda que reciben todos los médicos del país, y obtuvo un total de ochenta toneladas al día. Esto representa al año más de 24.000 Tn. «Tomaría dos vagones de correo del ferrocarril el transportar esta carga diariamente suponiendo que se enviase junta a la misma ciudad. Luego habría que emplear 110 camiones para correspondencia y 800 carteros para repartirla». Pero como está demostrado que la mayoría de esta propaganda se tira, el Dr. Bowes

también calculó lo que esto costaría. «Luego de haber sido entregada habría que utilizar 25 camiones de desperdicios para llevársela. Al ser quemada en un basurero su resplandor sería visible en un radio de 75 kilómetros»¹⁷

En Francia existen actualmente 700 periódicos médicos financiados principal o exclusivamente por la industria farmacéutica a través de su publicidad.

El médico francés recibe 300 visitas al año de los representantes de las grandes firmas que le proporcionan una enseñanza atrayente, rápida, simplificada y que además son supercortesés, simpáticos, pacientes y a menudo hasta inteligentes.¹¹

Todas las estrategias del moderno marketing son empleadas: publicidad postal, cenas-debate, simposiums, sesiones de films científicos, juegos-concurso con premios, folletos y libros lujosos que tienden a proporcionar confianza (incluso aunque no se lean su aspecto serio puede impresionar), regalos directos, comisiones sobre tal o cual adquisición de material, actualizaciones de los conocimientos (a menudo tendenciosas), periódicos médicos y publicaciones científicas financiados exclusivamente por la industria farmacéutica, etc... No me voy a extender sobre el tema pues de sobras es conocido.

Estas toneladas de bosques transformadas en papelotes cubiertos de eslóganes, este ejército de representantes que repiten incansablemente la misma historia aprendida de memoria, los miles de publicistas, expertos en marketing y

periodistas, son buenos ejemplos del despilfarro de materias primas y de fuerza de trabajo, pero no son los únicos ni los más graves.

Las empresas farmacéuticas son las que gastan más en promoción y publicidad. Entre tres y cuatro veces los gastos de investigación y desarrollo en EE.UU., alcanzando así casi un tercio de las ventas totales¹⁶

Aunque se estima que los gastos en publicidad son muy superiores a los de investigación, lo que se engloba como «investigación» no va destinado a mejorar la eficacia terapéutica de productos sino a hacerlos más vendibles. La mayor parte de la «investigación» consiste en estudiar nuevas presentaciones y combinaciones de productos ya conocidos o en establecer nuevos condicionantes que induzcan a los médicos a recetar y a pacientes a consumir un determinado fármaco. Buen ejemplo de ello es que existan en el mercado 184 preparados de estreptomicina, más de treinta de ampicilina y 86 de con otros compuestos, etc.

Esta inundación del mercado permite entre otras cosas producto pueda venderse más caro según su presentación. encontramos que 17 laboratorios compiten en la venta de amoxicilina sin combinar en 9 formas y con 65 envases diferentes. La diferencia de precio entre los distintos laboratorios llega a suponer de este modo un 30%. Por su parte Ciba vendía a los farmacéuticos 1.000 píldoras de Sorpasil por 39,5 \$ mismo producto podía comprarse bajo el nombre reserpina por 0,69 S. Análogamente, los

calmantes Equanil eran vendidos al farmacéutico a 61 S/l mientras que la misma cantidad podía obtenerse bajo el nombre de meprobamato, etc...⁵

Por otra parte, muchas de estas investigaciones que justificar la eficacia de un producto son sólo eso, justificaciones. Por ejemplo, se puede demostrar que las células cerebrales de una rata que nada están mejor oxigenadas gracias a un determinado medicamento. Pero esto no quiere decir que las células cerebrales de un señor que se pasea por la calle también vayan a estar mejor oxigenadas gracias a ese medicamento.

Estas industrias recurren a toda clase de engaños para conseguir sus fines. En una entrevista en que el Dr. Jean Paul Escandre preguntaba a Rene Dubos cuántos laboratorios de investigación habría que cerrar en el mundo dado el despilfarro inútil que hacen de dinero y material, éste respondió: «Lo importante, no es solamente que estos laboratorios gasten mucho dinero, desde mi punto de vista. Lo que es todavía más grave es que puedan mostrar después en su publicidad editada en bellos folletos, fotografías de un utillaje que parece extremadamente complejo, sabio, y que supuestamente sólo puede ser empleado por hombres eminentes, cuando todo esto no es más que un bluff. No quiero citar nombres, ipero hay tantos! Observo constantemente que todos los prospectos publicitarios distribuidos por la industria farmacéutica encierran fotografías increíbles, que engañan absolutamente a todo el mundo. Hace tres años, en el curso

de un congreso en París me pidieron que me fotografiara. Más tarde descubrí que me habían pedido esto porque detrás de mí se encontraba un aparato para producir iones negativos y esta foto fue publicada varias veces como si yo avalase este aparato científico maravilloso

Pero el éxito no sólo depende de saturar el mercado con una creciente avalancha de productos duplicados o con nuevas presentaciones de los que ya existen, es preciso también que su vida sea deliberadamente abreviada.

Al igual que la Philips redujo la duración de sus fluorescentes a mil horas antes de lanzarlos al mercado (en lugar de las 10.000 que duraban los primeros prototipos), la industria farmacéutica emplea diversas técnicas de rápido envejecimiento sobre sus productos para suscitar nuevas posibilidades de expansión, renovar el mercado y estimular el consumo.¹²

Otro de los objetivos de la investigación que pocas veces suele considerarse es el consumo de productos químicos y material tecnológico complejo que la propia investigación requiere, lo que entra por supuesto dentro de esa lógica del despilfarro. En algunos laboratorios o departamentos hospitalarios la actividad científica se reduce a este juego de consumo. Los que juegan con ese material tienen batas blancas, se creen muy importantes y cobran un sueldo. Al igual que los militares juegan con el material complicado que se les proporciona, lo rompen y lo reemplazan cuando se ha pasado

de moda.

Esta lógica absurda se aplica también al material clínico empleado por los grandes hospitales; se calcula que la construcción de un hospital cuesta actualmente 85 millones de \$ de los cuales $\frac{2}{3}$ sirven para comprar equipo mecánico que en 10 años se desecha o es superfluo. En los sótanos de todos los hospitales encontraréis múltiples aparatos que son inutilizables, se han pasado de moda y han tenido que ser sustituidos sin haber llegado a ser utilizados nunca.

¿Objetaréis que los laboratorios producen ciencia?

Bueno, exactamente no, Producen publicaciones científicas. La mayoría de las revistas científicas se hallan controladas y financiadas directa o indirectamente por la industria médica al igual que los programas de investigación. De forma que si pretendéis investigar en un campo que no era de moda o que no interesa (a la industria) os veréis negros para obtener fondos. Aún en el supuesto de que obtengáis resultados interesantes tendréis pocas posibilidades de verlos publicados, y como lo que no se publica en las revistas científicas no es considerado como ciencia...

Esto nos lleva a otra de las características de la industria médica que antes citaba, su función de control social que, junto con su política del secreto y su papel integrador trataremos a continuación.

NOTAS

1. Michel Bosquet. «Ecología y Política» Libros del Viejo Topo, Barcelona.
2. L. Rodberg y G. Stevenson. «The health care industry in advance of radical political economics 9-1977.
3. OpCit 1.
4. Ivan Illich. «Némesis médica». Barral. Barcelona.
5. Charles Levinson. «Los trusts de los medicamentos. Ed. Dopesa.
6. Jaume Morron y Estradé. «La ciencia al servicio de la destrucción»
7. Colectivo. «Seveso está en todas partes». Ed. Campo Abierto.
8. Sécurité Sociale. Evolution ou Revolution. Ed. P.U.F.
9. Paul I. Afarge. El derecho a la pereza.
10. Op. cit. en Cap. anterior.
11. Catalogue Ressources. Vol III. Ed Alternative Paralellgs. Paris.
12. Vance Packard, L'Art du gaspillage. Ed. Calman Levy. Paris.
13. René Dubos y Jean Paul Escandre. «Chercher». Ed. Stock. Paris.
14. EL PMS. 22 mayo de 1983.
15. Vaitos C. V. «Patents revisited». Science, Technology and Depelopment. Londm 1973.
16. Walker H. D. «Market power and price levels in the ethical drug industry» Bbomingon. Indiana. University Press. 1971.
17. Senador E. Kefaurer y otros. «El trusts de los medicamentos». Ed. Sfntesis. Buenos Aires.
18. Op. cit. nota 7.

LA MEDICINA NUEVO OPIO DEL PUEBLO

El sistema médico farmacéutico no se ha desarrollado monstruosamente solo porque represente uno de los sectores industriales más rentables, ni porque repare a las máquinas humanas deterioradas por un aparato de producción inhumano, sino sobre todo porque pone a punto y distribuye las drogas necesarias para que los explotados acepten su suerte y porque de todas formas contribuye a la perpetuación y a la protección del orden establecido, con la inestimable ventaja de ser considerada técnica y científicamente aséptico.

El sistema médico ha adquirido incluso el monopolio de dictar cuales son los estados normales y cuales son los patológicos. Esto es peligroso como lo demuestran algunas tendencias actuales (cirugía cerebral, implantación de electrodos) pues no hay que olvidar que, como dice Laborit,¹ una noción estadística. En la especie humana, «lo normal la mayoría es ante de todos los individuos tienen una cantidad media de azúcar, de sales minerales en su sangre. El que se aparta de esta media es considerado como anormal y por lo tanto enfermo. Del mismo modo, desde el punto de vista del comportamiento de los individuos en la sociedad, el que no se acomoda en los países del Este a la actitud dictada por

la interpretación local del marxismo-leninismo, es considerado como anormal y encerrado en un hospital psiquiátrico. Lo mismo sucede en los países capitalistas, no acomodarse a las reglas que se desprenden de un pretendido instinto de la propiedad es considerado delincuencia o perversión y supone que os encierran en la cárcel o el manicomio. Lo normal Y lo patológico se juzgan pues, siempre en base a la conformidad del individuo con relación a una media estadística».

La medicina hace tolerables opresiones que no deberían serlo convirtiéndose en la coartada de una sociedad patógena. Soportamos un medio nefasto porque está la medicina, soportamos riesgos porque la ideología dominante de los medios de la información os hace creer en la todopoderosa medicina, comeos demasiado porque la medicina pone a punto productos para digerir y para adelgazar, soportamos el stress porque existen tranquilizantes y somníferos, etc.... La medicalización de medio constituye el esfuerzo supremo para intervenir técnicamente sobre la vida de los individuos.

Para soportar la felicidad que la sociedad de consumo les proporciona los franceses tuvieron que comprar 55 millones de cajas de medicamentos tranquilizantes, antidepresivos o psicoestimulantes, en 1972. ²Los americanos están aumentando más rápidamente su consumo de productos farmacéuticos que actúan sobre el sistema nervioso central que el de cualquier otro fármaco. Estas sustancias constituyen el 31% de las ventas globales de

la industria. El consumo de tranquilizantes que producen dependencia por prescripción médica ha aumentado en un 29% desde 1962. Durante este período sin embargo el aumento del consumo de alcohol solo ha sido del 23% y el de opiáceos (morfina, opio, heroína) ilegales de un 50%.³

Si tomamos ejemplos concretos esta situación se confirma: así en el caso de la anfetamina solamente en EE.UU. se fabrican 37.000 kg al año. Más de 100 fabricantes producen 37.000.000.000 de dosis de 10 mg, es decir: 18 dosis por habitante al año.

Las antetaminas son productos sintéticos que estimulan el SNC y crean dependencia, su fabricación, venta y prescripción son legales y en general se suelen recetar para combatir la obesidad.

Los laboratorios no contentos con el mercado legal recurren a veces a expansionar sus fuera de él. Este fue el caso de los pequeños laboratorios Bates de Chicago cuyas ventas al año sobrepasan el millón y medio de dólares. En 1969 los agentes de narcóticos y la House Crime Comité descubrieron que Bates había vendido 15 millones de dosis de anfetamina a una sociedad inexistente que se encontraba en México. La dirección señalada en el membrete de las cartas de esta sociedad correspondía al onceavo agujero del campo de golf de Tijuana.

Los efectos negativos de las anfetaminas son conocidos desde hace mucho. El Japón fue el primer país que los experimentó en plan masivo.

Al final de la guerra los laboratorios disponían de grandes cantidades de anfetamina destinadas al ejército y a los trabajadores de las fábricas de armas. Su propaganda se orientó a «eliminar la somnolencia y reponer el espíritu» con el brillante resultado de que en 1955 había medio millón de adictos y 50.000 casos de psicosis anfetaminica, algunos de los cuales aún gozan de los pabellones psiquiátricos japoneses.

Los americanos tampoco se quedaron atrás como ya vimos. La irresponsabilidad de algunos médicos en este terreno se ha hecho notable. Por ejemplo, el Dr. Max Jacobson de Nueva York se hizo famoso por la cantidad de anfetamina que administraba a sus pacientes en diversos cócteles donde las mezclaba con otros productos; vitaminas, hormonas, enzimas, etc... Consumía unas 100 dosis de 20 mg diarias. Estos combinados causaron muerte de uno de sus pacientes, el fotógrafo de Life Mark Shaw en 1969. Otro de sus pacientes, el escritor Truman Capote cayó en una crisis nerviosa al dejar de inyectarse durante un viaje Europa. El fotógrafo Bob Richarson tuvo que pasar dos años en un hospital psiquiátrico como resultado de la terapéutica. Otros de sus clientes a los que incluso acompañaba en los viajes eran el presidente John F. Kennedy y Su esposa.⁴

Tampoco los niños se han librado de la epidemia. En 1971 el Washington Post describió el caso de un pediatra de Ornaha, Nebraska, que recomendó a los médicos locales recetar anfetaminas a los niños identificados como hiperactivos, inmanejables, o que simplemente

daban el coñazo en clase. Las drogas tenían como función «mejorar la marcha de la clase e incrementar el potencial de aprendizaje». Aunque parezca paradójico la anfetamina tiene en muchas ocasiones un efecto tranquilizador en los niños.

Este caso no es aislado. Se calcula que unos 200.000 niños recibían drogas en esas fechas para evitar que alterasen o interrumpiesen la clase.

En el caso de los barbitúricos la situación es todavía peor pues la industria americana produce 100.000.000.000 de dosis al año y se estima que la mitad de la producción es vendida en el mercado clandestino. Esto supone 50 dosis por persona al año.

Actualmente existen más de 2.000 clases de barbitúricos diferentes que se emplean para ayudar a dormir a los que no se adaptan a la vida moderna. Los americanos han dejado de soñar con el «american dream» porque los barbitúricos suprimen la fase del sueño denominada MOR (cuando se sueña, seamos o no conscientes después).

Los americanos ya no sueñan con nada cuando toman sus somníferos cotidianos. Si los dejan de tomar, las fases reprimidas del sueño irrumpen violentamente originando espantosas pesadillas que se añadirán a la pesadilla diurna del paraíso de la sociedad de consumo. La combinación parece ser tan horripilante que la mayoría prefieren volver a tomar sus pastillas para dormir.

De todos modos, las dosis tienen que ir aumentando para conseguir los mismos efectos y a partir de un cierto punto es ya difícil despertarse. Así que hay que tomar anfetaminas para ir a trabajar por la mañana, con lo que será todavía más difícil dormirse por la noche y habrá que aumentar de nuevo las dosis... el ciclo infernal se cierra, el infeliz se desploma en la depresión. De ahí al suicidio (con barbitúricos generalmente) o a ingresar en un hospital psiquiátrico hay un paso.

Resulta realmente alucinante que sectores crecientes de la población necesiten tomar fármacos para dormirse o levantarse. Pero lo verdaderamente peligroso es que en realidad este tipo de drogas sirvan para enmascarar un modo de vida enfermizo y lo que es todavía más grave, para ayudar a perpetuarlo.

El hecho de que en 1972 los médicos americanos extendieran más recetas de drogas psicoactivas que personas hay en el país demuestra su preocupación por la salud. La toxicomanía medicalizada (por prescripción facultativa) institucionalizada, reforzada por la moda y la publicidad de las industrias farmacéuticas, está aumentando mucho más rápido que el consumo de otras drogas. Resulta particularmente hipócrita que el aparato propagandístico del sistema en colaboración con la policía, lance campañas antidrogas contra sustancias que no producen hábito ni dependencia como la marihuana o el LSD 25, mientras que ese mismo aparato de propaganda nos invita a consumir drogas que sí producen dependencia.

No me refiero solamente a las drogas médicas, sino en algunos casos también a la heroína.

La CIA ha ocultado grandes operaciones multinacionales de tráfico de drogas (heroína fundamentalmente) facilitando que «caballo» (la heroína) penetre con fluidez en los países donde aparecen movimientos contestatarios.

Durante la guerra del Vietnam la CIA abastecía de heroína ejército americano, país que dicho sea de paso estaba situado en el famoso Triángulo de Oro del sudeste asiático. La CIA también ha mantenido relaciones con los militares golpistas bolivianos que controlan el cultivo de la cocaína. Agentes de la agencia americana de espionaje han traficado directamente para introducir droga dura entre los estudiantes de los países latinoamericanos.

Por otra parte, se impone cada vez más una constatación histórica: hay periodos en los que el consumo de droga dura, fundamentalmente heroína, se dispara en relación al consumo de drogas blandas. Paralelamente descende el número de requisas policiales de heroína, mientras que, por ejemplo, aumenta el de marihuana.

Estos periodos coinciden con importantes movimientos antisistema. Por ejemplo, en periodos posteriores a la aparición de los Panteras Negras, al Free Speech Mouvement de Berkeley, al mayo francés, «Autunno caldo» italiano, Provos en Holanda, etc.

El porqué de este interés está bien claro. Un heroinómano más es un individuo menos en las

filas de los revolucionarios. Un heroinómano está demasiado ocupado en conseguir el dinero que necesita para comprarse la droga como para dedicarse a la contestación. Para conseguir el dinero, un adicto es capaz de hacer cualquier cosa; como por ejemplo ser confidente de la policía' convertirse en traficante, delatar a sus excompañeros políticos implicando a sus organizaciones, etc... El heroinómano es, además, un Individuo marginado e inhibido, cuyos centros de interés se reducen hasta convertirse en un monocultivo: conseguir la herencia a Cualquier precio.

Así pues, la heroína se convierte en un poderoso método de control social, político y cultural. Además, reporta suculentos beneficios para quienes la manejan a lo grande.

En España, esta utilización de la droga como arma estratégica es particularmente evidente en los últimos tiempos. Con la modernización del aparato represivo y la importación de nuevas tácticas de manipulación político-social. ¿Cómo explicar si no, que el País Vasco haya alcanzado en los últimos años el récord nacional de heroinómanos mientras que las aprehensiones de alijos realizados por la policía sean muy inferiores a las del resto del país?

Algunas publicaciones reaccionarias han tratado de implicar a la ETA en el asunto. Por ejemplo, ABC publicaba en primera página hace unos años «La heroína, nueva arma de ETA». la falsedad de tales afirmaciones se cae por su propio peso si consideramos que ETA viene

desarrollando una intensa campaña contra la droga dura en los últimos años. Advirtiendo a personas y propietarios de locales implicados con la droga. Publicando extensos comentarios en el Egin (prensa local pro Herri Batasuna) en los que acusan a los magnates del tráfico de heroína de «estar envenenando a la juventud y a la clase obrera vasca, en combinación con el aparato represivo para neutralizar su potencial revolucionario, beneficiando así a los intereses del capitalismo imperialista español conchabado con el mundial». Esta primera fase de advertencias y de información fue seguida de una segunda más intimidatoria que incluyó atentados a locales frecuentados por drogadictos con artefactos de poca potencia. Posteriormente vinieron las agresiones y muertes de personas implicadas en el circuito de entrada de la droga. Fernández de Aizpuru, Miguel Zunzunegui Arrati, camionero y destacado traficante, Secuestro del abogado criminalista José María Pérez de Orueta López, interrogado y muerto por ETA, acusado de ser «uno de los introductores de la droga dura en Euskadi», etc...

Como es habitual, la campaña de ETA contra la heroína y los motivos de estos atentados y muertes serán silenciados por la televisión española y por los grandes medios de comunicación, no dando la explicación difundida por ETA.

La hipocresía del Estado no tiene límites. Los políticos claman contra la droga, mientras fomentan su introducción en las zonas

conflictivas para conseguir la autodestrucción de miles de jóvenes. Retiran del mercado unos cuantos medicamentos peligrosos, mientras permiten que varios miles sigan envenenando a la población. En España, gracias a ellos, las multinacionales farmacéuticas siguen haciendo su agosto y. pueden vender con prospectos falsificados que no advierten ni al médico ni al consumidor de todos los peligros y contraindicaciones de sus productos.

