

En medicina, más no suele ser equivalente a mejor. El caso de la prevención (y de la prediabetes)

In medicine, more is not always better. The case of prevention (and prediabetes)

Na medicina, mais nem sempre significa melhor. O caso da prevenção (e da prédiabetes)

Juan Gérvas

Doctor en Medicina (Universidad Autónoma de Madrid). Equipo CESCA, Madrid.
<https://orcid.org/0000-0002-7802-5457>
jjgervas@gmail.com

Mercedes Pérez-Fernández

Especialista en Medicina Interna, Equipo CESCA, Madrid.
<https://orcid.org/0000-0002-9285-1739>e-mail
mpf1945@gmail.com

Resumen

La salud es un producto social, y para mantenerla y mejorarla, es imprescindible la aproximación intersectorial, “la salud en todas las políticas”. Las intervenciones sanitarias se suelen valorar en exceso, quizá por su espectacularidad, y efectividad, que a veces las hace casi milagrosas; por ejemplo, el uso razonable de medicamentos que ayudan en la agonía, y a morir sin dolor. Pero, en general, la salud depende más de la sociedad, que, de los médicos, y conviene saber que más medicina no equivale a más salud, por lo que hay que mantener alejados a los médicos, especialmente en el campo de la prevención. En su “afán preventivo,” los médicos pueden llegar a causar mucho daño al promover una “tiranía de la salud” sin ciencia, ni ética, sin límites. Por ejemplo, con las definiciones de preenfermedades, tipo preosteoporosis, o prediabetes, o preobesidad, que transforman a sanos, en enfermos, con la ilusión de evitar males mayores. Prevenir no es siempre mejor que curar, y sobre todo conviene ser conscientes de que las actividades preventivas también tienen efectos adversos.

Palabras clave: Calidad de vida, ciencia de la ciencia, ciencia y sociedad, ciencias médicas, ética de la ciencia, factor social, medicina preventiva, pensamiento crítico, prediabetes.

Abstract

Health is a social construct, and maintaining or improving it requires an intersectoral approach -what is often referred to as “Health in All Policies.” Medical interventions are frequently overvalued, perhaps due to their dramatic nature and effectiveness, which can sometimes appear almost miraculous -such as the appropriate use of medication to ease pain during the dying process. However, overall health

depends more on social conditions than on medical care, and it is essential to understand that more medicine does not necessarily mean better health. In fact, physicians should be kept at a distance, especially in the realm of prevention. Driven by a preventive zeal, healthcare professionals may unintentionally cause harm by promoting a form of “health tyranny” -interventions lacking both scientific evidence and ethical grounding. One example is the proliferation of “predisease” categories such as preosteoporosis, prediabetes, or preobesity, which pathologize healthy individuals under the illusion of avoiding future illness. Prevention is not always better than cure, and above all, we must recognize that preventive interventions can also produce adverse effects.

Keywords: Quality of life, science of science, science and society, medical sciences, ethics of science, social factors, preventive medicine, critical thinking, prediabetes.

Resumo

A saúde é uma construção social e, para mantê-la ou melhorá-la, é fundamental uma abordagem intersetorial -o que se conhece como “Saúde em Todas as Políticas”. As intervenções médicas costumam ser supervalorizadas, talvez por sua natureza espetacular e aparente eficácia, que por vezes chega a parecer milagrosa -como o uso adequado de medicamentos que aliviam a dor no processo de morrer. No entanto, em termos gerais, a saúde depende mais das condições sociais do que da medicina, e é importante compreender que mais medicina não significa necessariamente mais saúde. Pelo contrário, convém manter certa distância dos médicos, sobretudo no campo da prevenção. Movidos por um zelo preventivo, profissionais de saúde podem acabar causando danos ao promover uma “tirania da saúde” -com práticas sem respaldo científico nem ético, e sem limites claros. Um exemplo é a criação de categorias como pré-osteoporose, pré-diabetes ou pré-obesidade, que transformam pessoas saudáveis em doentes, sob a ilusão de evitar doenças futuras. Prevenir nem sempre é melhor do que curar, e é essencial estar ciente de que ações preventivas também podem ter efeitos adversos.

Palavras-chave: Qualidade de vida, ciência da ciência, ciência e sociedade, ciências médicas, ética da ciência, fatores sociais, medicina preventiva, pensamento crítico, pré-diabetes.

Introducción

La Medicina es una mezcla de arte, ciencia, solidaridad y tecnología, que ayuda a los humanos a vivir más y con mejor calidad de vida. En la práctica, la Medicina llega a lograr “milagros laicos”, como, por ejemplo: (1) Evitar la progresión de un cáncer de piel mediante su extirpación en la consulta del médico general, (2) el consuelo a la viuda con palabras acertadas tras la muerte de su esposo por complicaciones de un accidente con traumatismo craneoencefálico, (3) la operación de cataratas que devuelve la vista a un anciano, (4) la apendicectomía que evita la muerte por peritonitis en una

adolescente, (5) la vacunación contra la rabia que impide el desarrollo de la enfermedad en un espeleólogo, tras la mordedura por un murciélago afectado, etc.

Tales “milagros laicos” deslumbran incluso a los propios profesionales que pueden llegar a sufrir un Síndrome de Hubris (arrogancia con soberbia; González, 2019), un endiosamiento que les hace peligrosos. En el mismo sentido, la sociedad desarrolla un complejo de dependencia con la Medicina, pues le atribuye solo bien. Por ejemplo, la población cree que la prolongación de la expectativa de vida al nacer es consecuencia de más Medicina, y no de la mejora de los determinantes sociales, desde la alimentación y la educación, a la vivienda y el trabajo dignos, pasando por la redistribución de la riqueza y los sistemas de aporte y depuración de aguas.

Es lógico pensar que habrá más salud con más Medicina, especialmente si se parte de un modelo biológico y científico propio del siglo XVII, y si la salud se convierte en un fin en sí mismo (no en un medio para el disfrute de la vida). En un ejemplo, beber agua es necesario, y sin agua morimos, pero beber agua en exceso lleva a enfermedad e incluso muerte, y por ello se ha empleado como método de tortura haciendo ingerir cantidades enormes (23 litros y más; Martínez, 2022). Queremos creer que la Medicina ofrece beneficios sin daños, pero eso es imposible, porque todas las intervenciones médicas tienen potenciales efectos adversos. En ese sentido, por ejemplo, la palabra “fármaco,” deriva del griego, en el doble sentido de remedio y veneno. Y sabemos que todos los cribados (*screenings*) producen daños, algunos más beneficios que daños y, de estos son pocos los que lo logran a un coste razonable (Gray et al., 2008).

Incluso la simple palabra, o un consejo, puede conllevar daños enormes, como se demostró en las décadas de 1970 y 1980, cuando no fue fácil resistir la presión de pediatras, medios de comunicación, y familiares y conocidos, que promovían el absurdo mensaje de “dormir boca abajo” para evitar la muerte súbita del bebé (Gérvás y Pérez-Fernández, 2024). La muerte brusca e inesperada de un bebé previamente sano es un evento traumático de enorme impacto en los padres y familiares, y en la sociedad, y por ello se intenta evitar a toda costa, por absurdo que parezca el consejo médico. No resulta extraño que, por sorprendente que fuera la recomendación pediátrica, la siguiera la mayoría de los padres en la confianza de hacer lo mejor, pero sin saberlo aceptaban el aumento de la probabilidad de la muerte súbita. Es decir, la recomendación de dormir boca abajo lograba el efecto opuesto al deseado, y de hecho multiplicaba por cinco la incidencia de muertes súbitas del lactante (Jonge et al., 1989) (en el mundo hubo miles de bebés sanos muertos por consecuencia de tal consejo). Pese a las advertencias de algunos profesionales, sólo se admitió el daño al cabo de casi un cuarto de siglo, y se logró revertir con una fuerte campaña de “dormir de espalda” (*Back to sleep*) en la década de 1990.