La medicalización del malestar social es de los sectores más rentables de la industria médica,

Desde este punto de vista el aumento en el consumo de sustancias tranquilizantes o estimulantes no es más que un índice del carácter patógeno e irracional de la sociedad. De una sociedad que cada vez será más difícil de soportar sin ayuda de la droga.

La medicina hace tolerables opresiones que no deberían serlo y se convierte de este modo en coartada de una sociedad cada vez más patógena. A esto se refería Henri Laborit (inventor del primer tranquilizante) en una entrevista cuando declaraba que: «Hoy me encuentro un poco asustado de que mi descubrimiento este siendo empleado para que la gente soporte una vida inaceptable».¹

Muchos medicamentos camuflan el estado real en de lubricantes, son la vaselina social. Con su acepta la alienación en la oficina o en la fábrica y no molesta.

Por citar solo un ejemplo: «el 60% de los trabajadores de producción en serie de Detroit

toman drogas durante el trabajo».

Con su ayuda, muchas familias pueden pasar una noche tranquila, idiotizándose con la TV, mientras sus hijos inadaptados duermen en los brazos de algún hipnótico. Lo mismo sucede en los hospitales donde los enfermos no dan la lata gracias al coctel nocturno que les administra la gentil enfermera de turno.

La gente soporta un medio hiperurbanizado, incomunicador, esputidizante y nefasto porque existen medicamentos adecuados para adaptarse a él. Buena prueba de ello es que, en la Comunidad Económica Europea, los medicamentos que figuran en los tres primeros puestos del «Hit parade» de ventas son: 1 Valium (tranquilizante), 2 Mogadón (somniafero), 3 Librium (tranquilizante).

El Valium y el Librium (ambos de la Roche-Hoffman) son objeto de 72.424.000 recetas anuales en los EE. UU., donde se calcula que el Valium es responsable del triple de ingresos en urgencias por sobredosis que por sobredosis de heroína. El Valium asesina anualmente a 880 personas solo en este país, sin contar con los múltiples problemas que su toma continuada ocasiona, de los cuales el prospecto español no dice ni Pio. ¿cuándo veremos a los directivos de las grandes multinacionales farmacéuticas sentados en el banquillo de los acusados de un proceso de Nuremberg a escala planetaria, respondiendo por sus crímenes?

Auschwitz y Dachau no han sido suprimidos, simplemente se han extendido al resto de la

sociedad.

Y que no se os ocurra pensar que esto es sólo una consecuencia del capitalismo y del sistema de libre empresa. El uso de tranquilizantes recetados por los médicos está en relación con la renta per capita en todo el mundo. Incluso en los países que se autodenominan socialistas, en los que no existe industria privada, ni la actualización de la enseñanza corre a cargo de los laboratorios

¿Sabéis que es lo que los chinos han importado prioritariamente después de su primer contacto con las multinacionales farmacéuticas?... ¡El primer lugar de las importaciones lo ocuparon los tranquilizantes! ⁷

Esto me lleva a pensar que la terapia en los hospitales psiquiátricos chinos, que incluía entre otras animaladas dos horas de entrenamiento militar y otras dos de «lectura terapéutica» de las obras de Mao Tse Tung ⁸, no está resultando tan eficaz como los burócratas del partido quisieran.

Sin duda el armar las mentes de los majaretas con el pensamiento del Gran Timonel debe ser completado con el Valium de la Roche (que producía en Seveso Dioxina para exterminar a la población vietnamita) ... Este mundo es surrealista. Pero en todo el mundo una cosa está clara, la medicina se está convirtiendo en el nuevo opio del pueblo, tanto al este como al oeste.

NOTAS

1. H. Laborit. Entrevista para la revista Sauvage no 20. Paris.
2. P. Saint Marc. «Adieu a la croissance». Revista Sauvage n o 7. Paris.
3. Ivan IlliCh. «Némesis Médica». Barral. Barcelona.
4. Maya Pines. «Los manipuladores del cerebro». Ed. Sudamericana.
5. Oscar Caballero. «La medicina del dólar». Ed. Guadarrama,
6. Michel Bosquet. «Critique du capitalisme quotidien». Galilée. Pari
7. Etienne Barral, «Economie de la santé». Dunod. Paris.
8. Varios autores. «La medicina en china». Ed. Búsqueda. Arqentim
9. J. L. Gómez Mompart, «La contrarrevolución del caba' Topo rf 61.

¿QUE HACER CON LA INDUSTRIA FARMACEUTICA?

Normalmente las alternativas a la industria farmacéutica que pretenden corregir el disparate que hemos venido describiendo a lo largo de estos capítulos, empiezan con su socialización y suelen terminar en el mismo sitio.

Pues manos a la obra... a socializar la industria.

¡Un momento! ¿No crees que estás empezando la casa por el tejado?

-- No comprendo lo que quieres decir. Yo lo veo claro. El origen de todos los males es que la industria farmacéutica está en manos de compañías privadas que tienen como principal objetivo enriquecerse cada vez más. Para ello es preciso producir más, y para producir más es imprescindible sacar al mercado medicamentos que no sirven para nada, medicamentos supe peligrosos, falsificar los prospectos, engañar a los médicos para que los receten, controlar revistas científicas, falsificar investigaciones, utilizar sin que se enteren a los pacientes como si fueran ratas, sobornar a políticos y funcionarios para que hagan la vista gorda y permitan que se sigan vendiendo medicamentos retirados en otros países....

- ¡Eh! Para el carro., que eso ya lo sabemos todos,

— Mira, yo sigo viendo la solución muy sencilla, Bastará con socializar la industria farmacéutica y dirigirla con un criterio de utilidad pública

donde el beneficio sea nulo.

Todo eso está bien. Pero primero creo que tenemos que saber lo que necesitamos producir,

- No entiendo dónde está el problema. Vamos a producir todo lo que se necesite, suprimiendo todo lo superfluo.

-- Superqué...?

- ¡Pues lo que no hace falta, lo que sobra... burro!

- No, pero si yo lo entiendo, pero a lo mejor otros no se enteran. Bien, ¿y quién va a decidir lo que se necesita y lo que sobra?

- Pues los trabajadores sanitarios; los médicos, los farmacéuticos...

- Ni hablar, no estoy de acuerdo. Los técnicos no deben ser los únicos que determinen cuáles son las necesidades de la gente. todos deberíamos determinar cuáles son nuestras necesidades.

Eso es una idea muy utópica, pero ¿cómo pretendes tú saber qué es lo que necesitas en materia de medicamentos, si no tienes ni puta idea de medicina?

Mira... genio de la planificación, te aseguro que para decidir que no necesito doscientas clases diferentes de aspirina, que tampoco me hacen falta medicamentos retirados en otros países por sus inconvenientes, que quiero que los prospectos expliquen claramente para qué sirve cada medicamento y cuáles son sus problemas, que además quiero que estén escritos en un lenguaje corriente para que los podamos

entender todos...

¡Oye macho! ¿me vas a decir que es imprescindible llamar cefalea al dolor de cabeza ?, pues si nos ponemos chulos, a partir de ahora a las bombillas las llamaremos emisores de fotones con una resistencia al vacío y así las podremos vender todavía más caras.

-- Admitamos que tienes razón sobre eso. Bueno, puede que no haga falta ser el doctor Barnard para poder decidir sobre lo que necesitamos o no. Pero te hará falta muchísima información.

— No tanta como crees. Porque incluso tú sabes lo que no necesitas y lo que quieres, lo sabes desde el momento en que se te da a escoger entre una cosa u otra. Hasta ahora ha sido imposible saberlo porque sólo nos dan una versión y los tecnócratas deciden por nosotros. Es como si hasta ahora nos hubieran dado unas cartas a las que les faltaba toda la baraja.

-- Vale. Pero todo esto no tiene nada que ver con la necesidad de socializar la industria farmacéutica.

- -- ¿Cómo vamos a socializar una industria si no sabemos que vamos a hacer con ella? Lo que estamos hablando es fundamental, porque lo primero es saber qué es lo que vamos a producir, quién va a decidir, cuáles son nuestras necesidades. Luego tendríamos que hacer una selección y suprimir la mayor parte de los medicamentos.

- Eso es lo que intentó Allende, que era médico. Según la comisión de médicos

chilenos que formó, sólo había unas decenas de medicamentos que tuvieran una eficacia terapéutica demostrable.

- también lo dice la OMS, que no es muy revolucionaria que digamos.

- Tampoco lo fueron las medidas que tomó Allende. Al fin y al cabo, se limitó a prohibir que los fármacos retirados en otros países por sus peligros entraran en Chile y exigió que todo fármaco vendido en su país hubiese sido experimentado varios años primero en Estados Unidos.

- Pues parece que no les gustó mucho a los americanos, porque de los médicos que formaban esa comisión no quedó ni uno después del golpe militar del 11 de septiembre de 1972.

- Cierto, pero aquí no estamos en Chile, y además Allende entre otras cosas nacionalizó el cobre. Ahora las cosas ya no son iguales, actualmente nos pueden mandar una traca de neutrones que se cague la perra.

- Si hombre, y luego ¿a quién les van a vender los medicamentos?, ¿a las cucarachas?

- Pues también es verdad.

- Más recientemente un país como Bangladesh ha comenzado con una limpieza de su farmacopea que contaba con 4.170 especialidades en 1982. Según ellos, menos del 1% poseía un efecto terapéutico significativo esencial. El Gobierno ha retirado 247 medicamentos peligrosos y se propone retirar 1495 más en el plazo de un año.

- ¿se han basado en el trabajo de la OMS?

— Sin duda, además se proponen publicar una lista de 150 medicamentos esenciales y comercializarlos con su nombre genérico.

— ¿Qué es eso del nombre genérico?

— Muy sencillo, un medicamento tiene un nombre comercial que designa una combinación de sustancias asociadas en él normalmente. Estas sustancias químicas poseen a su vez nombres genéricos. Si prescindiéramos de los nombres y de las combinaciones comerciales de sustancias básicas, la farmacopea se reduciría en consecuencia y además sería mucho más fácil manejarla.

Entiendo. Y también podríamos mandar a la mierda toda la publicidad de la industria farmacéutica.

Claro, ¿para qué haría falta esa estúpida publicidad si sólo se fabricase una clase de penicilina de la mayor calidad y al mínimo coste? para nada. Podríamos ahorrarnos miles de hectáreas de bosques devastadas por fabricar el papel necesario para la propaganda, podríamos ahorrarnos millones en materias primas, horas de trabajo, patentes y demás actividades inútiles.

—Oye, ¿pero qué opinan las multinacionales de la experiencia de Bangladesh?

— Naturalmente han protestado. Ha habido, además, serias amenazas de chantaje por parte de los americanos, oposición de la mayoría de los médicos condicionados por la publicidad farmacéutica. Total, que el Gobierno ha tenido que ceder un poco.

— Pero ¿si la lista de medicamentos estaba copiada de la OMS?

— ¿y qué? Las multinacionales farmacéuticas se encuentran entre las empresas más rentables del planeta. Acuérdate de que sólo La Roche tiene un presupuesto anual superior al del Estado español y esto significa poder, más aún es el poder.

— ¿Cuál ha sido la actitud de la OMS en todo este tinglado?

— Bastante ambigua. Según el Dr. Chowdhury, que es uno de los responsables de la experiencia de Bangladesh, la nunca ha distribuido en los países del Tercer Mundo documentos sobre los medicamentos esenciales. Nunca ha hecho nada concreto en este sentido, entre otras cosas porque las multinacionales farmacéuticas se han infiltrado en la propia Organización Mundial de la Salud.

¿y que otras medidas se han tomado en Bangladesh para combatir esta situación?

— Pues... por ejemplo han puesto a punto desde hace tres años una fábrica de productos farmacéuticos genéricos, donde producen medicamentos cuyas patentes ya son del dominio público; concretamente producen más de veinte medicamentos cincuenta o sesenta veces más baratos de lo que eran antes. Además aseguran que pueden reducir el precio de venta en el futuro. Esto es muy importante porque Bangladesh, como tantos otros países pobres, tiene que comprar los medicamentos a un precio en general más alto que nosotros. Por otra parte,

sólo un 15% de la población está en condiciones de comprar medicamentos modernos. Todo esto, como puedes ver, contrasta con el hecho de que según algunos estudios ingleses y americanos, un 70% de las ventas sean medicamentos prácticamente inefectivos.

Bueno... pero esto es igual que en todas partes.

- Si, pero en un país como Bangladesh la situación es mucho peor, pues supone desviar un dinero escaso que se necesita en primer lugar para comer.

A propósito de esto, ¿no te parece que poner tanto énfasis en cambiar la situación farmacéutica es una cosa secundaria?, no quiero decir que no sea importante, sino que en un país donde la gente aún se muere de hambre sería preferible invertir por ejemplo en mejoras agrícolas, en generalizar el agua potable.

-- Desde luego, y parece ser que así lo han entendido los médicos de Savar. Para ellos está claro que la salud es un todo y que el tratamiento es lo último. Hay que empezar por la prevención, la educación sanitaria, la alimentación, y en este sentido el Centro de Savar dedica especial atención a la promoción de la agricultura biológica, a la piscicultura. Tienen la vista puesta en la autosuficiencia alimenticia. Esto es fundamental, pues en estos países, lo que se llamó la Revolución Verde era todo lo contrario.

¿Cómo es eso de la Revolución Verde? ¿Te refieres a la introducción de variedades de alto rendimiento y a la campaña de modernización de cultivos?

-Sí

— Según tengo entendido la Revolución Verde hizo mucho bien, evitó que muchas personas murieran de hambre en la India.

-- Eso no es cierto. Lo que si es cierto es que con estas técnicas se ha logrado un aumento de la producción, pero no se tuvo en cuenta la contra productividad de semejante cambio. Si se pudiesen contabilizar los costes indirectos más los costes sociales, su suma sería superior a los beneficios.

No entiendo.

Es muy sencillo. En primer lugar, se están utilizando fertilizantes químicos, uno de cuyos componentes fundamentales son los fosfatos y como los mayores productores son los EE.UU. y la U.R.S.S. pueden poner el precio que les dé la gana, con lo que se consigue un aumento de la dependencia de los países importadores. Por otra parte, la introducción de variedades de vegetales de alto rendimiento exige unas elevadas inversiones de capital para obtener una perfecta nivelación de suelos, una irrigación totalmente controlada, sistemas de drenaje complejos, creciente aporte de abonado químico y consecuentemente un mayor empleo de pesticidas, supermecanización del trabajo y excesivo consumo de combustibles fósiles, etc. En resumen, exige un dinero que el campesinado de los países pobres no tiene. Consecuencia revolucionaria: pierden sus tierras y se convierten en asalariados de los ricos. Hay exceso de mano de obra, los salarios bajan,

revueltas, éxodo a las ciudades, paro y hambre.

— ¡hombre...! pero de eso tiene la culpa el sistema capitalista y no las técnicas de cultivo.

— Creo que las dos cosas. Esas técnicas son muy rentables para los que pueden aplicarlas, son muy rentables a corto plazo, porque a largo plazo son un desastre. Se calcula que, si todo el mundo emplease las técnicas agrícolas americanas, el petróleo se agotaría en menos de treinta años. En Rusia, los métodos de agricultura intensiva han convertido la región de Kazakstán (unos doce millones de hectáreas) en un desierto de polvo sólo en unos pocos años, y teóricamente allí no hay capitalismo. La excavación de nuevos pozos y el bombeo mecánico han provocado sequias desastrosas en la India. La degradación y el agotamiento de la fertilidad del suelo sobreexplotado por el monocultivo empieza a ser ya conocida, al igual que la fragilidad de estas variedades de alto rendimiento, lo que supone más insecticidas y más insecticidas no sólo suponen más dinero y más dependencia del exterior, sino también insectos más resistentes....

—¿Cómo con las bacterias y los antibióticos?

Exacto. Pero volvamos a la experiencia de Bangladesh. Aparte de potenciar una agricultura biológica, que no hay que confundir con la agricultura de nuestros abuelos, sino que es una agricultura más científica, más ecológica, que exige menos capital y menos dependencia, han desarrollado otras medidas. Todas ellas encaminadas a la búsqueda de

la autosuficiencia: creación de cooperativas de crédito rural para permitir a los pequeños agricultores a conservar sus tierras y escapar de las garras de los usureros, o banqueros como ahora se les llama; formación profesional de las mujeres; alfabetización; publicación de documentos de vulgarización médica para el personal sanitario, que por cierto está mucho más diversificado siguiendo un poco el modelo chino de los médicos descalzos.

además, otros proyectos están en curso, como la constitución de una red de cuatrocientas farmacias que distribuyan los medicamentos fabricados localmente; la producción de plantas medicinales y de medicamentos homeopáticos; la creación de una Facultad de Medicina adaptada a las necesidades del país....

— ¿Pero tú que me quieres decir, que estos tíos que están en el culo del mundo están más avanzados que nosotros? ¡Venga ya...!

— Mira, si consideramos la mierda de reforma sanitaria del gobierno socialista que tenemos no hay ninguna duda de que la reforma de Bangladesh es mucho más revolucionaria.

Aquí apenas se han suprimido unos cientos de los 12.000 medicamentos que sobran y ni siquiera han sido capaces de meterle mano al pluriempleo médico. No ha habido ninguna medida que favorezca otro tipo de medicina, a pesar de que la propia Organización Mundial de la Salud publicó hace algunos años un documento estimulando la recuperación de las medicinas populares y la colaboración entre

médicos y curanderos.

— Eso es cierto, en China mucho antes Mao ya había puesto en práctica un vasto programa que incluía la revisión de la farmacopea clásica y la potenciación de la medicina tradicional china, acupuntura, masajes, moxibustión, fitoterapia, gimnasia terapéutica....

Desde luego, y por eso me parece que la reforma sanitaria de los socialistas en este país es mucho más criticable.

- por supuesto, pero los chinos recuperaron su medicina tradicional porque no disponían de tecnología y capital suficiente, porque había más médicos tradicionales que occidentales y porque en aquel momento Mao pretendía desarrollar su famosa táctica de andar sobre las dos piernas.

- si, claro!, pero también porque eran eficaces. No hay más que ver el desarrollo que está tomando en Occidente la medicina tradicional china y la increíble síntesis que se está operando en China entre ambas medicinas. El Congreso de Pekín de 1978 presentó miles de trabajos en esta línea, tanto sobre tratamiento de enfermedades como sobre investigación experimental, todos realizados con las más sofisticadas técnicas occidentales en unión con las concepciones de la medicina tradicional.

- Esto nos lleva a que el empleo de fármacos presentado actualmente como única arma terapéutica podría reducirse si se generalizase el uso de lo que llamamos medicinas blandas.

— Naturalmente. Pero había que utilizarlas de forma diferente a como las utilizamos ahora. Deberían ser la segunda línea de acción sanitaria.

— ¿Qué es eso de las líneas?

— Algo muy sencillo. La primera línea de acción sanitaria es la prevención de las enfermedades mediante la higiene, la información del público, la generalización de conocimientos básicos sobre cómo mantenerse con buena salud y la existencia material de los factores que contribuyen a ello: buena alimentación, y no me refiero sólo a la cantidad, aire y agua limpios, trabajos agradables, hábitat apropiado... La segunda línea es la asistencia y aquí todas las medicinas o técnicas que tengan como fin estimular la capacidad de defensa del organismo ante la enfermedad encuentran un lugar privilegiado. Aquí deberían estar lo que denominamos medicinas blandas. La terapéutica más inteligente es la que te ayuda a defenderte de tu enfermedad por ti mismo, movilizando tus defensas, no sustituyéndolas temporalmente.

-Lo mismo pasa en la agricultura. Lo más importante no es combatir un parásito sino cultivar de forma en que el parasitismo sea mínimo, ya que las plantas sanas se pueden defender de él. Los fármacos vendrían después con algunas excepciones, como los minerales en forma de oligoelementos que también potencian la capacidad defensiva de las personas.

- ¿Con esto quieres decir que habría que sustituir a los médicos generales por especialistas en medicina china?

- No. Los médicos generales deberían aprender estas técnicas o trabajar con personas que las conozcan. Su complejidad es tal cuando se profundiza en ellas que es preciso crear equipos en los que cada cual aporte sus conocimientos a la comprensión del enfermo y no sólo de su enfermedad, para llegar a plantear tratamientos que no sean simplemente sintomáticos.

Sí, pero eso que tu llamas primera línea de acción sanitaria ya se viene haciendo en los programas de medicina preventiva.

- ¡Y una mierda! Lo que se llama medicina preventiva se reduce a las vacunas, el agua potable, saneamiento, control de enfermedades infecto-contagiosas, y para de contar. Pero a la gente se le engaña porque lo esencial no es eso, sino el que adquieran conocimientos sanitarios esenciales y que tengan capacidad para modificar el medio que les enferma. Por ejemplo, en el caso de la adquisición de conocimientos, la dietética es fundamental; y eso no sólo supone hablar de calorías y vitaminas sino también de la calidad de los alimentos. Para ello es preciso cuestionar las técnicas agrícolas de moda y la industria agroalimenticia en general. Una persona bien informada sería incapaz de comerse las porquerías que nos anuncian en la tele; y si lo hiciese sabría a lo que se expone al hacerlo. Si supiéramos que cualquier salchichón de los que nos anuncian como una maravilla lleva incorporados más de cien aditivos (colorantes, conservantes de mielina, antioxidantes, fermentos, bacterias importadas, conservantes de sabores, etc.

-Sí, pero, de todas formas, aunque sepamos lo que deberíamos comer, si no se producen alimentos de calidad vamos listos.

- ¡Por supuesto! Para empezar, los que se ocupan de la agricultura deberían conocer las técnicas de agricultura biológica que no se enseñan ni se divulgan en la actualidad, por criterios de supuesta rentabilidad económica. Es el esquema clásico, se enseña lo que le interesa al poder, y ¡ojo!, porque el poder no es el gobierno, sino las multinacionales y sus gobiernos. Si tienen sus gobiernos, también tienen sus universidades, su ciencia y pueden omitir o manipular lo que pueda perturbar sus intereses.

- Eso sería discutible, pero volvamos al tema de la medicina preventiva y de la asistencia primaria.

Te voy a dar un ejemplo de salud comunitaria bien enfocada en un barrio negro de Chicago. Tras algunos años de luchas contra la discriminación racial sanitaria, la organización comunitaria llegó a controlar los servicios médicos del barrio. Al cabo de varios años comprobaron que, a pesar de haber cambiado la gestión, su salud era tan mala o peor que antes. Trataron de analizar entonces el porqué la gente ingresaba en el hospital. En orden de frecuencia constataron que las principales causas de entrada eran: 1 accidentes de coches, 2 ataques interpersonales, 3 accidentes en general, 4 alteraciones respiratorias, 5 alcoholismo, 6 drogas (médicas o no), 7 mordidas de perros.

- ¡Oye! excepto las alteraciones respiratorias y los problemas con drogas administradas por médicos, veo que el resto de las causas no dependen de la gestión de la sanidad, ni de que esta sea buena o mala.

- ¡Exacto! No dependen de la sanidad tal y como se entiende hasta ahora, pero si dependerían de una concepción integral de la sanidad. Vas a ver algunas de las medidas que tomaron por sí mismos. Empezaron con las mordidas de perros, que era lo más fácil. Tomaron parte del dinero del hospital y lo utilizaron como gratificaciones para aquellos que trajeran un perro callejero. En consecuencia, las mordidas disminuyeron radicalmente.

— ¡Elemental ipero ¿qué hicieron con los accidentes de coche?,

-- Este caso fue más difícil, empezando porque los registros hospitalarios estaban mal concebidos, Por ejemplo, ponían: «ingresa con fractura de tibia... pero no ponían cómo, dónde a qué hora sucedió. Buscaron entonces si alguien tenía un registro de accidentes, y ¿sabes dónde lo encontraron?

— Ni idea, no me lo puedo imaginar.

— pues, en un estudio... para facilitar el tráfico de los coches en la ciudad. Transportaron los datos a un plano y comprobaron que había zonas donde los accidentes eran mucho más frecuentes.

Por ejemplo, la entrada de un aparcamiento. Bastó entonces el negociar con los propietarios el cambio de esa entrada.

-- Muy bien, pero me imagino que no todo sería tan fácil.

— Efectivamente, otra causa importante de los accidentes era que varias calles que atravesaban el barrio habían sido transformadas en vías rápidas por las autoridades.

-- Es decir que no dependía de ellos y no pudieron hacer nada para cambiarlo.

- No dependía de ellos, pero sí hicieron algo. Para modificar esto había que adquirir poder y para ello era imprescindible dar a los habitantes del barrio y a sus diferentes asociaciones esta información, con el fin de que se unieran y adoptaran las oportunas medidas de presión.

— De acuerdo, pero dame ahora algún ejemplo de problemas médicos.

- Tomemos las enfermedades respiratorias. Como sabes la resistencia a las infecciones está muy relacionada con una buena alimentación. Estudiaron pues, qué era lo que comía la gente y llegaron a la conclusión de que comían poca fruta y vegetales frescos especialmente en invierno porque eran demasiado caros. En consecuencia, la alimentación no aportaba las vitaminas suficientes.

— ¡Claro!, y la solución era que no hubiese pobres.

— Por supuesto, pero para que eso sucediera sospecharon que iba a pasar bastante tiempo, pensaron de nuevo qué podían hacer ya.

Se plantearon si podrían cultivar ellos esos alimentos y cómo. Así que comenzaron a instalar invernaderos en algunas terrazas de las casas. Tras esta experiencia descubrieron que los invernaderos caseros aparte de producir verduras, frutas frescas, de ahorrar dinero y de contribuir a mejorar su salud, tenía otras utilidades. Una buena parte del calor de la vivienda se pierde por los muros y techos, y la energía en los EE. UU. es muy cara. El invernadero transformó esta pérdida en una ventaja al permitir climatizar gratuitamente la vivienda. Pero esto no fue todo. Un día un anciano del asilo del barrio fue a ver el invernadero y a ayudar un poco, Volvió y lo contó en el asilo, Los ancianos empezaron a ir regularmente para ayudar a cuidar las plantas, Su vida cambió, estaban entusiasmados, se encontraban de nuevo útiles. Y estoy seguro de que su salud mejoró por ello.

- hombre!, en relación con esto me viene a la cabeza algo que me contó recientemente un amigo rehabilitador que trabaja en una mutua de accidentes laborales. Uno de sus pacientes llegaba siempre con muletas, cojeando y quejándose siempre de un tremendo dolor de espalda que le impedía trabajar. Llevaba meses tratándolo como si nada. Un día estaba asomado a la ventana y lo vio al salir de la mutua, colocar las muletas en la moto y pegarse un carrerón con ella para arrancarla. Me contó muchos casos de recetas parecidas en gente que no quiere curarse.

¿y no te contó ejemplos de gente que hace lo imposible por curarse?

- Sí, a eso iba. Algunos de sus pacientes destacaban por una extraordinaria voluntad de curarse. Por ejemplo, recuerdo el caso de un ciclista fanático, al que le habían amputado media mano y que se recuperó a una velocidad sorprendente para volver a coger la bicicleta.

— Claro!, porque el ciclismo era para él una actividad autónoma y gratificante, lo mismo que el invernadero. Seguro que el de las muletas tenía que trabajar en una cadena de producción haciendo todo el día una labor idiotizante. Probablemente si el trabajo fuese más autónomo y menos aborregado la gente se enfermaría menos y cogería menos bajas. Pero ese es un tema a tratar más extensamente.

— La experiencia del barrio de Chicago me parece muy interesante, pero que conclusiones sacas de ella.

— La primera es que la salud no depende básicamente de la medicina, depende por el contrario de las relaciones de las personas con su medio, con su entorno, con la comunidad de la que forman parte, y si añadimos lo que tu contabas sobre la mutua, también depende del tipo de trabajo. Por lo tanto, si queremos que la salud mejore, es imprescindible desmedicalizarla. En segundo lugar, la mejoría de la salud dejó de considerarse como un asunto reservado a especialistas y a técnicos profesionales y pasó a manos de los interesados. En tercer lugar, la mejoría de la salud se realizó con recursos locales, pero identificó los límites de esta acción desenmascarando qué factores externos a la

comunidad limitaban la obtención de dicha mejora. En cuarto lugar, esta acción desarrolló la autonomía de las personas que aumentaron su control y comprensión de los factores que las enferman. En quinto lugar, a consecuencia de estas medidas y de las mejoras en la salud de la gente descendió el consumo de asistencia médica, lo que según los economistas oficiales equivale a un empobrecimiento.

— ¿Cómo dices?

— Según ellos, el que la gente no sea mordida por perros, ni machacada por coches y tengan menos infecciones respiratorias supone que consumen menos medicamentos, menos materiales quirúrgicos, menos actos médicos, menos reparaciones de coches, es decir, supone un descenso del consumo y por tanto un descenso de las inversiones y del Producto Nacional Bruto. Como el Producto Nacional Bruto representa para ellos el índice de bienestar resulta que al rompernos menos piernas recibir menos mordidas de perros y padecer menos bronquitis somos más desgraciados.

— Eso es un disparate.

— ¡Ya me dirás! Y estoy seguro de que los habitantes del barrio de Chicago opinan lo mismo. Probablemente hayan comprendido que la salud mejora fundamentalmente cuando dejan de ser consumidores médicos y reclaman el dinero que hasta el momento los profesionales de la sanidad despilfarraban para no mejorar su salud. Retomar el poder sobre la salud, la enfermedad, el propio cuerpo y la

mente es poner en cuestión lo que nos enferma y empezar a cambiarlo. Es arrebatar poder a los profesionales y políticos que nos han expropiado los aspectos más íntimos de nuestra autonomía.

- Esto está claro, pero volvamos a los fármacos que es lo que estábamos hablando. A pesar de que se generalizase la higiene, la información al público, las medicinas blandas y se diese prioridad a la salud comunitaria, habría gente que a veces necesitaría medicamentos.

- Naturalmente, pero sin duda mucho menos que ahora. Solamente con que la vida fuese más satisfactoria se reduciría el consumo de tranquilizantes y somníferos, y no te olvides que estos medicamentos ocupan el primer lugar de ventas en Europa. Al suprimir todos los fármacos inútiles, peligrosos y al utilizar menos los demás se reducirían esas impresionantes cifras de enfermedades patógenas que dábamos en el primer capítulo.

- De acuerdo, pero se necesitarán algunos, aunque sólo sean los 200 que dice la OMS. Y vuelvo al punto de partida, hay que socializar la industria fabricarlos y en paz.

- No es tan fácil, resulta que las multinacionales son tan cabronas que se las han arreglado para que no podamos hacerlo.

- como va a ser eso. Una vez que los trabajadores tomen las fábricas estaremos en condiciones de asegurar una producción proletaria y autogestionaria.

- ¡Contreras que no te enteras! Que los medicamentos no son chorizos y...

- Pero los que los fabrican sí.
- ¡Vale!. Pero si seguimos así no voy a terminar de explicar esto hasta el día del juicio final.
- Bueno, basta de bromas. Sinceramente no comprendo por qué no es posible socializar la industria farmacéutica. Supongamos por un momento que lo hiciésemos, ¿qué pasaría?
- Pues que no podríamos producir muchos de los medicamentos que necesitamos, porque las empresas farmacéuticas conservan en el país madre partes esenciales de los procesos de producción protegidas por rigurosas patentes. En la mayoría de los casos aquí no se desarrolla el proceso completo. De este modo si decidiéramos nacionalizar sólo nos encontraríamos prácticamente con fábricas de envasado y el proceso de producción del medicamento se verá inevitablemente interrumpido. Por mucho que lo intentemos seremos incapaces de reproducir el proceso completo, pues no disponemos ni de la información ni de la tecnología adecuada para hacerlo. Y lo que es peor, lo mismo sucedería con la producción de energía a partir de centrales nucleares y con la producción de alimentos a partir de abonos químicos y pesticidas. La sanidad y la industria se paralizarían, habría hambre y la gente pediría cosas como que volviera Franco.
- ¿y qué podemos hacer entonces?
- Respecto a los medicamentos estudiar la situación internacional y las diferentes particularidades de la producción en cada

país. Actualmente algunos países son capaces de copiar el fármaco originario. Se trata naturalmente de países que poseen una importante industria química. Un ejemplo de ello es Italia que no reconoce las patentes sobre productos farmacéuticos y copian a bajo costo las nuevas tecnologías. Por lo tanto, lo primero que tenemos que plantearnos es en que caso nos encontramos. ¿Cuántos de los fármacos necesarios podemos producir autónomamente?, ignoro cuál es la respuesta correcta, pero supongamos, lo que no es mucho suponer que el resultado de este estudio concluya que no estamos en condiciones de copiar un cierto número de fármacos útiles. ¿qué hacer entonces?

- No lo sé. Habría que renunciar a socializar la industria y negociar con las multinacionales para obtener los productos intermedios.

- Pero lo más probable es que esto no funcione y las empresas sigan la táctica del todo o nada. ¿y entonces qué?

- Podríamos dirigirnos a los países socialistas que tienen procesos de producción completos de la mayoría de los fármacos,

- Ciertamente es una solución, pero ¿es la única?, y en caso de adoptarla ¿no inauguramos con ello una nueva forma de dependencia unilateral similar a la anterior?

- Pues tal vez, pero no veo otra solución. ¿A ti se te ocurre?

- Yo creo que hay que intentar evitar todo tipo de dependencia respecto a los bloques y

que además si hay otra solución. Supongamos que La Roche no nos quiere vender el producto base de la elaboración de uno del librium. Podríamos dirigirnos a empresas de otros países que ya han copiado este producto y que lo comercializan a precios más baratos. Por ejemplo, el librium equivalente de un pequeño laboratorio británico DDSA cuesta un 25% menos que el de La Roche. También podríamos dirigirnos a otros países que no admiten patentes como Italia y que fabrican diversos medicamentos equivalentes al librium. Siete de estas copias se venden a precios inferiores en un 30% a los del original. Esta situación también se da en Finlandia y fuera de Europa. Por ejemplo, en la India donde pequeñas empresas farmacéuticas distribuyen equivalentes de este producto a precios que llegan a 1,5 rupias mientras que La Roche mantiene precios de 16 rupias por la misma cantidad (100 comprimidos de 10 mg. en 1972). Es de suponer que estas empresas estarán mucho más dispuestas a llegar a acuerdos con nosotros que La Roche.

- Muy interesante. Supongamos ahora que necesitamos un fármaco que ni podemos producir, ni la empresa que lo patentó acepta vendernos sus componentes intermedios básicos, ni podemos encontrar substitutos en el mercado libre.

- Me lo estás poniendo muy negro, y a propósito de negro siempre existe el mercado negro. De todas formas, el caso que planteas es muy difícil que se dé. Además, sería preciso revisar la supuesta utilidad de ese medicamento

concreto haciendo especial hincapié en investigar los posibles métodos alternativos que permitan prescindir de él.

- Me parece un poco cogido por los pelos.
- Hombre, yo no pretendo sabérmelas todas, ni haber solucionado todas las pegas que pueden presentarse. Es más, hasta hace muy poco no había encontrado ninguna solución al problema de la socialización de la industria farmacéutica. Para mí era un callejón sin salida en el que las multinacionales lo habían atado todo muy bien. Pero el hecho de que existan copias de muchos medicamentos y que haya países que hayan roto el sistema de patentes cambia el panorama afortunadamente. Lejos de mi intención el haber planteado la alternativa con mayúsculas, pero si espero haber iniciado una vía de reflexión.
- si espero haber iniciado una vía de reflexión.
- ¿y qué pasa con la investigación farmacéutica?
- Los objetivos de la investigación deben ser diferentes según nos encontremos en un país desarrollado o en uno de los denominados subdesarrollados. En ambos casos es preciso desarrollar la investigación orientándola a mejorar la calidad de vida y no a encontrar productos que se vendan bien. En el caso de los países subdesarrollados el problema consiste por un lado en obtener los resultados de la investigación hecha en el exterior al menor precio posible y por otro en desarrollar una investigación propia adecuada a sus recursos y

necesidades, La experiencia de Bangladesh de la que hablamos antes ilustra perfectamente la línea a seguir.

- ¿y el dinero para financiarla?
- Ten por seguro que, si se aplicasen las medidas de las que hemos venido hablando, habría un ahorro tan enorme que se podría invertir perfectamente en este tipo de investigación. Además, hay que meterse en la cabeza que las inversiones más interesantes no son aquellas que permiten elaborar sofisticadas moléculas que darán lugar a medicamentos protegidos por patentes, sino aquellas que permiten modificar el medio de vida para que los fármacos no sean necesarios.
- A mí me parece que aquí falta algo fundamental, y es ¿qué Puede hacer la gente en espera de que se tomen todas estas medidas?
- Bueno, pues lo primero de todo no esperar a que alguien las tome, porque lo más probable es que ninguno de los que están en condiciones de hacerlo lo haga. No hay más que ver lo que no ha hecho el gobierno socialista en este país.
- No me refiero a eso, me refiero a qué puede hacer la gente ahora, aquí, ya, sin esperar a que se produzcan cambios tan globales cómo los que planteas.
- Es lo mismo, tienen que empezar a moverse por sí mismos, es Preciso que la contra información circule y para ello la gente tiene que ayudar, Este libro, por ejemplo, no puede ser editado en grandes cantidades, con publicidad

en la tele y todo lo demás. No se trata de algo nuevo, lo mismo hizo Pradal en Francia como ya contamos en la introducción o los consumidores americanos, como veremos en el capítulo de tranquilizantes.

- De acuerdo, la gente puede ayudar a que esa información llegue a mas, puede ayudar a que se hagan otros textos en estas líneas, debates, etc... pero qué pueden hacer para defenderse de las agresiones de la medicina.

- Informarse es el primer paso para defenderse. El monopolio radical que ejerce la medicina se basa fundamentalmente en la desinformación.

- concreta más. Cuando se ha sido víctima de los efectos secundarios de los medicamentos ¿Qué pueden hacer los afectados?

- Tenemos algunos ejemplos importantes de luchas de los afectados. Desde hace algunos años los pacientes se han vuelto impacientes, en el extranjero claro. Han organizado comités de defensa del consumidor en sanidad. Hay incluso excelentes vistas especializadas como El Impaciente, además, algunos de estos grupos aparte de organizar la autodefensa, están potenciando algunas medicinas alternativas. En Francia, estos grupos se han federado con otras asociaciones como las de agricultura biológica y en unos cuatro años han llegado a agrupar a unas veinte mil personas. Esto es muy importante pues hay que tener en cuenta que muchos de estos grupos surgieron a partir de problemas cotidianos de individuos concretos. Es el caso, por ejemplo, de Philip Drouillet que

formó una asociación con sus amigos cuando los médicos se cargaron a su mujer. A partir de esto se puede constituir una federación con funciones de defensa, de información y de potenciación de diversas alternativas, aunque esto ya se ha tratado en un capítulo del libro *Medicinas blandas, antimedicina* (Ed. ECOTOPIA LAS MIL Y UNA). Otro ejemplo importante de lucha es la campaña de boicot internacional contra la firma Ciba-Geigy, lanzada en 1980 por las personas que habían quedado ciegas a causa de consumir vioformo y mexaformo. Estos empezaron por iniciar una serie de 17 procesos contra la conocida multinacional en 1976. Solamente en Japón la empresa era acusada de la muerte de mil personas y de la ceguera de treinta mil más. Todo esto consiguió que incluso los médicos suecos lanzasen un boicot sobre el conjunto de las especialidades de Geigy.

- Un poco como el boicot lanzado contra la Nestlé por su insistencia en recomendar la lactancia artificial en el tercer mundo.

- ¡Exacto! además el boicot internacional contra la Nestlé constituye un bello ejemplo de solidaridad. El problema era fundamentalmente en el Tercer Mundo y sin embargo en los países desarrollados también se organizó. Aunque en los países desarrollados el problema era menos grave, la lactancia artificial produce sólo una disminución de las defensas en los bebés que favorece las infecciones, la situación en los países pobres era mucho más dramática por varios motivos. En primer lugar, la adquisición de leche en polvo representa un gasto insostenible

para la mayoría de las familias, resultado: los biberones se convierten en agua sucia y digo lo de sucia no sólo porque tengan poca leche, Sino también porque en muchos lugares sin agua potable se convierten en auténticas bombas cargadas de microbios para los niños que ya tienen sus defensas disminuidas por la subnutrición.

. Es cierto, al fin y al cabo, la especie no es tan jilipollas como nos la presentan en los telediaros.

. Claro, pero para que la gente deje de ir haciendo el borrego tiene que tener información, y eso lleva tiempo puesto que existe un monopolio sobre ella. ¿Te imaginas lo que pasaría si nadie consumiese los productos de una determinada multinacional porque la campaña contra ella estuviese bien orquestada?

- El poder de las multinacionales se basa en que venden mucho. Si disminuyen las ventas se irían al carajo.

- Naturalmente, y nadie me impide no comprar el chocolate Nestlé ni el Nescafé y escoger en su lugar otras marcas, aunque no consumamos leche para niños.

- Pero los medicamentos no son como el chocolate, te los receta el médico y tú no puedes escoger.

- Ahí está el quid de la cuestión. El médico hace lo que le sale de los cojones porque el paciente no tiene información y todo le lleva a que se entregue en cuerpo y alma al gran brujo que es el que supuestamente lo sabe todo.

Pero un paciente informado puede discutir lo que el médico le receta y no tragarse todo lo que le echen, puede exigir más información sobre sanidad, puede procesar al médico por mal ejercicio, por irresponsabilidad o por otras causas. El médico ya no ve enfrente a un Impotente ignorante. Que el paciente discuta lo que le recetan y que médico sepa que puede ser procesado y condenado por su "responsabilidad o su ignorancia altera la relación de fuerzas. Le obliga a preocuparse más, con lo cual se evitarían gastos enfermedades y muertes inútiles.