Si se trabaja con el *primum non nocere* (“primero, no hacer daño”, en latín)¹, lo que se busca y se debe conseguir es que los beneficios probables de las actividades médicas compensen los inciertos daños, y que ello se logre a un coste razonable. Es decir, la Medicina obtiene crédito social si logra que sus intervenciones dejen un margen de beneficios muy por encima del margen de daños (Gérvas y Pérez-Fernández, 2022). En todo caso, el impacto de la atención médica en la salud es marginal, en torno al 10%; el resto, 90%, son genética y sociedad (Kaplan et al., 2019). Por ejemplo, siendo necesaria, la vacuna del sarampión sólo añade 0,16 días de vida en las poblaciones de los países desarrollados (Wright y Weinstein, 1998).

Promesas clínicas imposibles basadas en la prevención de todo mal

Desde torres de arrogancia sobre cimientos de ignorancia (Gérvas y Pérez-Fernández, 2009; Gérvas, 2019), con un hábito autoritario, el médico promete casi la juventud eterna si se siguen sus recomendaciones para vivir, especialmente, sus recomendaciones preventivas. La Medicina transforma toda adversidad en enfermedad y ofrece “remedios” para evitar todo mal, y una píldora para cada problema. De esta forma, la Medicina adopta un papel moralizante y el enfermar se convierte con facilidad en la consecuencia del pecar, expresado en no cumplir los consejos preventivos que abarcan todos los aspectos de la vida. Por ejemplo, la obesidad es asumida como si fuese “culpa” de la gula, la sífilis, de la lujuria, la diabetes, de la pereza, el cáncer de pulmón, del tabaquismo, la cirrosis hepática, del alcoholismo, el SIDA, del “vicio”, la ansiedad, de la ira, etc.

La Medicina se transforma, pues, en una especie de religión cuyo culto gobiernan los médicos (y la industrias) imponiendo el control individual y poblacional en torno al cuerpo y a la vida, o en torno a los “pecados”, lo que Foucault (2007) denominó “biopolítica”. El médico se ve afectado por el comentado Síndrome de Hubris, que le lleva a la grandiosidad, y lo convierte en prepotente. Se considera a sí mismo especial y único, y es inmune al sufrimiento que conllevan sus propuestas sin ciencia ni ética. Por ejemplo, nunca han pedido perdón los pediatras que causaron miles de muertes de bebés sanos con su consejo de dormir boca abajo (Gérvas y Pérez-Fernández, 2009).

En el aspecto preventivo, la arrogancia médica (Sackett, 2002) es agresivamente asertiva en el sentido de prescribir y ordenar cambios, medicamentos y/o intervenciones sin dudas ni matices. Es, además, presuntuosa, en el sentido de no dudar de su eficacia, de su valor acerca de beneficios sin daños. Y es soberbia, arremetiendo contra los que cuestionan el valor de sus recomendaciones. El sistema sanitario se denomina “de salud”, no de “enfermedad”, y ya no predomina el contrato curativo que se compromete con el sufrimiento, sino el preventivo, que se compromete con los sanos. Por consecuencia, se “roban recursos” (sobre todo, tiempo de profesionales) a quienes más lo precisan: enfermos, ancianos, pobres y analfabetos.

¹ “Primum non nocere” significa “primero, no hacer daño” y expresa el deber ético de evitar causar perjuicio al intervenir.

La prevención es muy inequitativa por dicha transferencia de recursos a aquellos que más se preocupan por su salud. Es decir, se pone el foco en los sanos, jóvenes, clase alta y universitarios, que son sectores de la población que menos lo precisan, pues tienen menor necesidad de atención médica y mayor expectativa de vida (y de vida “resuelta” con bienes materiales, incluyendo pensiones suficientes en la vejez). Es fácil aceptar las ventajas del cambio de estilos de vida cuando se tiene dinero y una cultura hegemónica (así como una esperanza de vida larga y fructífera) (Gérvas y Pérez-Fernández, 2013). Hay futuro cuando hay buenas condiciones sociales y se afianza el futuro con actividades coherentes con tal expectativa. Muchos de los comportamientos arriesgados e “insanos” tienen su locus en poblaciones con deficientes condiciones socioeconómicas (Irigoyen, 2020). El dinero de la prevención va muchas veces a los ricos, a la clase alta y media. Con ello, se cumple la “ley de cuidados inversos” que sostiene que se ofrece más a quien menos lo precisa, y esto se cumple más intensamente cuando más se orienta a lo privado el sistema sanitario (Hart, 1971).