- ¿Por qué afectaría esto a los gastos?
- De varias formas: El paciente puede cuestionar las recetas inútiles y presionar para que sólo se le administre un mínimo de fármacos. Por otra parte, si se recetase bajo el nombre genérico y no bajo el nombre comercial, el paciente tendría la libertad de escoger las especialidades más baratas. Esta es una cuestión fundamental a conseguir lo antes posible pues, posibilita el boicot del que antes hablábamos.
- Según tú el problema central es la falta de información de la gente.
- Si, porque una persona mal informada o desinformada es muy fácilmente manipulable por profesionales y políticos sin escrúpulos que son la mayoría, por aquello de que el poder corrompe.
- Eso es una verdad como un templo. ¿No crees que si se empezase la información desde la escuela...?
- Sería perfecto, la educación sanitaria,

el conocimiento del propio cuerpo, de sus alteraciones fundamentales y de métodos sencillos de autotratamiento resultarían mucho más interesantes que la sarta de majaderías que actualmente se hace tragar a los niños y que para más inri suelen ser mentira.

- ¡No te pases!
- ¿Tú crees? Pregúntale a cualquier niño quién inventó la imprenta, quién descubrió América o quién era Hernán Cortés...
- Contestarán que Gutenberg, Colón y que Cortés era un héroe que conquistó México.
- Naturalmente, porque nadie les habrá dicho que la imprenta la habían inventado los chinos muchos siglos antes que Gutenberg, porque nadie les habrá hecho pensar que Colón no descubrió América pues allí vivían ya gentes con una civilización en algunos aspectos más avanzada que la nuestra, especialmente en cuanto a su respeto por el medio, y que Cortés fue en realidad un asesino que consiguió exterminar a unos veinticuatro millones de indios. Y no sólo eso, gran parte de lo que se denomina pomposamente cultura son montañas de conocimientos que sólo nos han servido para que nos calentásemos el culo en los bancos durante años, y si no dime tú para qué coño te sirve haber aprendido de memoria los cabos, las listas de los reyes godos, las comarcas, los afluentes del Ebro por la derecha, con quién se casó fulanito y si tuvieron un hijo que se llamó mengamto. No sería más interesante que hubieses aprendido a cultivar la tierra, a

curarte un catarro sin el al médico, a aumentar la temperatura del cuerpo a modificar el ritmo de tu corazón a voluntad.

- Pues sí, pero ¿eso es posible?

-Por supuesto, pero no hay tiempo de explicarlo aquí. En resumen, el primer paso para cambiar las cosas es generalizar la contra información sobre los medicamentos, pues solo a partir de esta base pueden generarse lucha y plantearse alternativas concretas que surjan de abajo arriba... y después ya veremos.

Iatrogenia

Más de 350.000 personas hospitalizadas sufren daños de salud derivados de la asistencia médica.

Un 10 por ciento de los pacientes sufren daños en su salud derivados de la asistencia sanitaria, han advertido los médicos, que han admitido su parte de responsabilidad pero también lo han atribuido a la presión de los ciudadanos y a los intereses económicos de la industria.

Así lo han puesto de relieve durante la presentación del documento “Iatrogenia: análisis, control y prevención”, suscrito por la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sespas), que han iniciado un movimiento por la seguridad del paciente.

En sentido etimológico, **iatrogenia significa “aquello que genera el médico”** cuando lo que se produce es un efecto adverso. Es un concepto que ayuda a reconocer que todas las intervenciones médicas y sanitarias tienen pros y contras, riesgos y beneficios, y que no es posible garantizar absolutamente su inocuidad.

“La iatrogenia no solo es negligencia médica”, ha precisado en rueda de prensa el presidente de la OMC, Serafín Romero, quien

lo ha achacado a una cultura que sobrevalora el intervencionismo médico y que nos lleva a pensar que todo se puede curar, de la que, según ha reconocido, también se han impregnado los propios profesionales sanitarios.

Pero también ha asegurado que, además de las personas, **“hay una presión económica durísima para que no haya mejoras”**, y se ha referido a la enorme cantidad de anuncios de televisión de productos farmacéuticos coincidiendo con la [epidemia de gripe](#).

[“Los mocos no tienen tratamiento”](#), ha advertido el doctor Romero, quien ha insistido en que “hay agentes muy poderosos que hacen inviable” revertir la tendencia.

Aunque “lamentablemente” no hay datos del coste de la iatrogenia, en general, en España, la doctora Beatriz González, presidenta saliente de Sespas, ha asegurado que más de **350.000 personas acaban ingresadas en hospitales por efectos adversos derivados de actuaciones sanitarias**, lo que supone un coste adicional de 5.000 euros por paciente, un 6,7 % del [gasto sanitario](#).

Unos “daños” que sufren el 9,3 % de los pacientes hospitalizados, un 11,2 % de los que acuden a atención primaria, un 40 % de los que ingresan en UCIs y un 7,2 % de los atendidos en urgencias, unas cifras “realmente preocupantes”, ha advertido esta doctora.

Además de pedir a las autoridades sanitarias que reconozcan la iatrogenia como un problema de salud pública a escala nacional, **las**

organizaciones médicas han pedido que se apruebe ya el baremo de daños sanitarios que incremente la seguridad jurídica y reduzca la variabilidad injustificada en la fijación de las indemnizaciones en procesos judiciales y extrajudiciales.

El no disponer de ese baremo lleva a los médicos a realizar una medicina defensiva, que no solo es más costosa sino que **genera “sobrediagnósticos, sobretratamientos y, a veces algo más”**, ha recalcado el doctor Romero.

Este tipo de medicina se practica de forma sistemática, especialmente en urgencias, por si el paciente acaba denunciado. “No necesariamente hacer más pruebas, implica mejor tratamiento y sí un incremento de riesgos exponenciales”, ha alertado.

En este sentido, la doctora González ha incidido en el daño “más difuso” que también se hace a través de políticas de salud que se aplican a grandes grupos de población “y que tienen más riesgos que beneficios”, como pueden ser algunas campañas de vacunación o de cribado.

Para el doctor Andreu Segura, de Sespas, los daños que los médicos producen a los pacientes “no es ninguna anécdota” y ha subrayado que hay otras actuaciones sanitarias que pueden producir efectos adversos, como la generalización de episiotomías en los años 70 o la realización de radiografías y estudios de imagen ante un dolor de espalda agudo.

“No podemos garantizar que cualquier intervención médica sea inocua”, ha señalado

este doctor, quien ha admitido que actualmente hay un planteamiento según el cual “si los médicos no hacemos nada parece que somos inútiles y si no se administra nada a los pacientes parece que no se les da importancia”.

Los tratamientos médicos son ya ¡la primera causa de muerte!

DSALUD NÚMERO 65 - OCTUBRE 2004

Los tratamientos médicos constituyen ya la primera causa de muerte. Sólo en Estados Unidos fallecen cada año más de 780.000 personas a causa de los errores cometidos, entre los que destacan las cirugías innecesarias, los errores de medicación, los efectos iatrogénicos de los fármacos y las infecciones que se cogen en los propios hospitales. Los datos, demoledores, demuestran la tragedia del paradigma médico tradicional.

Se denominan “efectos iatrogénicos” o “iatrogenia” a las “reacciones adversas producidas como consecuencia del uso de medicamentos o de un determinado tratamiento médico”. Pues bien, el número de efectos iatrogénicos está aumentando de tal modo en el mundo que cada año hay más gente afectada –en muchos casos con resultado de muerte- a causa de los tratamientos que les proponen sus médicos –en la mayor parte de los casos por reacciones adversas de los fármacos que recetan, sean o no los “adecuados” para la patología del enfermo-, por infecciones adquiridas en los propios hospitales -hoy día auténticos y peligrosos focos masivos de contagio-, por operaciones quirúrgicas innecesarias o por

ignorancia o falta de conocimiento, formación y experiencia de los profesionales sanitarios.

El problema para saber la gravedad de esta situación en nuestro país es que aquí no existe un organismo que contabilice a nivel nacional el número de casos. ¿Por qué? Pues porque el conocimiento público de esos datos no interesa ni a los médicos, ni a las enfermeras, ni a los directores médicos y administrativos de los hospitales, clínicas y centros de asistencia sanitaria, ni a las compañías farmacéuticas, ni a los colegios y otras entidades en que se agrupan los distintos profesionales de la salud. Ni siquiera a las autoridades sanitarias. Y es que hay datos que si no se ocultaran harían tambalear todo el sistema. Así que para conocer la realidad del problema tendremos que aproximarnos a los datos de algunos de los países con los que compartimos nuestra devoción por una medicina cada vez más basada en el medicamento y la tecnología.

MUERTE A TRAVÉS DE LA MEDICINA

Hace no mucho tiempo un grupo de investigadores, a instancias de *Nutrition Institute of America* -una organización no lucrativa norteamericana-, se propuso conocer el alcance del problema en Estados Unidos. Pues bien, el estudio -desarrollado por **Fary Null, Carolyn Dean, Martin Feldman, Debora Rasio y Dorothy Smit**- sería publicado a finales del pasado año bajo el título *Death by Medicine* y en él, a través de una revisión pormenorizada

de investigaciones realizadas en todo el país, diarios médicos y estadísticas gubernamentales se llegaría a la conclusión de que *“la medicina norteamericana causa más daño que beneficio”*. Y datos no les faltan para soportar tan dura afirmación porque resulta que durante el año 2001, sobre una población de 278 millones de personas:

- Fueron hospitalizados sin necesidad 8,9 millones de estadounidenses.
- 2,2 millones de enfermos sufrieron reacciones adversas mientras estaban en el hospital a causa de los medicamentos que se les prescribió.
- Se prescribieron numerosos antibióticos sin necesidad. El Dr. **Richard Besser** -miembro del Centro de Control de Enfermedades (CDC)- afirmó ya en 1995 que el número de antibióticos innecesarios prescritos entonces anualmente para infecciones virales alcanzaba los 20 millones. En el 2003 el propio Dr. Besser situaba la cifra en ivarias decenas de millones! Y,
- Se efectuaron 7,5 millones de actos médicos y quirúrgicos innecesarios.

Las cifras, evidentemente, son escandalosas. Pero donde el repaso estadístico resulta ya devastador es en el número total de muertes causadas por el mal funcionamiento del sistema. Y es que por causas iatrogénicas murieron en Estados Unidos en sólo un año **783.936 personas**. Según la investigación, por las siguientes causas:

- Reacciones adversas a los medicamentos en los hospitales: 106.000.

-Reacciones adversas a los medicamentos de carácter extrahospitalario:	199.000.
-Úlceras mal tratadas:	115.000.
-Malnutrición:	108.000.
-Errores médicos:	98.000.
-Infecciones:	88.000.
-Procedimientos innecesarios:	37.136.
-Problemas relacionados con la cirugía:	32.000.

A la vista de sus propios datos, los autores llegan a afirmar: *“Es evidente que el sistema médico americano es la causa principal de muerte y lesión en Estados Unidos. En el 2001 la mortalidad anual por enfermedades del corazón fue de 699.697 personas mientras la mortalidad por cáncer alcanzó las 553.251 personas”.*

Cabe añadir que el trabajo aporta además la fría cifra del coste que la iatrogenia tiene para el sistema sanitario norteamericano: **¡282.000 millones de dólares anuales!** Los autores hacen también una extrapolación a diez años a partir de las cifras más conservadores de las estadísticas utilizadas -algunos autores emplean en sus trabajos factores de multiplicación que podrían haberlas hecho variar al alza- y aun trabajando con los datos más conservadores el número de fallecidos en una década será de ¡7,8 millones de personas! Mucho más que la suma total de norteamericanos fallecidos en los conflictos bélicos que ha mantenido Estados Unidos a lo largo de toda su historia.

Las cifras pueden parecerles exageradas a algunas personas pero en realidad sólo

reflejan los actos iatrogénicos reportados y se calcula que éstos no llegan al 20% de los ocurridos realmente, según señalan diferentes estudios citados por los propios autores de la investigación.

Es más, los autores de *Death by Medicine* afirman que su estudio -y, por tanto, sus cifras- no está completo ya que aún deben cuantificar la morbilidad, mortalidad y pérdida financiera consecuencia de otros factores que deberán añadirse a los del actual estudio: exposiciones radiológicas, uso excesivo de antibióticos, medicamentos carcinógenos, uso de la quimioterapia, cirugía innecesaria, terapias insuficientemente probadas y otros. Se hace difícil imaginar la cantidad final de fallecidos una vez contabilizados todos los factores...

Es evidente que cuando las cifras son de tal magnitud hablan por sí mismas. Quizás por ello el capítulo de *Conclusiones* del estudio es breve y se limita a señalar: *“Cuando la causa número uno de muerte en una sociedad es el sistema de protección de la salud entonces tal sistema no tiene excusa alguna para abordar sus propias limitaciones urgentes. Es un sistema fallido que precisa de atención inmediata. Lo que nosotros hemos perfilado en este documento refleja aspectos insoportables de nuestro sistema médico contemporáneo que necesita ser reformado desde sus mismos cimientos”*.

Lo más dramático es que esta realidad se vive en silencio en todas partes. Y es que los datos e historias individuales, en tanto afectan a

personas desconectadas entre sí y no se registran ni publican, suelen pasar desapercibidas para la gran mayoría de los ciudadanos que no viven esas tragedias en sus carnes.

UN PROBLEMA EN AUMENTO

Death by Medicine es la recopilación más exhaustiva de variantes sobre atención médica realizada hasta el momento. Sin embargo, sería el doctor **Lucian L. Leape** -uno de los mayores expertos a nivel mundial en errores médicos- quien abriría en 1994 la caja de Pandora con un artículo titulado *El error en Medicina*. En él reveló que en 1984, en el estado de Nueva York, hubo un 4% de dolencias iatrogénicas entre los pacientes ingresados siendo del 14% la mortalidad. Y extrapolando esas cifras llegaría a la conclusión de que en Estados Unidos morían al año 180.000 personas por iatrogenia. Más tarde -en 1997- el propio Leape reconocería que las muertes anuales podrían ser en realidad 420.000 sólo entre los pacientes ingresados en hospitales, es decir, sin incluir a quienes fallecían en sus hogares por efectos adversos colaterales de medicamentos o como resultado de distintos procedimientos médicos.

En 1999 la conciencia americana experimentaría un cierto alivio al publicar el *Instituto de Medicina* otro trabajo titulado *Errar es humano* que estimaba la cifra de muertos por errores médicos bajo criterios más conservadores: entre 44.000 y 98.000. Aún así, **William Richardson**, responsable del comité que redactó el informe,

afirmaría: *“Estas extraordinariamente altas proporciones de errores médicos, causa de muertes, invalidez permanente y sufrimiento innecesario, son absolutamente inaceptables en un sistema médico cuya primera promesa es ‘no hacer daño’”*.

Un nuevo estudio publicado posteriormente -en diciembre de 1999- en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)* situaba la iatrogenia como la tercera causa de muerte en Estados Unidos. Y es que el trabajo realizado por la doctora **Barbara Starfield** -de la *Escuela de Higiene y Salud Pública John Hopkins*- situaba ya entonces la cifra de muertos anuales en 250.000. Hoy, como ya hemos visto, sólo cuatro años después, el informe *Death by Medicine* eleva esa cifra a 783.936 personas acusando al sistema médico de ser ya la primera causa de muerte! ¿Alguien cree que lo que sucede en Estados Unidos no es extrapolable al resto de los países occidentales?

INGLATERRA Y CANADÁ

Otro estudio, esta vez realizado el año 2001 por investigadores del *University College* de Londres, concluyó que casi 70.000 pacientes morían al año como resultado de los *“incidentes adversos”* que sufrían durante su estancia en el hospital; y desde luego, no se incluían todas las variables de *Death by Medicine*. A esa cifra hay que sumar que uno de cada diez pacientes admitidos en un hospital británico sufre -según el informe- un empeoramiento en su estado de

salud no justificable por el progreso natural de su dolencia; la mitad de ellos al menos estaba claramente causada por errores médicos de algún tipo.

George Alberti, presidente del *Royal College of Physicians*, escribió en un editorial adjunto al informe que la “cultura del reproche” ha conducido a doctores y enfermeras a no reconocer los propios errores. Y añadía: *“Si queremos aprender de los errores necesitamos saber tanto como sea posible para que puedan tomarse las oportunas acciones correctoras... Las principales causas de los ‘incidentes adversos’ están relacionadas con errores operativos, medicamentos, procedimientos médicos y diagnósticos. Y todo ello es posible prevenirlo”*.

El año 2000 se realizó también en Canadá -por primera vez- un estudio similar después de que dos enfermos de diálisis murieran como consecuencia de un tratamiento equivocado. Bajo la supervisión de la *Universidad de Calgary*, el doctor e investigador **Peter Norton** y otro colega suyo publicaron *Adverse Events Study*, un trabajo en el que indicaban que durante el año 2000 se podrían haber evitado entre 9.250 y 23.750 muertes hospitalarias. Casi una de cada 13 personas ingresadas en los hospitales ese año experimentó algún tipo de “incidente adverso”. También en este caso se incidió en que para conseguir que no vuelvan a ocurrir errores era preciso cambiar la “cultura” que dentro de la comunidad médica impide a los profesionales informar de ellos. Porque en buena medida es en la información donde radica el problema.

LA “CULTURA DEL ERROR”

Todos los estudios citados sobre iatrogenia coinciden en dos datos fundamentales: la importancia del problema y la necesidad de cambiar la “cultura médica” al respecto. Según se recoge en *Death by Medicine*, **Janet Heinrich**, directora asociada de la *U. S. General Accounting Office* (Oficina de Contabilidad General americana, responsable de la financiación de la salud pública), reconoció durante una comparecencia suya ante un subcomité del Congreso estadounidense sobre errores médicos que *“recoger la información válida y útil sobre ‘incidentes adversos’ es sumamente difícil”*. Explicando ante el Congreso que el miedo a ser culpado y afrontar consecuencias legales juega un importante papel a la hora de entender la escasa información sobre los incidentes iatrogénicos o adversos. La propia *Asociación Médica Americana* se opone -según denunció *The Psychiatric Times*- a la obligatoriedad de informar sobre los errores médicos. A partir de aquí es fácil de entender que si los médicos no informan, tampoco los auxiliares de enfermería o personal clínico van a ser los primeros en dar un paso adelante. De hecho, en un estudio titulado *Análisis cualitativo sobre las actitudes del observador en la decisión de informar o no sobre conductas inmorales* se concluía que el colectivo de enfermeras tampoco informaba de los errores médicos... por miedo a represalias.

Incluso cuando hay un mecanismo previsto -como puede ser el seguimiento de reacciones adversas a la medicación en nuestro país- la

información puede ser incompleta. En primer lugar, por el propio desconocimiento del funcionamiento del medicamento y de su amplia gama de interacciones negativas lo que dejaría ocultas, a ojos de los propios prescriptores, las consecuencias iatrogénicas de los mismos. Pero también por el propio temor a ser demandado por quienes sufren el daño del medicamento prescrito.

La solución propuesta por la propia clase médica es “la despenalización del error”.

Ramón Trias Rubiés, cirujano y ex presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, resumía en su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Cataluña la postura de los médicos: *“Si el error se penaliza legal o socialmente –afirmó– los fallos se esconderán sistemáticamente y, al no analizarlos, se seguirán produciendo (...) La cultura en que vivimos señala el error como un hecho punible y culpabiliza al protagonista. En ese contexto es muy fácil caer en la tentación de ocultar o de no comunicar la existencia de un error para evitar el castigo y, sobre todo, la culpa. Es evidente que la ocultación obstruye el análisis y, por tanto, hace difícil detectar y aplicar métodos dirigidos a evitar reincidencias”*.

Por supuesto, la percepción sobre la existencia de errores cambia cuando se les garantiza el anonimato a los médicos. Así lo demostraron el doctor **Robert M. Wachter** -Jefe del Departamento de Medicina de la Universidad de California en San Francisco- y su colega **Kaveh G. Shojania** quienes, tras la publicación del informe

anteriormente citado, decidieron publicar una serie de artículos en *Annals of Internal Medicine* en los que, tras dialogar con médicos por todo el país y después de garantizarles el anonimato, abordaron el tema de los errores médicos desde casos reales en un intento de prevenir nuevos fallos. Entonces apareció una verdad diferente: intervenciones invasivas en pacientes equivocados, amputaciones en miembros sanos, operaciones cerebrales en el lado equivocado, muertes de pacientes por dosis equivocadas de medicamentos... Grandes errores fruto de una cadena de pequeñas equivocaciones y pequeños errores siempre fáciles de justificar ante el paciente. Aún hoy día es posible consultar en la revista casos concretos en los que, respetando el anonimato de los protagonistas, se analizan de manera detallada los errores cometidos. Puede que los médicos se crean de verdad que apenas hay errores o puede que traten de protegerse. También puede que los laboratorios tampoco estén interesados en llegar hasta el fondo, por razones obvias. Y puede que los gerentes de los hospitales tengan sus dudas por no enfrentarse a su cúpula médica... pero, ¿y las administraciones públicas?

ESPAÑA ES DIFERENTE

Por supuesto, también en esto "*España es diferente*". Porque aquí nada de eso pasa; al menos, así lo parece. En nuestro país el análisis global del problema de la iatrogenia no se ha abordado con la atención que comienza a prestársele en el exterior... ni parece que

haya intención de hacerlo. Y eso que la propia Agencia Nacional de Medicamentos reconocía en la nota citada sobre el *Metatroxato* que “*en diferentes intervenciones llevadas a cabo en nuestro entorno -¿por qué no se han hecho todavía en España?- se ha estimado que entre un 4% y un 6% de los ingresos hospitalarios se producen por errores de medicación*”. En todo caso, existen algunos estudios parciales; por ejemplo, el de la *Evolución de la Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Españoles (EPINE)* según el cual un 6,8 % de los pacientes hospitalarios ha sufrido alguna infección nosocomial. El problema es que se trata de estadísticas incompletas que no acaban de profundizar en la gravedad del problema, ni de cuantificarlo en vidas y dinero. Claro que en España el Ministerio de Sanidad y Consumo considera transferidas esas competencias a las comunidades autónomas, cada cual va en su propia dirección y los ciudadanos tienen cada vez más dificultades para reclamar legalmente cuando son damnificados.

Normalmente es el paciente o la familia que le sobrevive quien decide iniciar las acciones oportunas de reclamación de daños o de presentación de quejas. Eso siempre y cuando sea consciente de que se ha cometido un error lo cual no es fácil en determinadas ocasiones. La absurda confianza ciega en los médicos propicia la ignorancia que todos parecen querer mantener como estado ideal donde todo funciona... hasta que a uno “le toca la china”. En ese momento sólo queda recurrir a

alguna de las dos asociaciones dedicadas a ayudar a quienes han sufrido un presunto error médico: la *Asociación El Defensor del Paciente* (ADEPA) –que afirma haber recogido el año pasado casi 12.000 reclamaciones de las que 514 correspondieron a personas fallecidas por presunta negligencia médica y 102 a bebés que nacieron con alguna discapacidad por mala atención en el parto- y la *Asociación de Víctimas de Negligencias Médicas* (AVINESA), miembro de la *Federación Europea contra las Negligencias Médicas* que destaca, por su parte, el escaso apoyo oficial que reciben los afectados en su largo peregrinar a la hora de buscar Justicia. Más de diez años tardó por ejemplo la presidenta de esta asociación, **María Antonia del Moral**, para que la Justicia -y por la vía civil- la diera la razón en el pleito iniciado tras la muerte de su hermana en un quirófano mientras era operada por un cirujano que utilizaba un instrumental siguiendo las instrucciones de representantes de una multinacional médica presentes en el quirófano durante la intervención sin tomar las mínimas medidas de asepsia. Nada consiguió entonces por la vía penal y aunque su asociación respalda y orienta a todo aquel que considera que debe recurrir a ella siempre que haya una muerte lo cierto es que nos reconocería que la vía penal es estéril; años y años de lucha, normalmente para nada. Lo más fácil y habitual sigue siendo buscar un “arreglo” económico (las vidas humanas ya se “cotizan” en el mercado sanitario dependiendo su valor del precio establecido en cada país).

La búsqueda de Justicia en el ámbito sanitario es hoy una empresa teñida de dolor y desesperación que la mayoría de las veces se sabe inútil al iniciarla. *“Los mejores abogados que tienen los médicos son los jueces”*, nos diría en varias ocasiones M^a Antonia Del Moral: procedimientos que se dilatan, denuncias que se rechazan sin esperar siquiera el informe del forense, avisos a la familia para que no lleven a los medios de comunicación las que ellos consideran muerte por negligencia o sentencias que se resuelven a menudo en breves minutos a favor de los médicos tras el juicio incluso existiendo testigos y peritos que contradicen tal “inocencia”. La cuestión es clara: en nuestro país es poco menos que imprescindible demostrar que había intención clara de matar para conseguir la condena penal de un médico por negligencia. Y es que si bien existe cada vez menos corporativismo entre los peritos médicos a la hora de pronunciarse y que en ocasiones incluso aportan datos reveladores e importantes a los abogados de forma anónima... el corporativismo está muy lejos de haberse superado.

“Nadie investiga en ese tema-nos diría M^a Antonia Del Moral- pero la Real Academia Española de Medicina y Cirugía no ha hecho ningún informe favorable a los pacientes”. Además, no resulta fácil precisamente acceder a la documentación. La presidenta de AVINESA recuerda que para conseguir los papeles que precisó en su caso estuvo encerrada en el hospital, encadenada en el Ministerio y

llegó a utilizar una garrafa de gasolina como “argumento” para conseguir los informes que necesitaba ante la Justicia. Lamentablemente las soluciones, cuando llegan, no pasan de ser respuestas a problemas individuales, sin repercusión, al tomarse de forma aislada.

Lo demuestra fehacientemente que ninguna administración -ni estatal, ni autonómica- se ha interesado nunca en dialogar con cualquiera de las dos asociaciones sobre los problemas derivados de los incidentes adversos o iatrogénicos. Sólo ahora, después de la contaminación con el virus de la hepatitis C de ocho pacientes en el Hospital de Alcorcón, la Comunidad de Madrid se ha comprometido a poner en marcha un *Observatorio* que se encargue de registrar los incidentes adversos ocurridos en la Sanidad madrileña. Veremos en qué queda la promesa y si se ponen los mecanismos para el seguimiento de los mismos. Porque hasta ahora todo se ha reducido a pésames, disculpas -cuando se dan- y buenas palabras. De ahí que AVINESA reclame la creación de un observatorio a nivel estatal similar al que se va a crear a nivel europeo que nos permita conocer cuántos incidentes adversos se producen en España al año, cuántas personas mueren a consecuencia de ellos, qué se hace para evitarlos y cuánto le cuestan a las arcas públicas.

Quienes hoy discuten el copago harían bien en leer estas líneas de las conclusiones del estudio realizado en la Universidad de Salamanca sobre ingresos hospitalarios motivados por incidentes medicamentosos. Sólo de incidentes, no habla de

muertes. Y sólo por medicamentos, no debido a otras causas: *“Se puede concluir con rotundidad que los ingresos motivados por medicamentos consumen una parte no desdeñable de los presupuestos destinados a la sanidad en los países desarrollados”*. A ver, ¿quién se anima a hacer números en serio en nuestro país? Mientras tanto no estará de más atender a las respuestas de una encuesta realizada entre adultos en Estados Unidos sobre las mejores soluciones para evitar los incidentes adversos. Porque están llenas de lógica. Así, se consideraron muy eficaces las siguientes medidas:

- Dar a los médicos más tiempo para estar con los pacientes: un 78%.
- Requerir a los hospitales el desarrollo de sistemas para evitar errores médicos: el 74%.
- Una mejor preparación de los profesionales de la salud: un 73%.
- La exigencia de que en las unidades de cuidados intensivos (UCI) sólo haya especialistas: un 73%.
- Que los hospitales informen de todos los errores médicos serios a alguna agencia estatal: el 71%.
- Aumentar el número de enfermeras en el hospital: un 69%.
- Reducir las horas de trabajo de los médicos en prácticas para evitar la fatiga: el 66%.

En suma, el desmesurado gasto sanitario debería empezar a controlarse impidiendo que el dinero se despilfarre en tratamientos médicos casi exclusivamente paliativos o sintomáticos y, con demasiada frecuencia, iatrogénicos. Va siendo hora de acabar de una vez con esta

lamentable farsa.

Antonio F. Muro

¿A MÁS MÉDICOS... MÁS MUERTES?

Todos damos por supuesto que una mayor atención médica serviría para disminuir el número de muertes pero uno de los datos más sorprendentes con el que nos hemos encontrado durante la elaboración de este reportaje es que eso no es necesariamente así. El informe *Will More Doctors Increase or Decrease Death Rates?* (*¿Incrementa o decrece el número de muertes con más médicos?*) de Abril del 2003 dirigido por el *Centro para la evaluación de programas de salud* en Australia concluye que los datos recogidos son “*consistentes con la hipótesis de que un aumento del número de médicos está asociado con el aumento de la mortalidad*” y de que, por tanto, el “*exceso de cuidados médicos debe considerarse una causa de incidentes iatrogénicos*”. Varias son las hipótesis barajadas para explicar este aparente contrasentido que se constata a partir de un cierto punto en el que se rompe el equilibrio entre el bien causado por una presencia imprescindible y los problemas generados por una presencia excesiva.

La primera posibilidad contemplada en el estudio es el gran número de eventos adversos que, al parecer, están inevitablemente asociados con las distintas actuaciones médicas: a mayor número de participantes podría darse un mayor número de incidentes.

Una segunda posibilidad es la denominada por

los investigadores “hipótesis de la dependencia” y aquí el daño causado es responsabilidad indirecta de los médicos. A más médicos disponibles más dependientes se vuelven las personas de ellos para el cuidado de su salud y menos importancia dan por consiguiente al estilo de vida, lo que puede tener un efecto mayor sobre su salud.

Otro concepto directamente relacionado con el anterior explorado en el informe es el de “disonancia cognoscitiva”, efecto producido cuando una persona tiene creencias u opiniones contradictorias, en este caso en el tema de la salud. Muchas personas saben que ciertos hábitos son saludables para su salud pero al resultarles menos placenteros en el día a día que otros menos saludables deciden resolver el conflicto siendo indulgentes consigo mismas, adoptando para ello una confianza exagerada en la eficacia del cuidado médico y su habilidad para compensar los efectos dañinos del abandono de comportamientos saludables.

El reto del estudio australiano está claro: *“Hasta que los datos presentados sean contradichos habrá que considerar la participación de un número excesivo de médicos causa de incidentes iatrogénicos”*.

En pocas palabras: la salud es responsabilidad nuestra porque la salud bien entendida empieza por uno mismo.

“El sistema sanitario es una verdadera mafia que crea enfermedades y mata por dinero y poder”

DSALUD

NÚMERO 47 - FEBRERO 2003

Quien hace tal afirmación es Ghislaine Lanctôt, la polémica autora del *best seller* mundial *La mafia médica*. En él, esta doctora a la que se ha desposeído de su título de Medicina denuncia el actual sistema sanitario y la corrupción que hay tras el mismo, permitida y amparada por médicos y gobiernos en beneficio de las grandes empresas farmacéuticas y en detrimento de los ciudadanos. De ahí que propugne la vuelta a la soberanía individual sobre la salud como forma de acabar con esa mafia.

Ghislaine Lanctôt ha ejercido la Medicina durante 27 años. Ahora no ejerce... aunque quisiera. ¿El motivo? Hace ocho años la retiraron la licencia de médico. ¿Por qué? Por publicar *La mafia médica* (Ed. Vesica Piscis). ¿Y qué contiene ese libro -se preguntará el lector- para que haya provocado tal sanción? Pues -como fácilmente se entiende a juzgar por el título- una descripción exhaustiva del “sistema de enfermedad” -y no sanitario- que actualmente existe.

MEDICINA SIGNIFICA NEGOCIO

La autora de *La mafia médica* acabó sus estudios de Medicina en 1967, una época en la que -como ella misma confiesa- estaba convencida de que la Medicina era extraordinaria y de que antes del final del siglo XX se tendría lo necesario para curar cualquier enfermedad. Sólo que esa primera ilusión fue apagándose hasta extinguirse.

-¿Por qué esa decepción?

-Porque empecé a ver muchas cosas que me hicieron reflexionar. Por ejemplo, que no todas las personas respondían a los maravillosos tratamientos de la medicina oficial. Además en aquella época entré en contacto con varios “terapeutas suaves” -es decir, practicantes de terapias no agresivas- que no tuvieron reparo alguno en abrirme sus consultas y dejarme ver lo que hacían. Y llegué pronto a la conclusión de que las medicinas no agresivas son más eficaces, más baratas y, encima, tienen menores efectos secundarios.

-Y supongo que empezó a preguntarse por qué en la Facultad nadie le había hablado de esas terapias alternativas no agresivas

-Así es. Luego mi mente fue más allá y empecé a cuestionarme cómo era posible que se tratara de charlatanes a personas a las que yo misma había visto curar y por qué se las perseguía como si fueran brujos o delincuentes. Por otra parte, como médico había participado en muchos congresos internacionales -en algunos como ponente- y me di cuenta de que todas

las presentaciones y ponencias que aparecen en tales eventos están controladas y requieren obligatoriamente ser primero aceptadas por el “comité científico” organizador del congreso. ¿Y quién designa a ese comité científico? Pues generalmente quien financia el evento: la industria farmacéutica. ¡Si hoy son las multinacionales las que deciden hasta qué se enseña a los futuros médicos en las facultades y qué se publica y expone en los congresos de medicina! El control es absoluto.

-Y eso fue clarificador para usted...

-Y tanto. Darme cuenta del control y de la manipulación a la que están sometidos los médicos -y los futuros médicos, es decir, los estudiantes- me hizo entender claramente que la Medicina es, ante todo, un negocio. La Medicina está hoy controlada por los seguros -públicos o privados, da igual- porque en cuanto alguien tiene un seguro pierde el control sobre el tipo de medicina al que accede. Ya no puede elegir. Es más, los seguros determinan incluso el precio de cada tratamiento y las terapias que se van a practicar. Y es que si miramos detrás de las compañías de seguros o de la seguridad social... encontramos lo mismo.

-El poder económico.

-Exacto, es el dinero quien controla totalmente la Medicina. Y lo único que de verdad interesa a quienes manejan este negocio es ganar dinero. ¿Y cómo ganar más? Pues haciendo que la gente esté enferma... porque las personas sanas no generan ingresos.

La estrategia consiste, en suma, en tener enfermos crónicos que tengan que consumir todo tipo de productos paliativos, es decir, para tratar sólo síntomas; medicamentos para aliviar el dolor, bajar la fiebre, disminuir la inflamación... pero nunca fármacos que puedan resolver una dolencia. Eso no es rentable, no interesa. La medicina actual está concebida para que la gente permanezca enferma el mayor tiempo posible y compre fármacos; si es posible, toda la vida.

UN SISTEMA DE ENFERMEDAD

-Infiero que ésa es la razón de que en su libro se refiera al sistema sanitario como “sistema de enfermedad”.

-Efectivamente. El llamado sistema sanitario es en realidad un sistema de enfermedad. Se practica una medicina de la enfermedad y no de la salud. Una medicina que sólo reconoce la existencia del cuerpo físico y no tiene en cuenta ni el espíritu, ni la mente, ni las emociones. Y que además trata sólo el síntoma y no la causa del problema. Se trata de un sistema que mantiene al paciente en la ignorancia y la dependencia, y al que se estimula para que consuma fármacos de todo tipo.

-Se supone que el sistema sanitario está al servicio de las personas...

-Está al servicio de quien le saca provecho: la industria farmacéutica. De manera oficial -puramente ilusoria- el sistema está al servicio del paciente pero, oficiosamente, en la realidad, el sistema está a las órdenes de la industria que

es la que mueve los hilos y mantiene el sistema de enfermedad en su propio beneficio. Se trata, en suma, de una auténtica mafia médica, de un sistema que crea enfermedades y mata por dinero y por poder.

-¿Y qué papel juega el médico en esa mafia?

-El médico es -muchas veces de forma inconsciente, es verdad- la correa de transmisión de la gran industria. Durante los 5 a 10 años que pasa en la Facultad de Medicina el sistema se encarga de inculcarle unos determinados conocimientos y de cerrarle los ojos a otras posibilidades. Posteriormente, en los hospitales y congresos médicos, se les refuerza en la idea de que la función del médico es curar y salvar vidas, de que la enfermedad y la muerte son fracasos que debe evitar a toda costa y de que la enseñanza recibida es la única válida. Además se les enseña que el médico no debe implicarse emocionalmente y que es un “dios” de la salud. De ahí que incluso exista caza de brujas entre los propios profesionales de la medicina. La medicina oficial, la “científica”, no puede permitir que existan otras formas de curar que no sean serviles al sistema.

-El sistema, en efecto, pretende hacer creer que la única medicina válida es la llamada “medicina científica”, la que usted aprendió y de la que ha renegado. Precisamente en el mismo número en que va a aparecer su entrevista publicamos un artículo al respecto.

-La medicina científica está enormemente limitada porque se basa en la física materialista

de **Newton**: tal efecto obedece a tal causa. Y, por ende, tal síntoma precede a tal enfermedad y requiere tal tratamiento. Se trata de una medicina que además sólo reconoce lo que se ve, se toca o se mide y niega toda conexión entre las emociones, el pensamiento, la conciencia y el estado de salud del físico. Y cuando se la importuna con algún problema de ese tipo le cuelga la etiqueta de “enfermedad psicosomática” al paciente y le envía a casa tras recetarle pastillas para los nervios.

-Es decir, que a su juicio la medicina convencional sólo se ocupa de hacer desaparecer los síntomas.

-Salvo en lo que a cirugía se refiere, los antibióticos y algunas pocas cosas más, como los modernos medios de diagnóstico, sí. Da la impresión de curar pero no cura. Simplemente elimina la manifestación del problema en el cuerpo físico pero éste, tarde o temprano, resurge.

-A su juicio, pues, dan mejor resultado las llamadas medicinas suaves o no agresivas.

-Son una mejor opción porque tratan al paciente de forma holística y le ayudan a sanar... pero tampoco curan. Mire, cualquiera de las llamadas medicinas alternativas constituyen una buena ayuda pero son sólo eso: complementos. Porque el verdadero médico es uno mismo. Y cuando uno es consciente de su soberanía sobre la salud deja de necesitar terapeutas. El enfermo es el único que puede curarse. Nadie puede hacerlo en su lugar. La autosanación es

la única medicina que cura. La cuestión es que el sistema trabaja para que olvidemos nuestra condición de seres soberanos y nos convirtamos en seres sumisos y dependientes. En nuestras manos está pues romper esa esclavitud.

-Y, en su opinión, ¿por qué las autoridades políticas, médicas, mediáticas y económicas lo permiten? ¿Por qué los gobiernos no acaban con este sistema de enfermedad, costosísimo por otra parte?

-A ese respecto tengo tres hipótesis. La primera es que quizás no saben que todo esto está pasando... pero es difícil de aceptar porque la información está a su alcance desde hace muchos años y en los últimos veinte años son ya varias las publicaciones que han denunciado la corrupción del sistema y la conspiración existente. La segunda hipótesis es que no pueden acabar con ello... pero también resulta difícil de creer porque los gobiernos tienen el suficiente poder.

-Y la tercera, supongo, es que no quieren acabar con el sistema.

-Pues lo cierto es que, eliminadas las otras dos hipótesis, ésta parece la más plausible. Y si un Gobierno se niega a acabar con un sistema que arruina y mata a sus ciudadanos es porque forma parte de él, porque forma parte de la mafia.

LA MAFIA MÉDICA

-¿Quiénes integran, a su juicio, la “mafia médica”?

-A diferentes escalas y con distintas

implicaciones, por supuesto, la industria farmacéutica, las autoridades políticas, los grandes laboratorios, los hospitales, las compañías aseguradoras, las Agencias del Medicamento, los colegios de médicos, los propios médicos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) -el Ministerio de Sanidad de la ONU- y, por supuesto, el gobierno mundial en la sombra del dinero.

-Tenemos entendido que para usted la Organización Mundial de la Salud es “la mafia de las mafias”.

-Así es. Esa organización está completamente controlada por el dinero. La OMS es la organización que establece, en nombre de la salud, la “política de enfermedad” en todos los países. Todo el mundo tiene que obedecer ciegamente las directrices de la OMS. No hay escapatoria. De hecho, desde 1977, con la Declaración de Alma ATA, nadie puede escapar de su control.

-¿En qué consiste esa declaración?

-Se trata de una declaración que da a la OMS los medios para establecer los criterios y normas internacionales de práctica médica. Se desposeyó así a los países de su soberanía en materia de salud para transferirla a un gobierno mundial no elegido cuyo “ministerio de salud” es la OMS. Desde entonces “derecho a la salud” significa “derecho a la medicación”. Así es como se han impuesto las vacunas y los medicamentos a toda la población del globo.

-Una labor que no se cuestiona.

-Claro, porque, ¿quién va a osar dudar de las buenas intenciones de la Organización Mundial de la Salud? Sin embargo, hay que preguntarse quién controla a su vez esa organización a través de la ONU: el poder económico.

-¿Cree que ni siquiera las organizaciones humanitarias escapan a ese control?

-Por supuesto que no. Las organizaciones humanitarias también dependen de la ONU, es decir, del dinero de las subvenciones. Y, por tanto, sus actividades están igualmente controladas. Organizaciones como *Médicos sin fronteras* creen que sirven altruistamente a la gente pero en realidad sirven al dinero.

-Una mafia sumamente poderosa...