Así, por ejemplo, fumar es un problema social y político que afecta fundamentalmente a los pobres (Hitchman et al., 2014), y no una cuestión médica clínica. Tampoco son cuestiones médicas la obesidad, la diabetes y el sedentarismo, que también afectan fundamentalmente a pobres. La geografía de la obesidad es la geografía de la pobreza como bien se demuestra en los barrios marginados de las ciudades (Ellen et al., 2025). Por supuesto, las respuestas clínicas individuales cuentan, pero la prevención requiere acción intersectorial y políticas de salud en todos los campos. Si se busca promover salud en la población hay que cambiar las condiciones de vida. La prevención de enfermedades es una cuestión social, pues social es la causa de muchas enfermedades (Gérvas y Pérez-Fernández, 2013). Pero en el enfoque biológico y médico, lo importante es la prevención en sí, el no tener que responder a las demandas de los pacientes sino adelantarse a ellas (“la salud a través de la prevención”). Por consecuencia se debilita la atención clínica a los enfermos y “no hay tiempo” para lo importante, como la atención a domicilio de pacientes crónicos recluidos en sus casas, y se crean listas de espera interminables, incluso en atención primaria.

La creciente palabrería sobre la prevención está llevando a la confusión acerca de la misma tanto desde el punto de vista individual como poblacional. Así pues, la cultura de “evitación de riesgos” en la vida está provocando un cambio conceptual en el papel de la atención médica y la designación de la necesidad médica (Gérvas et al., 2008). Se está haciendo hincapié en “factores de riesgo” situados “muy atrás” en la cadena causal. Políticos, profesionales, sociólogos y periodistas olvidan la paradoja de la prevención de la que nos habla Rose (2001), que recuerda que la prevención a nivel individual debe llevarse a cabo con “extrema cautela”. Además, el concepto de “factor de riesgo” es sólo estadístico, de asociación, sin que implique causalidad. Es decir, un factor de riesgo ni es necesario ni es suficiente para causar una enfermedad. Sin embargo, en prevención se suele confundir la asociación estadística con causalidad (una “no inocente” ambigüedad en el corazón de la Medicina actual) (García, 1998).

Demasiada prevención perjudica la atención clínica

Para salvar la atención primaria del colapso se debe frenar el entusiasmo por los servicios de prevención clínica mínimamente beneficiosos en poblaciones asintomáticas y de bajo riesgo, y devolver o reasignar a la salud pública la responsabilidad de la prevención primaria de enfermedades. Cada nueva actividad de prevención o ampliación de la población objetivo supone un coste de oportunidad no reconocido para la atención primaria. Como el tiempo no puede aumentar proporcionalmente, cada acto adicional de prevención debería generar mejores resultados sanitarios más allá del statu quo de la atención a las personas enfermas. Pero las recomendaciones de prevención rara vez (o nunca) se evalúan desde esta perspectiva. Por ejemplo, se ha calculado que los médicos de atención primaria de Estados Unidos necesitarían 27 horas cada día laboral para seguir las recomendaciones de las guías y protocolos, y más de la mitad de ese tiempo se destinaría a intervenciones de prevención (Martin et al., 2025).