-Omnipotente, diría yo. Ha eliminado toda competencia. Hoy día a los investigadores se les "orienta". Los disidentes son encarcelados, maniatados y reducidos al silencio. A los terapeutas "alternativos" se les tilda de locos, se les retira la licencia o se les encarcela también. Los productos alternativos rentables han caído igualmente en manos de las multinacionales gracias a las normativas de la OMS y a las patentes de la Organización Mundial del Comercio. Las autoridades y sus medios de comunicación social se ocupan de alimentar entre la población el miedo a la enfermedad, a la vejez y a la muerte. De hecho, la obsesión por vivir más o, simplemente, por sobrevivir ha hecho prosperar incluso el tráfico internacional de órganos, sangre y embriones humanos. Y en muchas clínicas de fertilización en realidad

se “fabrican” multitud de embriones que luego se almacenan para ser utilizados en cosmética, en tratamientos rejuvenecedores, etc. Eso sin contar con que se irradian los alimentos, se modifican los genes, el agua está contaminada, el aire envenenado...

Es más, los niños reciben absurdamente hasta 35 vacunas antes de ir a la escuela. Y así, cada miembro de la familia tiene ya su pastillita: el padre, la *Viagra*; la madre, el *Prozac*; el niño, el *Ritalin*.

Y todo esto, ¿para qué? Porque el resultado es conocido: los costes sanitarios suben y suben pero la gente sigue enfermando y muriendo igual.

LAS AUTORIDADES MIENTEN

-Lo que usted explica del sistema sanitario imperante es una realidad que cada vez más gente empieza a conocer pero nos han sorprendido algunas de sus afirmaciones respecto a lo que define como “las tres grandes mentiras de las autoridades políticas y sanitarias”...

-Pues lo reitero: las autoridades mienten cuando dicen que las vacunas nos protegen, mienten cuando dicen que el sida es contagioso y mienten cuando dicen que el cáncer es un misterio.

-Bien, hablemos de ello aunque ya le adelanto que en la revista no compartimos algunos de sus puntos de vista. Si le parece, podemos empezar hablando de las vacunas. A nuestro juicio, afirmar que ninguna vacuna es útil no se sostiene. Otra cosa, que sí compartimos, es que

algunas son ineficaces y otras inútiles; a veces, hasta peligrosas.

-Pues yo mantengo todas mis afirmaciones. La única inmunidad auténtica es la natural y ésta la desarrolla el 90% de la población antes de los 15 años. Es más, las vacunas artificiales cortocircuitan por completo el desarrollo de las primeras defensas del organismo.

Y que las vacunas tienen riesgos es algo muy evidente; a pesar de lo cual se oculta. Por ejemplo, una vacuna puede provocar la misma enfermedad para la que se pone. ¿Por qué no se advierte? También se oculta que la persona vacunada puede transmitir la enfermedad aunque no esté enferma. Asimismo, no se dice que la vacuna puede sensibilizar a la persona frente a la enfermedad. Aunque lo más grave es que se oculte la inutilidad constatada de ciertas vacunas.

-¿A cuáles se refiere?

-Pues a las de enfermedades como la tuberculosis y el tétanos (vacunas que no confieren ninguna inmunidad), la rubéola (de la que el 90% de las mujeres están protegidas de modo natural), la difteria (que durante las mayores epidemias sólo alcanzaba al 7% de los niños a pesar de lo cual hoy se vacuna a todos), la gripe y la hepatitis B (cuyos virus se hacen rápidamente resistentes a los anticuerpos de las vacunas).

-¿Y hasta qué punto pueden ser también peligrosas?

-Las innumerables complicaciones que causan

las vacunas -desde trastornos menores hasta la muerte- están suficientemente documentadas; por ejemplo, la muerte súbita del lactante. Por eso hay ya numerosas protestas de especialistas en la materia y son miles las demandas judiciales que se han interpuesto contra los fabricantes. Por otra parte, cuando se examinan las consecuencias de los programas de vacunaciones masivas se extraen conclusiones esclarecedoras.

-Le agradecería que mencionara algunas.

-Mire, en primer lugar las vacunas son caras y le suponen a los estados un gasto de miles de millones de dólares al año. Por tanto, el único beneficio evidente y seguro de las vacunas... es el que obtiene la industria. Además, la vacunación estimula el sistema inmune pero, repetida la vacunación, el sistema se agota. Por tanto, la vacuna repetida puede hacer, por ejemplo, estallar el “sida silencioso” y garantizar un “mercado de la enfermedad” perpetuamente floreciente.

Más datos: la vacunación incita a la dependencia médica y refuerza la creencia de que nuestro sistema inmune es ineficaz. Aunque lo más horrible es que la vacunación facilita los genocidios selectivos pues permite liquidar a personas de cierta raza, de cierto grupo, de cierta región... Sirve como experimentación para probar nuevos productos sobre un amplio muestrario de la población y es un arma biológica potentísima al servicio de la guerra biológica porque permite intervenir en el patrimonio

genético hereditario de quien se quiera.

-Bueno, es evidente que hay muchas cosas de las que se puede hacer un buen o mal uso pero eso depende de la voluntad e intención de quien las utiliza. Bien, hablemos si le parece de la segunda “gran mentira” de las autoridades: usted afirma que el sida no es contagioso. Y perdone, pero así como el resto de sus afirmaciones en este ámbito nos han parecido razonadas y razonables no hemos visto que argumente esa afirmación.

-Yo afirmo que la teoría de que el único causante del Sida es el VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida es falsa. Ésa es la gran mentira. La verdad es que tener el VIH no implica necesariamente desarrollar sida. Porque el sida no es sino una etiqueta que se “coloca” a un estado de salud al que dan lugar numerosas patologías cuando el sistema inmune está bajo. Y niego que tener sida equivalga a muerte segura. Pero, claro, esa verdad no interesa. Las autoridades nos imponen a la fuerza la idea de que el sida es una enfermedad causada por un solo virus a pesar de que el propio **Luc Montagnier**, del Instituto Pasteur, co-descubridor oficial del VIH en 1983, reconoció ya en 1990 que el VIH no es suficiente por sí solo para causar el sida. Otra evidencia es el hecho de que hay numerosos casos de sida sin virus VIH y numerosos casos de virus VIH sin sida (seropositivos). Por otro lado, aún no se ha conseguido demostrar que el virus VIH cause el sida, lo cual es una regla científica elemental para establecer una relación causa-efecto entre

dos factores. Lo que sí se sabe, sin embargo, es que el VIH es un retrovirus inofensivo que sólo se activa cuando el sistema inmune está debilitado.

-Por cierto, usted afirma en su libro que el VIH fue creado artificialmente en un laboratorio...

-Sí. Investigaciones de eminentes médicos indican que el VIH fue creado mientras se hacían ensayos de vacunación contra la hepatitis B en grupos de homosexuales. Y todo indica que el continente africano fue contaminado del mismo modo durante campañas de vacunación contra la viruela. Claro que otros investigadores van más lejos aún y afirman que el virus del sida fue cultivado como arma biológica y después deliberadamente propagado mediante la vacunación de grupos de población que se querían exterminar.

-También observamos que ataca duramente la utilización del AZT para tratar el sida...

-Ya en el congreso sobre sida celebrado en Copenhague en mayo de 1992 los "supervivientes del sida" afirmaron que la solución entonces propuesta por la medicina científica para combatir el VIH, el AZT, era absolutamente ineficaz. Hoy eso está fuera de toda duda. Pues bien, yo afirmo que se puede sobrevivir al sida... pero no al AZT. Este medicamento es más mortal que el sida. El simple sentido común permite entender que no es con fármacos inmunodepresores como se refuerza el sistema inmunitario. Mire, el sida se ha convertido en otro gran negocio. Por tanto, se promociona ampliamente combatirlo porque

ello da mucho dinero a la industria farmacéutica. Es así de simple.

-Hablemos de la “tercera gran mentira” de las autoridades: la de que el cáncer es un misterio.

-El llamado cáncer, es decir, la masiva proliferación anómala de células, es algo tan habitual que todos lo padecemos varias veces a lo largo de nuestra vida. Sólo que cuando eso sucede el sistema inmunitario actúa y destruye las células cancerígenas. El problema surge cuando nuestro sistema inmunitario está débil y no puede eliminarlas. Entonces el conjunto de células cancerosas acaba creciendo y formando un tumor.

-Y es en ese momento cuando se entra en el engranaje del “sistema de enfermedad”...

-Así es. Porque cuando se descubre un tumor se le ofrece de inmediato al paciente, con el pretexto de ayudarle, que elija entre estas tres posibilidades o “formas de tortura”: amputarle (cirugía), quemarle (radioterapia) o envenenarle (quimioterapia). Ocultándosele que hay remedios alternativos eficaces, inocuos y baratos.

Y después de cuatro décadas de “lucha intensiva” contra el cáncer, ¿cuál es la situación en los propios países industrializados? Que la tasa de mortalidad por cáncer ha aumentado. Ese simple hecho pone en evidencia el fracaso de su prevención y de su tratamiento. Se han despilfarrado miles de millones de euros y tanto el número de enfermos como de muertos sigue creciendo.

Hoy sabemos a quién beneficia esta situación. Como sabemos quién la ha creado y quién la sostiene. En el caso de la guerra todos sabemos que ésta beneficia sobre todo a los fabricantes y traficantes de armas. Bueno, pues en medicina quienes se benefician son los fabricantes y traficantes del “armamento contra el cáncer”; es decir, quienes están detrás de la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía y toda la industria hospitalaria.

LA MAFIA, UNA NECESIDAD EVOLUTIVA

-Sin embargo, a pesar de todo, usted mantiene que la mafia médica es una necesidad evolutiva de la humanidad. ¿Qué quiere decir con esa afirmación?

-Verá, piense en un pez cómodamente instalado en su pecera. Mientras tiene agua y comida todo está bien pero si le empieza a faltar el alimento y el nivel del agua desciende peligrosamente el pez decidirá saltar fuera de la pecera buscando una forma de salvarse. Bueno, pues yo entiendo que la mafia médica nos puede empujar a dar ese salto individualmente. Eso sí, habrá mucha gente que preferirá morir a saltar.

-Pero para dar ese salto es preciso un nivel de conciencia determinado.

-Sí. Y yo creo que se está elevando mucho y muy rápidamente. La información que antes se ocultaba ahora es pública: que la medicina mata personas, que los medicamentos nos envenenan, etc. Además, el médico alemán **Ryke Geerd Hamer** ha demostrado que todas las enfermedades son psicosomáticas y las

medicinas no agresivas ganan popularidad. La mafia médica se desplomará como un castillo de naipes cuando un 5% de la población pierda su confianza en ella. Basta que ese porcentaje de la población mundial sea consciente de su propia divinidad. Entonces decidirá escapar de la esclavitud a la que le tiene sometida la mafia y el sistema actual se derrumbará. Tan sencillo como eso.

-¿Y en qué punto cree que estamos?

-Pues no sabría cuantificarlo pero pienso que probablemente en menos de 5 años todo el mundo se dará cuenta ya de que cuando va al médico va a un especialista de la enfermedad y no a un especialista de la salud. Dejar a un lado la llamada “medicina científica” y la seguridad que propone para ir a un terapeuta es ya un paso importante. También lo es perder el respeto y la obediencia ciega al médico. El gran paso es decir no a la autoridad exterior y decir sí a nuestra autoridad interior.

-¿Y qué es lo que nos impide romper con la autoridad exterior?

-El miedo. Tenemos miedo a no acudir al médico. Pero es el miedo, por sí mismo, quien nos puede enfermar y matar. Nos morimos de miedo. Se nos olvida que la naturaleza humana es divina, es decir, concebida para comportarnos como dioses. ¿Y desde cuándo los dioses tienen miedo? Cada vez que nos comportamos de manera diferente a la de un dios nos ponemos enfermos. Esa es la realidad.

-¿Y qué cree que pueden hacer los medios de comunicación para contribuir a la elevación de la conciencia en esta materia?

-Informar sin intentar convencer. Decir lo que sabéis y dejar a la gente hacer lo que quiera con la información. Porque intentar convencerles sería imponer otra verdad y de nuevo estaríamos en otra guerra. Se necesita sólo dar referencias. Basta decir las cosas. Luego, la gente las escuchará si resuenan en ellos. Y si su miedo es mayor que su amor por sí mismos dirán: "*Eso es imposible*". En cambio, si tienen abierto el corazón escucharán y se cuestionarán sus convicciones. Es entonces, en ese momento, cuando quieran más, cuando se les puede dar más información.

L. J.

Actores de la Mafia Médica

Para **Ghislaine Lanctôt**, los actores de *Lamafia médica* son los siguientes:

-**El paciente.** Es el explotado por excelencia. Cuanto más enfermo esté mayores beneficios para la industria farmacéutica. En consecuencia, hay que mantenerlo enfermo y medicado.

-**El médico.** Es el vendedor inconsciente de los productos de la industria así como su instrumento de promoción. Las autoridades le forman de tal manera que estará al servicio de sus fines al pie de la letra, sin cuestionar

jamás la sacrosanta verdad que se le inculca como doctrina. Según los casos, también se le puede sobornar con privilegios económicos, jerárquicos o ambos. En cuanto al terapeuta, simplemente es declarado ilegal y se le elimina, o bien se le integra y se le controla.

-Los hospitales, clínicas, laboratorios y farmacias. Son los distribuidores del fabricante, sus cómplices. Para eso se les paga bien. La recompensa por su buena disposición suele ser de orden crematístico.

-La industria. Es el explotador. El *Padrino* del sistema sanitario, el Gran Dictador y beneficiario de la enfermedad. Su inmenso poder oculto hace que se le sometan todos los niveles de “autoridades”, ya sean del gobierno, médicas o mediáticas. Después de todo, es la industria la que concede el acceso al poder y la notoriedad. Lo que se pide, en contrapartida, es que nadie muerda la mano que le da de comer. Su lema es *“Cuantos más pacientes enfermos, con mayor frecuencia y durante más tiempo, más rentabilidad”*. Todo vale para conseguirlo.

-Las autoridades. Son el usurpador. Han creado las instituciones y las leyes para apropiarse y desposeer al paciente de sus legítimos derechos sobre su salud. Para no despertar sospechas las autoridades se ocultan tras un biombo: el Gobierno.

Las instituciones y los seguros se sitúan bajo su control directo o indirecto. Lo elegimos y financiamos nosotros pero nos traiciona

vendiéndonos a la industria. En realidad, el gobierno y sus organismos (“las autoridades”) son generalmente asalariados de la industria.

-La mafia de las mafias. El poder establecido no es sólo nacional. Por encima del sistema sanitario de cada país hay un sistema sanitario mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dicta la política sanitaria global a seguir por todos los gobiernos del planeta.

Durísimo ataque a la industria farmacéutica

DSalud. Número 193 - Mayo 2016

Sir Richard Thompson -expresidente del *Real Colegio de Médicos de Gran Bretaña* y médico personal de la Reina-, **John Ashton** -presidente de *The Faculty of Public Health*-, **J. S. Bamrah** -Director Médico del *Manchester Academic Science Centre*-, **Rita Redberg** -editora del *Journal of American Medical Association (JAMA)*- y **James McCormack** -conocido farmacéutico y divulgador científico- han decidido respaldar el manifiesto elaborado a finales de febrero pasado por el prestigioso cardiólogo **Aseem Malhotra** en el que se pide poner freno a la comercialización de fármacos inútiles y peligrosos, a la práctica de tratamientos manifiestamente ineficaces, a la desinformación de médicos y pacientes, a la sobremedicación, a las malas prácticas, a los estudios insuficientes, a los sobornos de los médicos, a las publicaciones sesgadas y, en definitiva, a la búsqueda de beneficios económicos por encima de los intereses y la salud de los pacientes. En suma, denuncian lo que ya el Dr. Peter Gøtzsche denominó en su libro “crimen organizado”.

El pasado 3 de marzo de 2016 el diario *ElGlobalNet* se hacía eco de una nota de prensa en la que uno de los mayores laboratorios farmacéuticos del mundo, *GlaxoSmithKline*, anunciaba su intención de dejar de influir activamente en la formación de los médicos; anuncio que se produjo apenas una semana después de que se hiciera público el apoyo de cinco prestigiosos médicos británicos a un manifiesto contra las farmacéuticas en el que se denuncia la enorme influencia que éstas ejercen sobre los profesionales sanitarios cuya consecuencia más inmediata es la peligrosa sobremedicación actual de la población. ¿Casualidad? No lo parece. Y este reciente manifiesto no es sino la última denuncia pública de una larga cadena de declaraciones, artículos y libros firmados por editores, médicos y científicos de renombre que vienen alertando hace años sobre la inadmisibile influencia de los laboratorios y las gravísimas consecuencias que ello tiene al poner sus intereses económicos por encima de la salud de la ciudadanía.

Ahora bien, ¿realmente podemos referirnos a la industria farmacéutica como “crimen organizado”? Mucha gente sabe que los grandes laboratorios obtienen enormes beneficios económicos y sospecha que deben cometerse irregularidades pero la mayoría entiende que eso es inherente al sistema capitalista y lo considera inevitable y asumible a cambio de la contribución de esas empresas a la salud de la humanidad.

En suma, no les parece que pueda considerarse su actuación de “criminal”. Sin embargo para **Peter Gøtzsche**, que trabajó en principio para esa industria y fundaría posteriormente el prestigioso *Nordic Cochrane Center*, no hay duda alguna. De hecho uno de sus últimos libros lo ha titulado sin tapujos *Medicamentos que matan y crimen organizado* y dedica en él centenares de páginas a argumentar sólidamente tan gravísima afirmación. ¿Miente o exagera? Pues si es así, ¿alguien puede explicarnos por qué ningún laboratorio farmacéutico lo ha demandado?

La verdad es que Gøtzsche proporciona tantos datos que el simple relato de lo que narra en su libro dando cumplida cuenta de los numerosos escándalos e ilegalidades cometidas, sentencias condenatorias y denuncias judiciales en marcha nos obligaría a dedicar a ello el número entero de este ejemplar pero, en pocas palabras, lo que cuenta apoya su aseveración de que la industria farmacéutica se merece sobradamente el calificativo de “crimen organizado”. O de “mafia” como en su día calificó la doctora **Ghislaine Lanctôt** al actual sistema sanitario en su *best seller* mundial *La mafia médica* a quien *Discovery DSALUD* entrevistó a principios de 2003, hace pues ya más de 13 años (la entrevista apareció en el nº 45 bajo el título *Ghislaine Lanctôt: “El sistema sanitario es una verdadera mafia que crea enfermedades y mata por dinero y poder”* y puede leerla en nuestra web: www.dsalud.com). De hecho actualmente miles de personas se refieren hoy a la gran industria

farmacéutica como la “farmafia”, algo fácilmente comprobable viajando por la red.

EL MODUS OPERANDI

El psiquiatra y periodista científico **Ben Goldacre**, defensor de la medicina convencional y duro crítico de la Homeopatía, no duda sin embargo en empezar su libro *Mala farma* -publicado originalmente en septiembre de 2012- con este párrafo: ***“La medicina está en quiebra y creo sinceramente que si los pacientes y el público en general llegaran a comprender plenamente el perjuicio que se les causa -consentido por médicos, académicos y entidades reguladoras- se indignarían.*** *Nos complacemos en la creencia de que el fundamento de la medicina está en la evidencia y los resultados de pruebas imparciales cuando en realidad esas pruebas están muchas veces plagadas de errores. Nos satisface suponer que los médicos están al corriente de publicaciones con información sobre investigación médica cuando en realidad gran parte de esa investigación se la ocultan las empresas farmacéuticas. Nos complace suponer que los médicos cuentan con buena formación cuando en realidad gran parte de ella la subvenciona la industria. Nos gusta creer que las entidades reguladoras únicamente autorizan la salida al mercado de fármacos eficaces cuando a menudo aprueban fármacos inútiles y ocultan a médicos y pacientes datos sobre sus efectos secundarios sin darle importancia alguna”.*

Unas páginas más adelante Goldacre sintetiza en tres párrafos el *modus operandi* de la industria farmacéutica. En el primero se refiere a los medicamentos con estas palabras: “Los test de los fármacos los llevan a cabo quienes los fabrican **utilizando ensayos mal diseñados y sobre un reducido número de participantes inadecuados y poco representativos que luego analizan con técnicas metodológicamente erróneas**. No es de extrañar que la tendencia de esos ensayos sea la de arrojar resultados que favorecen al fabricante. Y cuando los ensayos dan resultados que no gustan a las farmacéuticas éstas pueden perfectamente ocultarlos a médicos y pacientes de manera que solo les llegue una imagen distorsionada de los efectos reales del fármaco. Los reguladores ven casi todos los datos de esos ensayos o pruebas pero solo al principio de ‘la vida’ del fármaco; a partir de esa fase no se revelan los datos a médicos y pacientes. Ni siquiera a otras entidades oficiales. A partir de ahí **esa evidencia distorsionada se comunica y se aplica de manera también distorsionada**”.

El segundo párrafo lo dedica los médicos y dice: “Tras salir de la facultad el médico oye hablar en sus cuarenta años de práctica de los fármacos que funcionan a través de tradiciones *ad hoc*, por boca de los visitantes farmacéuticos u otros facultativos o por revistas. Pero tales colegas profesionales quizás estén a sueldo de las farmacéuticas -en secreto muchas veces- al igual que sucede con las revistas y las asociaciones de pacientes”.

Y en el tercero habla de las publicaciones médicas: *“Las revistas académicas que todo el mundo cree objetivas están en no pocas ocasiones **planificadas y redactadas por quienes trabajan directa y solapadamente para las farmacéuticas.** Es más, hay publicaciones académicas que son **propiedad de empresas farmacéuticas.** Y al margen de todo lo dicho, en el caso de algunas de las principales y más reticentes afecciones de la medicina no sabemos cuál es el mejor tratamiento porque no están en el ámbito de los intereses comerciales de ninguna empresa”.*

SOBREMEDICADOS POR SOCIÓPATAS

El mecanismo está muy claro y no es Goldacre el único que lo ha denunciado. El libro más reciente y que más duramente expone las tropelías cometidas por la *Big Pharma* es el del antes citado Peter Gøtzsche *Medicamentos que matan y crimen organizado* cuyo subtítulo deja poco lugar a las dudas: *Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud.* Durísimo golpe para las farmacéuticas ya que Gøtzsche disfruta de un enorme prestigio como cofundador y director de *Colaboración Cochrane*, organización sin ánimo de lucro que realiza revisiones sistemáticas y rigurosas de las intervenciones en salud incluyendo por supuesto los fármacos. Esclarecedora obra en la que se dicen cosas como ésta: *“La mayor parte de los beneficios de la industria farmacéutica proviene de **medicar a personas que estarían mucho***

mejor si no tomaran ningún medicamento”.

Biólogo y químico además de médico Gøtzsche trabajó para la industria farmacéutica entre 1975 y 1983 ejerciendo después hasta 1995 como médico internista y ha sido profesor de Medicina y Farmacología Clínica en la *Universidad de Copenhagen*. Cofundador de *Cochrane Collaboration*, Director del *Nordic Cochrane Center* y autor o coautor de unos 70 artículos científicos muchos de ellos publicados en las consideradas “cinco grandes” -*The Lancet*, *JAMA*, *British Medical Journal*, *Annals of Internal Medicine* y *New England Journal of Medicine*- su libro, muy bien documentado, está escrito con rigor y precisión y en él aborda con crudeza las relaciones de la industria con los responsables públicos de la salud y del propio estamento médico denunciando abiertamente la ocultación de datos sobre los efectos adversos de fármacos y tratamientos, el fraude sistemático, la malversación de fondos, la violación de las leyes, la obstrucción a la justicia, la falsificación de testimonios, la compra de profesionales sanitarios, la orquestada alienación del pensamiento médico, la extorsión a los gobiernos y la inacción -por falta de interés o por soborno puro y duro- de las agencias estatales así como de la europea que se supone velan por la salud de la ciudadanía. Gøtzsche es tan duro en su libro que llegar a calificar de **sociópatas** a algunos de los responsables de las grandes compañías farmacéuticas por ser capaces de vender productos tan ineficaces

como peligrosos aun sabiendo que llevarán a la muerte a miles de personas dándoles ello igual si así obtienen beneficios económicos. Es más, explica cómo la industria presiona a los legisladores y gobiernos -especialmente a los estadounidenses y europeos- así como a la *Organización Mundial de Comercio* para proteger su monopolio, sus patentes y los derechos de exclusividad sobre medicamentos considerados esenciales.

Todo esto y mucho más lo explicó en *Discovery DSALUD* durante la entrevista que a finales de 2014 concedió en exclusiva a nuestra revista y se publicó en el nº 178 -correspondiente a enero de 2015- con el título *Peter Gøtzsche: "El modelo de negocio de las grandes farmacéuticas es el del crimen organizado"* (puede leerla en nuestra web: www.dsalud.com)

LOS EDITORES DENUNCIAN

Hasta los editores de dos de las revistas más prestigiosas del mundo han sumado sus voces a la denuncia contra las farmacéuticas. **Marcia Angell**, que trabajó para el *New England Journal of Medicine* desde 1979 y fue editora-jefe entre 1999 y 2000, lo hizo hace ya 12 años en un libro titulado *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto* que en España tradujo y editó en 2006 la editorial *Norma*. El otro ha sido **Richard Horton**, editor-jefe de *The Lancet*, quien hizo recientemente una contundente declaración: ***"Mucha de la literatura científica***

-quizás la mitad- podría ser simplemente falsa. Afectada por estudios con pequeños tamaños de muestra, diminutos efectos, análisis exploratorios inválidos y flagrantes conflictos de interés, junto con una obsesión de perseguir tendencias de moda de dudosa importancia, la ciencia ha tomado un giro hacia la oscuridad”.

El comentario publicado en *The Lancet* y las declaraciones de Horton se produjeron con motivo de su asistencia a un simposio sobre reproducibilidad y fiabilidad de la investigación biomédica. Según publicó el *New Eastern Outlook* el 18 de junio de 2015 Horton afirmó en él que las principales empresas farmacéuticas falsifican o manipulan pruebas sobre la seguridad y eficacia de sus fármacos haciendo además muestras demasiado pequeñas para ser estadísticamente significativas o contratando laboratorios de pruebas o científicos en los que bien el laboratorio, bien los científicos, tienen descarados conflictos de interés. Asegurando que la manipulación puede calificarse a veces de negligencia criminal.

Marcia Angell afirma por su parte en la introducción de su libro lo siguiente: *“El presente trabajo dejará al descubierto a la verdadera industria farmacéutica, una industria que en las últimas dos décadas se ha alejado bastante de su loable propósito inicial de descubrir y producir fármacos nuevos y útiles. Ahora es ante todo una máquina comercial de venta de drogas de dudosos beneficios que utiliza su riqueza y poder para cooptar todas las instituciones que*

*se le crucen en el camino, **incluido el Congreso de Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), los centros médicos académicos y la misma profesión médica***".

En capítulos subsiguientes Angell explica que una serie de leyes aprobadas en Estados Unidos a partir de 1980 favorecieron descaradamente a la industria; por ejemplo a la hora de demandar a fabricantes de medicamentos genéricos o rebajando los requisitos de las patentes de modo que desde esa fecha no están obligadas demostrar su utilidad. Asimismo denunció la ley aprobada en 1992 que autoriza **a donar fondos a la FDA para acelerar la aprobación de un medicamento**. Ha leído bien: es legal que los laboratorios paguen a la FDA para que sus productos se aprueben más rápidamente; es decir, de alguna forma -aunque se niegue- **se legalizó el soborno**. Y por si fuera poco en 1995 se autorizó a los investigadores de los *Institutos Nacionales de Salud* a recibir honorarios y tener acciones de laboratorios sobre cuyos productos tomaron decisiones.

Es más, la industria farmacéutica lleva décadas "influyendo" en los legisladores y responsables políticos logrando así extender sus monopolios, obtener reducciones fiscales sobre sus beneficios, prohibir la importación de medicamentos de otros países, establecer normas que favorezcan la comercialización de sus productos o aprobar de forma acelerada el uso de fármacos nuevos, especialmente en casos de epidemias, sean éstas o no inventadas.

COMPLICIDAD DEL ESTAMENTO MÉDICO

Obviamente todo este montaje no es posible sin la complicidad y colaboración del estamento médico y de hecho éste colabora activamente. La mayoría de los médicos por omisión y/o ignorancia pero otros por avaricia y/o ansias de prestigio profesional y social. La doctora **Inmaculada González**, Directora Médica del *Centro de Medicina Biológica Novadona* de Barcelona, lo resumió así en octubre de 2012 durante una intervención pública sobre la necesidad de desmedicalizar la menopausia poniendo en entredicho lo que la mayoría de sus ingenuos y desinformados colegas cree. Esto es lo que, de forma resumida, dijo:

- Solo un 10% de las patentes registradas entre 1982 y 2003 han tenido alguna utilidad terapéutica.

- Los ensayos clínicos de los fármacos suelen ser cortos y las prescripciones largas porque los resultados se extrapolan y manipulan.

- La medicina basada en la “evidencia” está financiada por la industria farmacéutica y no la cuestiona el *establishment* médico porque existen conflictos de intereses.

- Los médicos se dejan seducir muy a menudo por los viajes y regalos de la industria que suele además patrocinar y controlar los congresos a los que acuden invitados.

- Los investigadores, pagados a menudo por los laboratorios, no publican los resultados

negativos de sus estudios porque no es obligatorio.

El Dr. **Jay S. Cohen** asevera por su parte en un artículo titulado *Cultura de la corrupción en la profesión médica* que la influencia de los laboratorios provoca en muchos estudios decisiones irracionales de gran impacto negativo en los enfermos. Añadiendo que el control por parte de la industria es ya tal que a la propia FDA le es ya casi imposible encontrar expertos independientes para sus comités asesores siendo esa la razón -al menos eso alega- de que una media del 50% -en algunos casos del 90%- estén integrados por especialistas que tienen o han tenido relaciones con la industria. Lo que no es en modo alguno admisible.

COMPLEJO PSICOFAMACÉUTICO

El Dr. **Peter Breggin**, psiquiatra y autor de una veintena de libros -entre los que destaca *La locura de los medicamentos-* y cientos de artículos de denuncia sobre los abusos de la Psiquiatría desmontó por su parte los fundamentos y protocolos en los que se basa la medicina moderna presentada como científica en un artículo publicado en febrero de 2009 en el *Huffington Post* titulado *Científicos mentirosos: del calentamiento global a la psiquiatría biológica*. Breggin denuncia en él sin pelos en la lengua el comportamiento de sus colegas, la complicidad de la profesión médica con la industria, el denominado “ghostwriting” (especialistas reconocidos que firman artículos elaborados por

la propia industria) y, en particular, la corrupción en su campo de trabajo, el de la psiquiatría biológica, en el que la investigación está al servicio de los laboratorios. En ese *“complejo psicofarmacéutico”*, como lo denomina Breggin, hasta el famoso mecanismo de la revisión por pares -presentado habitualmente como garantía de independencia y objetividad de las publicaciones- *“se ha convertido en un sistema cerrado constituido por una red clientelar que **excluye sistemáticamente a todos los científicos que persiguen la objetividad y la honestidad.** En su lugar da servicio a una estructura de poder particular en la que está incardinada la propia revista que publica los resultados”*.

Otro libro clave -recientemente traducido y editado por Ariel- es *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría* del doctor **Allen Frances** quien dirigió la cuarta edición de la denominada *Biblia de la Psiquiatría* (el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* o *DSM-IV*) y se ha convertido en uno de los más duros críticos de la nueva edición: el *DSM-V*. De hecho durante su estancia en Madrid en septiembre de 2014 advirtió de que *“con el nuevo manual el 81% de la población podría ser diagnosticada con una enfermedad mental”*.

Frances está sin embargo convencido de que quienes han elaborado esta nueva edición no lo han hecho en complicidad con los laboratorios: *“Es gente de buen corazón que ha tomado decisiones muy estúpidas pero no por la*

presión de las farmacéuticas sino porque han sobreestimado la importancia de su campo de estudio sin darse cuenta del daño que puede hacerse cuando las cosas que pueden funcionar para ellos en la universidad se llevan a la práctica clínica". Añadiendo luego: "Esta colosal industria está lavando el cerebro a todo el mundo para que tome pastillas aunque no las necesiten". Y alerta especialmente del peligro del sobrediagnóstico en los niños: "La forma más fácil de predecir que un niño va a padecer Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es su cumpleaños: si eres el niño más pequeño de tu clase tienes el doble de posibilidades de padecerlo que si eres el más mayor. Estamos transformando la inmadurez en enfermedad y en vez de tratarla en clase estamos gastando millones de dólares en medicamentos. Desde la óptica de la industria farmacéutica eso es genial porque no hay mejor cliente que un niño ya que será consumidor toda la vida".

Recordamos a nuestros lectores no habituales que también este conocido psiquiatra norteamericano aceptó hablar en exclusiva para *Discovery DSALUD*. La entrevista apareció en el nº 177 con el título *Allen Frances: "Las multinacionales farmacéuticas se han vuelto más peligrosas que los carteles de las drogas"* y también puede leerse en nuestra web: www.dsalud.com).

Cabe añadir que el negocio de los psicofármacos está siendo ya objeto de durísimas críticas. El propio Peter Gøtzsche acaba de publicar una

obra -aún no traducida y publicada en España- titulada *Deadly Psychiatry and Organised Denial* en la que afirma que en Estados Unidos y Europa **los psicofármacos son ya responsables de medio millón de muertes al año** y que **reducir su consumo un 98% sería beneficioso**. De hecho asevera en la introducción de su nuevo trabajo lo siguiente: *“La razón más importante por la que tomamos tantos medicamentos es que los laboratorios farmacéuticos no venden fármacos sino mentiras sobre fármacos (...) La razón por la que los pacientes confían en sus medicinas es que extrapolan la confianza en sus médicos a los medicamentos que éstos prescriben sin darse cuenta de que sus doctores pueden saber mucho sobre enfermedades, fisiología y psicología pero saben muy, muy poco, sobre los fármacos”*. Y añade: *“La razón fundamental para el actual desastre farmacológico es que los más importantes psiquiatras han permitido a la industria que los corrompa; a ellos y a su disciplina académica”*.

UN COMITÉ DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Pues bien, gran parte de lo que hemos relatado se recoge en el manifiesto elaborado por el cardiólogo **Aseem Malhotra** que han apoyado los cinco prestigiosos médicos de Reino Unido citados en la entrada de este artículo: Sir Richard Thompson -expresidente del *Real Colegio de Médicos de Gran Bretaña* y médico personal de la Reina-, John Ashton -presidente de *The Faculty of Public Health*-, J. S. Bamrah -Director

Médico del *Manchester Academic Science Centre*-, Rita Redberg -editora del *Journal of American Medical Association (JAMA)*- y James McCormack -conocido farmacéutico y divulgador científico. Todos ellos consideran que las compañías farmacéuticas desarrollan los medicamentos que les producen más beneficios en lugar de los que realmente pueden ser útiles a los enfermos y acusan al sistema nacional de salud de no plantarles cara por ello. El Dr. Thompson pide de hecho que se abra una investigación pública urgente sobre las oscuras prácticas de la industria.

Malhotra denuncia por su parte que *“el corazón de la medicina moderna está constituido por la cultura de ‘cuantos más medicamentos mejor’ exacerbado por los incentivos económicos de un sistema concebido para prescribir más y más fármacos y llevar a cabo muchas intervenciones sean o no beneficiosas para los pacientes. Ha llegado pues el momento -añade- de efectuar una investigación pública completa sobre la forma en que se estudia y se comunica la eficacia de los fármacos”*. Agregando que hoy la única investigación que se financia es la que se sabe va a reportar grandes beneficios económicos, que la información que se publica en las revistas médicas está sesgada y que hay numerosísimos conflictos de intereses. Todo lo cual, dice, esta ***“contribuyendo a la desinformación de pacientes y médicos”*** y ***“costando decenas de miles de vidas en todo el mundo y sufrimiento innecesario a millones***

de personas”. Y es que como en la revista se ha denunciado de forma persistente los efectos adversos de los medicamentos se han triplicado en la última década -especialmente en Estados Unidos- llevando a la muerte en 2014 a 123.000 personas y provocando problemas graves a otras 800.000 (y se consideran cifras muy subestimadas ya que se comunican solo una minoría de los casos).

Como ejemplo de los abusos que perpetra la industria en connivencia con las instituciones Malhotra recuerda que el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* -el organismo que regula y vigila el uso de tratamientos, fármacos y procedimientos en el sistema de salud británico- rebajó en 2014 el umbral para prescribir estatinas a fin de que pudieran prescribirse a muchas más personas... y luego se supo que 6 de los 12 miembros del comité asesor que así lo decidió habían cobrado de los laboratorios fabricantes por dar conferencias o recibido fondos para financiar sus investigaciones. Denunciando que nunca se han publicado los informes completos sobre la evaluación de sus efectos secundarios.

Malhotra llega a confesar que la situación ha llegado a tal extremo que cuando recibe a un paciente y éste le explica sus síntomas lo primero que piensa es si se deberán a los efectos colaterales de algún medicamento. Y lo más importante: entiende que el sistema se ha roto y las grandes corporaciones campan a sus anchas con la complicidad de las autoridades. De ahí

que proponga para sacar a la ciencia médica de la oscuridad en la que se encuentra una política de transparencia y la creación de **un comité independiente que sea el que evalúe la eficacia y seguridad de todos los medicamentos.**

Ante lo dicho, ¿es de fiar la declaración de *GlaxoSmithKline* de que van a replantearse por completo sus relaciones con los profesionales y las organizaciones sanitarias? ¿Quieren, como afirman, “liderar” la transparencia de la industria? Nada indica que así sea. Lo que sin duda quieren es designar y controlar ellos a los posibles controladores. La industria quiere, como ya ha hecho con los gobiernos, los ministerios de Sanidad, las sociedades médicas y sanitarias, las asociaciones científicas y académicas, las agrupaciones de enfermos, las facultades de Medicina, las universidades, los centros de investigación, los laboratorios, las agencias nacionales e internacionales de medicamentos y los organismos internacionales -OMS incluida- controlar el posible comité “independiente” que pudiese crearse. Quieren seguir siendo, como hasta ahora, los guardianes de sus propios actos.

De hecho las iniciativas de esa multinacional anunciadas por la presidenta y consejera delegada de *GSK Farma España*, **Cristina Henríquez de Luna**, indican no solo que no piensan cambiar en lo esencial sino que van a ampliar sus métodos de control. Baste saber que entre sus intenciones está la de “*realizar inversiones en plataformas alternativas para proporcionar información a los médicos*”

donde, cuando y como la necesiten” porque “así conseguimos una relación más frecuente de médico a médico apostando por canales digitales más flexibles y eficientes”.

En definitiva, la gran industria farmacéutica no acepta ser vigilada por la sociedad; **quiere seguir manteniendo el control total del sistema sanitario.**

Jesús García Blanca

BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL EN ESPAÑOL SOBRE LA “FARMAFIA”

Marcia Angell. *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto.* Editorial Norma, 2006.

Allen Frances. *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría.* Ed. Ariel, 2014.

Peter Gøtzsche. *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud.* Los libros del lince, 2014.

Ben Goldacre. *Mala farma. Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes.* Paidós Ibérica, 2013.

Ghislaine Lanctôt. *La mafia médica. Cómo salir con vida de la prueba y recuperar la salud y la prosperidad.* Ediciones Vesica Piscis, 2002.

Lynne McTaggart. *Lo que los médicos no nos dicen: los riesgos de la medicina moderna.* Navona, 2005.

Ray Moynihan, Alan Cassels. *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos*

convierten en pacientes. Navona, 2011.

Otros libros no traducidos en España:

Jay S. Cohen. *The Case Against the Drug Companies: Prescription Drugs, Side Effects and Your Health.* Tarcher/Putnam, New York: October 2001.

Peter Breggin. *Medication Madness: A Psychiatrist Exposes the Dangers of Mood-Altering Medications.* New York: St. Martin's Press, 2008.

Peter Breggin. *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry: Drugs, Electroshock and the Psychopharmaceutical Complex.* New York: Springer Publishing Company, 2008.

Peter Breggin. *Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications.* Cambridge MA: Perseus Books, 2007.

Peter Breggin. *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry: Drugs, Electroshock and the Role of the FDA.* New York: Springer Publishing Company, 1997.

Peter Breggin. *The War Against Children: How the Drugs, Programs, and Theories of the Psychiatric Establishment Are Threatening America's Children with a Medical 'Cure' for Violence.* New York: St. Martin's Press, 1994.

Peter Gøtzsche. *Deadly Psychiatry and Organised Denial.* People's Press, 2015.

Lynn Payer. *Disease-Mongers. How doctors, drug companies and insurers are making you feel sick.* John Willey and sons, USA, 1992.

Jeffrey Robinson. *Prescription games. Money, Ego and Power incide the Global Pharmaceutical Industry.* McClelland & Stewart, Canadá, 2001.

Martin Walker. *Dirty Medicine. Science, big business and the asault on natural health care.* Slingshot Publ. London, 1993.

Artículos citados o recomendados:

Brennan T. A., Rothman D. J., Blank L., Blumenthal D., Chimonas S. C., Cohen J. J., Golden J., Kassirer J. P., Kimball H., Naughton J., Smelser N. *Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers.* JAMA, Jan. 25, 2006;295(4):429-433.

Angell, M. *Is Academic Medicine for Sale?* New England Journal of Medicine 2000;342:1516-18.

Hensley, S. *When doctors go to class, industry often foots the bill. Lectures tend to feature pills made by course sponsors.* Wall Street Journal, Dec. 4, 2002:A1.