La oferta médica crea necesidades sociales e individuales. Se transmite la idea de que todo malestar es evitable, se busca una perfección sanitaria imposible y para ello se crean temores incoercibles. Las exigencias no tienen fin, pues se busca la juventud eterna y toda enfermedad parece expresión de un fallo médico, de algo que no se ha evitado, o de una falta de prevención (Gérvás y Pérez-Fernández, 2013). La Medicina inyecta miedo con su prevención sin límite, con factores de riesgo y con enfermedades "inventadas", y el miedo crea nuevas necesidades que se satisfacen con nuevos y viejos bienes y servicios sanitarios en un círculo infernal de insatisfacción que siempre lleva a mayor consumo. En la práctica clínica, este desarrollo desmesurado de la prevención conlleva que los médicos puedan desarrollar un rechazo a la incertidumbre clínica, una aversión al paciente doliente (que tiene "la culpa" de su enfermedad por no haberse preocupado de prevenirla) y una negación de la persistencia de la enfermedad (se ve a los pacientes crónicos como que "no quieren curarse" o que "no siguen las prescripciones médicas").

No es interesante ni atractivo el paciente propiamente dicho, el que sufre, el que tiene miedos difíciles de explicar, el que padece problemas incurables, o casi (de la obesidad a la anorexia, de la artrosis a la isquemia coronaria, de la diabetes a la EPOC -enfermedad pulmonar obstructiva crónica-, del síndrome de Marfan -trastorno hereditario que afecta el tejido conectivo y puede causar problemas en el corazón, los ojos, los vasos sanguíneos y el esqueleto- al dolor lumbar idiopático -dolor de espalda de origen desconocido-, por ejemplo), y el que ve la muerte cerca y de frente.

En este sentido, algunos médicos pueden perder interés por la clínica diaria, por el trabajo que siempre les ha honrado, y convertirse en "guardianes de la salud" y, con ello, pasar a usurpar campos y tareas de los médicos y políticos de salud pública. Disminuye la eficiencia del sistema sanitario cuando los médicos clínicos se hacen cargo de actividades que no les corresponden porque son más

efectivas aplicadas a la población y no al individuo (Gérvas y Pérez-Fernández, 2013).

La transformación de sanos en enfermos en el altar de la prevención. El ejemplo de la prediabetes

El giro a la prevención conlleva el afán de evitar incluso la muerte inevitable, como si el fin de la Medicina fuera tal actividad imposible (en Medicina no se pretende impedir toda muerte sino sólo las muertes “médicamente evitables”). Del mismo modo, también se pretende evitar todo sufrimiento, pero el fin de la Medicina no es evitar todo sufrimiento e infortunio sino sólo el médicamente evitable. Así, por ejemplo, se propone y parece aceptable un “mundo sin dolor”, como si todo dolor fuera evitable, sea físico, psíquico y/o social. La sociedad que cae en esa trampa acepta que los médicos se conviertan en “camellos” y los pacientes en “yonquis”². Venden el paraíso en la Tierra, pero la consecuencia es un infierno por el incremento de la mortalidad, por la sobreutilización de los opiáceos, como bien demuestra el caso de Estados Unidos, con cientos de miles de muertos por sobredosis (CDC, 2024).

Conviene, pues, no prevenir todo el dolor y aceptar vivir con un cierto grado “sano” de dolor. Tampoco conviene evitar todo riesgo pues ello quitaría el sentido a la vida. Así mismo, es obligado aceptar cuestiones obvias, como el inevitable impacto del paso de los años y la llegada de la muerte. Lamentablemente, en realidad, en esta sociedad no se frena la fantasía de vivir una juventud eterna, el deseo de evitar toda adversidad. Por ejemplo, respecto a la diabetes tipo 2, la del adulto relacionada con la obesidad y el sedentarismo (con la pobreza), se pretende evitarla y para ello se define un “factor de riesgo” mediante una cifra “normativa” de glucosa en sangre a partir de la cual se califica a la persona como “prediabética” y se emprenden acciones varias para “evitar la progresión a diabetes tipo 2”. Es decir, una persona sana es transformada en enferma, por el “riesgo” de desarrollar diabetes tipo 2, mediante la “biometría” (la fijación normativa de la normalidad según cifras y definiciones consensuadas entre médicos). Mediante la biometría se transforma a millones de personas de sanas en enfermas, en cuestión de horas. Esto se consigue, por ejemplo, rebajando los niveles de colesterol considerados como normales en sangre; o definiendo nuevos conceptos como prehipertensión, preobesidad, prediabetes, preosteoporosis, predemencia, o premuerte (quizá en un pronto futuro, gran negocio, pues todos somos premuertos).