Vedantam, S. *Industry Role in Medical Meeting Decried: Symposiums Sponsored by Pharmaceutical Companies Trouble Some Psychiatrists.* Washington Post, May 26, 2002:A10.

Cohen, J. S. *Dose Discrepancies Between the Physicians' Desk Reference and the Medical Literature, and Their Possible Role in the High Incidence of Dose-Related Adverse Drug Events.* Archives of Internal Medicine 2001;161:957-64.

Peter Breggin. *Scientists as Liars: From Global Warming to Biological Psychiatry.* Huffington Post, 12.II.2009. http://www.huffingtonpost.com/dr-peter-breggin/scientists-as-liars-from_b_374025.html

Just How Tainted Has Medicine Become? Editorial de *The Lancet*, Apr. 6, 2002;359:1167.

¿Se puede curar la medicina? La corrupción de una profesión

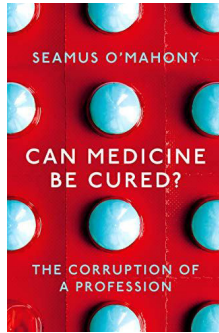
rafabravo

Traducción de [La crítica más devastadora de la medicina desde Medical Nemesis por Ivan Illich en 1975](#) por **Richard Smith**

Seamus O'Mahony, un gastroenterólogo de Cork, ha escrito la crítica más devastadora de la medicina moderna desde [Ivan Illich en Medical Nemesis en 1975](#). O'Mahony cita a Illich y argumenta que muchas de sus advertencias sobre la medicalización de la vida y la muerte; costos fuera de control; valor siempre decreciente; pacientes reducidos a consumidores; el creciente imperio de los médicos y otros trabajadores de la salud e investigadores; Y la industrialización de la asistencia sanitaria se ha hecho realidad. *Existe una sensación generalizada de que la medicina ha perdido el norte, y ¿Can Medicine Be Cured? The Corruption of a profession*, que se ha publicado este mes, describe esa pérdida. El libro es tan legible como el último libro de O'Mahony *The Way We Die Now*, y ofrece un extraño cóctel de placer y desesperación.

De la edad de oro a la de la decepción.

A diferencia de Illich, que creía que la medicina moderna creó contraproducentemente la



enfermedad, O'Mahony ve lo que él llama una edad de oro de la medicina que comenzó después de la Segunda Guerra Mundial con la aparición de antibióticos, vacunas, una oleada de medicamentos efectivos, innovaciones quirúrgicas, mejores anestésicos y cobertura de salud universal para la mayoría de las personas en países ricos. Terminó a fines de la década de 1970, lo que significa que O'Mahony, quien se graduó en 1983 y aún práctica, disfrutó poco de la edad de oro. Ahora estamos 'en la era de expectativas no cumplidas y poco realistas, la era de la decepción'.

Las edades de oro siempre están en el pasado o en el futuro y nunca ahora (excepto quizás en la televisión), pero muchas personas mayores que recuerdan cuándo morían personas de polio, difteria y tuberculosis estarían de acuerdo en que una edad de oro comenzó alrededor del nacimiento del NHS. en 1948; muchos médicos mayores también ven ese momento como una

edad de oro en la que las enfermedades se curaban, los pacientes estaban en su mayoría agradecidos y eran respetuosos, y los médicos tenían roles más claros junto a más poder y estatus. Con su gusto por las imágenes religiosas, O'Mahony se describe a sí mismo como experimentando una apostasía a la edad de 50 años. Él no ha perdido la fe en 'el encuentro clínico y el cuidado a la antigua' (aunque sigue en la medicina general, lo encuentra cada vez más agotador y frustrante), pero ha perdido la fe en 'investigación médica, gerencialismo, protocolos', métricas, e incluso progreso '. El libro analiza esos reinos uno por uno. La medicina se ha convertido en 'una cultura industrializada del exceso' e Illich ahora tiene razón en que la medicina es una amenaza para la salud.

Investigación médica: buena para la ciencia, menos buena para los pacientes

O'Mahony comienza su disección con la investigación médica, "el motor intelectual del complejo médico-industrial". Los gobiernos ven a las ciencias de la vida como un salvador de las economías, y las organizaciones benéficas nos instan a dar más para curar cada enfermedad. Big Science, que apareció después de la edad de oro, ha proporcionado puestos de trabajo y estatus, pero 'los beneficios para los pacientes han sido modestos y poco espectaculares'. Un estudio de 101 descubrimientos científicos básicos publicados en revistas importantes y que reclamaban una aplicación clínica, encontró

que 20 años después solo uno había producido beneficio clínico. Big Science está corrompida por los ‘incentivos perversos, el interés profesional y la comercialización’. La investigación médica se ha desconectado de la práctica médica, cuando ahora la mortalidad prematura ha disminuido, se debería ocupar principalmente del dolor, el sufrimiento y la discapacidad. La investigación médica sigue librando una ‘batalla imposible de ganar e innecesaria’ contra la muerte.

Los practicantes de la genómica prometen grandes beneficios para el mañana (siempre es mañana), pero el Premio Nobel y ex director de los Institutos Nacionales de la Salud, Harold Varmus, dijo que ‘la genómica es una forma de hacer ciencia, no de medicina’. Robert Weinberg, biólogo del cáncer, dice que las aplicaciones clínicas del Proyecto Genoma Humano ‘han sido modestas, muy modestas en comparación con los recursos invertidos.

Macfarlane Burnet, otro premio Nobel escribió, escribió en 1971 que ‘la contribución de la ciencia de laboratorio [a la medicina] prácticamente ha llegado a su fin’. Sin embargo, otro premio Nobel, Peter Medawar, lo contradijo, pronosticando en 1980 habría cura para la diabetes juvenil y esclerosis múltiple 10 años más tarde. O’Mahony concluye que “la historia está del lado de Burnet, no de Medawar”. Luego hace una comparación divertida, y para algunos insultante, entre la ciencia biomédica contemporánea y el papado de la pre-Reforma medieval: “ambos fueron tomados por los profesionistas... que

consideraban que las trampas del éxito mundano eran más importantes que el ideal original". La investigación biomédica está a la espera de su Reforma, tal vez vendrá con un cambio hacia una investigación mucho más práctica y un énfasis en hacer una diferencia en lugar de publicar artículos.

Inventar y comercializar nuevas enfermedades: el caso de la 'sensibilidad al gluten no celíaca'

Como gastroenterólogo que ha realizado, como él admite, algunas investigaciones mediocres sobre la sensibilidad al gluten, O'Mahony cuenta la historia de la 'sensibilidad al gluten no celíaca' para ilustrar la moda médica moderna de inventar enfermedades, que parece ser más fácil que curar algunas de las antiguas. Willem-Karel Dicke, un pediatra holandés, identificó que el trigo causaba la enfermedad celíaca en el invierno de la inanición en los Países Bajos durante la guerra. Las revistas pediátricas estadounidenses ni siquiera reconocieron las presentaciones de Dicke, pero finalmente se identificó que el gluten era la causa de la enfermedad celíaca y algunos niños muy enfermos se curaron. Ahora, la mayoría de los adultos con diagnóstico de enfermedad de la enfermedad de los Estados Unidos con enfermedad celíaca no tienen síntomas si los tienen son mínimos.

Pero como todos los médicos, y en particular los gastroenterólogos, saben hay muchos pacientes con 'problemas médicos inexplicables'

o psicosomáticos. El estigma asociado a los problemas de salud mental, la renuencia a diagnosticar lo que O'Mahony llama 'síndrome de la vida de mierda' y el apetito por el complejo médico-industrial para inventar enfermedades significa que existe una demanda sustancial de nuevas 'enfermedades físicas'. Algunos pacientes con síntomas gastroenterológicos ya habían experimentado con dietas sin gluten, y el efecto placebo y la naturaleza fluctuante de sus síntomas inevitablemente llevaba a que muchos se sentirían mejor. O'Mahony describe cómo, en febrero de 2011, 15 investigadores de enfermedad celíaca se reunieron en un hotel en Heathrow patrocinado por el Dr. Schar, un fabricante líder de alimentos sin gluten, y dieron credibilidad médica a la 'sensibilidad al gluten no celíaca'.

Tras esta reunión se publicaron muchos trabajos científicos científicamente débiles, artículos de revisión y conferencias de consenso; y O'Mahony enumera de un artículo de revisión que resulta de una conferencia de consenso patrocinada por la Nestle Nutrition Foundation, 41 síntomas y problemas que se dice se deben a la sensibilidad al gluten, como cansancio, ansiedad, depresión, pérdida de peso y ganancia, alteración patrón de sueño, autismo, esquizofrenia , e incluso 'pelos encarnados'. 'La sensibilidad al gluten no celíaca ha sido decretada por edicto', escribe O'Mahony, 'así como la infalibilidad papal fue decretada por el Primer Concilio Vaticano'. Y el edicto

significa que probablemente la mayoría de los pacientes vistos en la práctica general cada día podría estar sufriendo de la condición. De hecho, aproximadamente el 10% de la población británica está reduciendo el consumo de gluten, y el mercado de alimentos “sin”, el 59% de los cuales son alimentos sin gluten, es enorme y crece a un 30% al año.

Hemos llegado, escribe O'Mahony, a una “extraña paradoja: la mayoría de las personas que deberían estar en una dieta sin gluten (aquellos con enfermedad celíaca) no lo están, porque la mayoría de las personas con enfermedad celíaca permanecen sin diagnosticar. La mayoría de los que siguen una dieta sin gluten no deberían hacerla, porque no tienen enfermedad celíaca.

Con su talento para la narración y el humor, O'Mahony, describe el paralelismo entre los temores actuales del gluten y los monjes ‘sin grano’ de China hace 2000 años. Creían que los ‘cinco granos’ eran las ‘tijeras que cortaban la vida’, lo que conducía a la enfermedad y la muerte. Una dieta que evite los cinco granos llevaría a una salud perfecta, a la inmortalidad e incluso a la capacidad de volar.

‘La sensibilidad al gluten no celíaca’ puede ser una de las no enfermedades más exitosas, pero de ninguna manera está sola. Los competidores incluyen la enfermedad seronegativa de Lyme, la disfunción sexual femenina, la fobia social y el síndrome de procrastinación crónica. Inventar y promover enfermedades se conoce como disease-mongering, y una variante del fenómeno

es reducir los niveles de riesgo de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, lo que genera decenas de millones de pacientes más, de un día para otro.

La comercialización de enfermedades

La sensibilidad al gluten no celíaca se ha comercializado bien, pero, por lo que sé, aún no existe todavía un día, semana o mes de sensibilidad al gluten no celíaco, aunque pronto lo habrá. O'Mahony estaba escribiendo el capítulo sobre concienciación, o competencia entre las enfermedades y sus seguidores por los recursos, en abril, que tiene Días Mundiales para el autismo, la salud, la homeopatía, la hemofilia y la malaria. Cada enfermedad, al igual que cada perro, tiene su día, pero el mercadeo excesivo de la enfermedad lleva a una mala asignación de recursos (['78% de los estudiantes le dicen a su sindicato que tienen problemas de salud mental'](#)) y protocolos dudosos que distorsionan la práctica médica.

Rory Staunton de doce años, murió de septicemia en Nueva York en 2012 después de lesionarse jugando baloncesto y de que sus médicos no pudieran reconocer lo enfermo que estaba. Su padre, un lobista político, creó la [Fundación Rory Staunton](#) para la prevención de la sepsis, lo que ha llevado a que todos los hospitales estatales de Nueva York tengan que usar protocolos para detectar y tratar la sepsis y que todos los niños en el estado reciban educación obligatoria sobre la sepsis.

Los hospitales de todo el mundo ahora tienen protocolos obligatorios de sepsis, pero desafortunadamente, la “alarma” de advertencia son tan vagas que conducen a decenas de miles de pacientes, especialmente a los ancianos, a recibir tratamiento innecesario con líquidos intravenosos, antibióticos y un catéter en sus vejigas, lo que conlleva riesgos. Los protocolos también conducen a desviaciones de la escasa capacidad de las UCI y al retraso en la identificación de los diagnósticos sin sepsis.

Cáncer: la enfermedad número uno

Ninguna enfermedad se comercializa mejor que el cáncer, y después de la Guerra contra el Cáncer de Richard Nixon, Barack Obama lanzó su Cancer Moonshot, que ahora se denomina Avances de Cáncer bajo Donald Trump. Como escribe O'Mahony, el lenguaje alrededor del cáncer 'está infectado con una especie de edema de arrogancia'. Para Big Science, el cáncer es una bendición, lo que lleva a grandes inversiones en biología molecular y genética, pero, como dijo el investigador de cáncer David Pye: ¿Cómo podemos saber tanto sobre las causas y la progresión de la enfermedad, y al mismo tiempo hacer tan poco para prevenir la muerte y la incapacidad? .

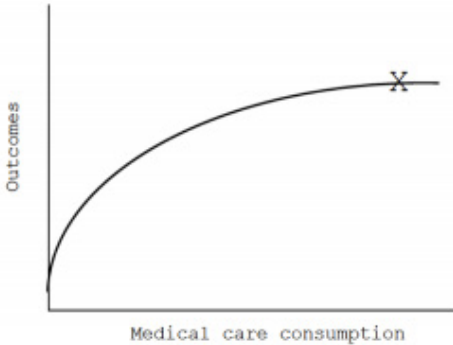
En contraste con la escasez de nuevos medicamentos para los trastornos cerebrales, están apareciendo muchos nuevos tratamientos farmacológicos para el cáncer, pero los beneficios son minúsculos y el precio astronómico. Una

revisión de 14 nuevos medicamentos encontró que el promedio de vida extra salvada fue de 1.2 meses. Los tratamientos a menudo tienen efectos secundarios graves, lo que significa que la calidad de vida en esas pocas semanas adicionales suele ser mala.

O'Mahony cuenta la historia de A A Gill, la talentosa periodista, que tuvo cáncer de pulmón metastásico, y que el NHS le negó un nuevo medicamento de inmunoterapia, el nivolumab, que cuesta de £ 60 000 a £ 100 000 por año. Su oncólogo dijo que, si pudiera, le recetaría el medicamento 'como lo haría todo oncólogo en el Primer Mundo'. Gill obtuvo el medicamento, pero solo un poco antes de morir. Un ensayo publicado después de la muerte de Gill mostró que el tratamiento con nivolumab agregó 1.2 meses de vida al alcanzado con el tratamiento estándar. O'Mahony calcula que ofrecer el tratamiento a todos aquellos en Gran Bretaña que podrían beneficiarse costaría alrededor de £ 1,000 millones, aproximadamente el costo anual de la atención sanitaria geriátrica.

La profesión médica, escribe, *'se ha convertido en el equipo de ventas para la industria [de los medicamentos]'*. Argumenta que 'la cultura profesional de los médicos los obliga a hacer algo, cualquier cosa', pero si es demasiado fácil los médicos, pueden rechazarlo. La sociedad, dice, muestra su "puerilidad" al aceptar estos costosos tratamientos: 'debemos tener prioridades más altas y mejores que débiles, incrementales y no tradicionales aumentos

Flat of the curve medicine



de la supervivencia en pacientes con cáncer incurable'. El cáncer es una enfermedad de la edad. y a medida que la población envejece, el cáncer nos sigue aventajando. El progreso en la curación del cáncer ahora recuerda a la guerra de trincheras de la Primera Guerra Mundial, donde se podrían ganar unos pocos cientos de metros de territorio a expensas de miles de vidas '.

La oncología es la especialidad que siempre se cita en estas discusiones, en parte porque los datos sobre los beneficios y los costos son buenos, pero lo que el economista Alain Enthoven llamó ["flat of the curve healthcare."](#), donde las grandes inversiones brindan pequeños beneficios (o incluso más problemas),

ocurren en toda la medicina. El aumento de los costos se debe principalmente a los ‘avances’: ‘cada avance en la ciencia médica crea nuevas necesidades que no existían hasta que surgieron los medios para satisfacerlas’. Estos avances también pueden crear problemas nuevos y dolorosos: ¿Debe una esposa vender la casa familiar para recibir tratamiento para su marido moribundo? ¿Deberían mantenerse vivos los bebés prematuros, a pesar de que existen muchas posibilidades de que queden gravemente discapacitados, cambiando instantáneamente las vidas de sus padres y hermanos?

La gente sabe cada vez más, argumenta O’Mahony, que los servicios de salud no pueden expandirse indefinidamente “pero no hay interés político o público para... [la] difícil conversación ‘de cómo salir de esta carrera armamentística de la salud.

El declive en el poder y la influencia de los médicos.

Los médicos podrían haber sido los que lideraran la difícil conversación, pero el poder de los médicos argumenta O’Mahony, ha estado disminuyendo durante décadas, y gran parte del declive es culpa suya. Una serie de escándalos en el NHS, la aparición de Internet y la creciente politización y monetización de la atención médica han proporcionado el contexto, y ‘la profesión médica pasó por alto todo esto, cediendo el liderazgo a los gerentes y académicos de Big Science’.

O'Mahony cree que los médicos se han convertido en 'anti-harlost's', con responsabilidad, pero sin poder. Tiene una gran percepción de que el médico de agudos está haciendo la 'ronda del safari' después de una noche de admisiones múltiples, recorriendo el hospital con personal subalterno con capacitación inadecuada y con exceso de trabajo en busca de pacientes, la mayoría de ellos ancianos con múltiples problemas, muchos de ellos admitidos principalmente por problemas sociales, y con políticos que prometen cada vez más pero insisten en aumentar la productividad y con gerentes concentrados en objetivos y finanzas. Los médicos están tratando, pero no sanando.

Pero O'Mahony no culpa a políticos, gerentes, periodistas y abogados por los males de la medicina, como hacen muchos médicos. "Nuestra complacencia y cobardía colectiva nos han colocado donde estamos ahora. . . Los médicos están tan divididos por la lucha entre facciones y el 'refuerzo' de nuestras enfermedades y servicios que ya no funcionamos como una profesión cohesionada que persigue un bien común. Hemos envenenado el pozo de nuestro oficio y tradición".

¿Se puede curar la medicina?

El libro de O'Mahony se titula [¿Se puede curar la medicina?](#) No da una respuesta afirmativa o negativa, pero es pesimista sobre la capacidad de reforma de la profesión. El 'liderazgo' se ha convertido en la solución estándar para la reforma de la medicina y el cuidado de la salud,

y está de acuerdo con la idea, pero dice que el liderazgo no debe ser “limp-wristed virtue signalling,” y no puede ver de dónde vendrá. ‘Hay demasiados interesados personalmente en que continúe la medicina no reformada’.

La crisis impulsa la reforma, y O’Mahony cree que una combinación de colapso económico, una pandemia global de una infección no tratable y una catástrofe climática obligarán a la medicina a ‘proporcionar medidas básicas como la inmunización, atención de traumas y obstetricia’.

Lo primero que publiqué en una revista médica fue una [carta a The Lancet en 1974](#) en la que preguntaba por qué no había recibido respuesta a un [artículo de Ivan Illich](#) que describía en detalle cómo la medicina moderna era una amenaza para la salud. (Hoy me cuesta \$ 35.95 tener acceso a la carta, aproximadamente 50 centavos por palabra de memoria). Como estudiante de medicina, esperaba que los líderes de la medicina diseccionaran con cuidado el argumento de Illich y que, con las pruebas, demostraran que estaba equivocado. Pero tal respuesta nunca llegó. Fui ingenuo: ahora sé que es más fácil simplemente ignorar las críticas convincentes. Espero que el libro de O’Mahony, una Némesis médica para 2019, no sea ignorado. Merece ser tomado muy en serio.

Richard Smith fue el editor del BMJ hasta 2004.





1. El derecho a la pereza / Paul Lafargue
2. Reflexiones sobre la no-violencia / Gandhi
3. El Manifiesto Comunista / Marx y Engels
4. Manifiestos ecologistas / VVAA
5. Desobediencia Civil / Henry D. Thoreau
6. Gracias y desgracias del ojo del culo / Quevedo
7. Historia de la Transición española / M. Marina
8. Manifiesto feminista / VVAA
9. El libro negro del bipartidismo / Gonzalo Sánchez
10. El patriotismo / Bakunin
11. Infanticidio en conventos/ Iván Gómez Avilés
12. Escucha hombrecillo / W. Reich
13. Palabras para indignados / C. García-Rosales y M. Penella
14. Contra la democracia / Grupos anarquista Coord.
15. Dinero alternativo / F. Cabal
16. Manifiesto en defensa de los animales / Colectiva
17. Trabajo asalariado y capital / Karl Marx
18. Constitución de la II República española
19. Porqué no soy cristiano / B. Rusell
20. La Medicina enferma / I. Illich - A. Embid - G. Lancotot -
21. El Imperio nos está consumiendo
22. Manifiesto anarquista
23. ¿Sabe vd. lo que bebe? / F. Cabal
24. Indignados 15M / F. Cabal
25. Manifiesto Vegano

www.prokomun.es