Este incremento artificial de personas enfermas etiquetadas y diagnosticadas alegremente de “pre” conlleva múltiples daños. En primer lugar, el hecho de que se las etiquete como personas de riesgo o portadoras de una enfermedad basándose exclusivamente en cifras u otras investigaciones aberrantes y el miedo innecesario que ello puede engendrar, en sí mismo, puede menoscabar la salud y el bienestar. En segundo lugar, siempre que se amplía un diagnóstico, la atención y los

² Expresión metafórica en jerga española: “camellos” alude a quienes distribuyen sustancias adictivas (en este caso,

recursos se desvían inevitablemente, y se recortan a los verdaderamente enfermos. En tercer lugar, pueden llegar a hacer inviables los sistemas sanitarios basados en la solidaridad social debido a la escalada de costes que conllevan. Y en cuarto y último lugar, la actividad biotecnológica margina y oculta las causas socioeconómicas de la mala salud (Heath, 2013).

En el caso de la obesidad, la nueva definición que incluye preobesidad, es de 2025. Ésta distingue la “obesidad clínica”, un estado de enfermedad sistémica crónica causada directamente por el exceso de adiposidad, de la “obesidad preclínica”, un estado de exceso de adiposidad sin disfunción orgánica actual ni limitaciones en las actividades cotidianas, pero con un mayor riesgo futuro para la salud (The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2025a). En este caso ni la obesidad es una enfermedad, ni la preobesidad un problema, pero la nueva definición allana el camino para transformar a cientos de millones de personas en enfermos que requieren atención médica y tratamiento farmacológico.

Irónicamente, el factor de riesgo que llamamos prediabetes tiene a su vez factores de riesgo para producirlo. Los factores de riesgo para prediabetes son el sobrepeso y la obesidad, la edad (45 años o más), la predisposición genética, la dieta poco saludable, la inactividad física, la privación socioeconómica, y la presencia o antecedentes de enfermedades (por ejemplo, enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica o diabetes gestacional). El origen étnico también es factor contribuyente, ya que los adultos asiáticos, negros e hispanos tienen mayor riesgo de prediabetes que los adultos categorizados como de origen europeo o no latino (Llanos et al., 2024).

Esta biometría y definición de preenfermedad como factor de riesgo que, a su vez, tiene factores de riesgo que son señalados como causas, expresa un nuevo poder médico, un poder reciente, el de definir salud y enfermedad por “consenso” (y generalmente en beneficio de las industrias sanitarias, especialmente las farmacéuticas) (Gérvas y Pérez-Fernández, 2006).

Además, hay tendencia a definir por exceso, lo que se enmarca en una actitud tecnológica cotidiana, médica y social, de acción lenta y sistemática contra la salud. En realidad, sabemos que la diabetes tipo 2 se asocia a “daño social”; por ejemplo, a dificultades económicas como tener problemas para llegar a final de mes (Escolar, 2009). El “factor de riesgo” es social, es una “condición de vida” (no un estilo de vida), pero ello no interesa a las industrias, tampoco a una Medicina de creciente orientación biológica, y ni siquiera interesa a salubristas y políticos. Lo que mueve el negocio es la medicalización de la vida, la biometría y el tratamiento con medicamentos. Literalmente: La prediabetes se puede tratar o revertir mediante una modificación intensa del estilo de vida que incluya restricción calórica y aumento de la actividad física, o, con menor eficacia, con metformina en algunos grupos... en el ensayo STEP 10, de 2024, en personas con obesidad y prediabetes, el 81% de los participantes tratados con semaglutida 2,4 mg revirtió a la normoglucemia, en comparación con solo el 14% en el

tratamientos médicos innecesarios), y “yonquis” a personas dependientes de ellas, simbolizando la medicalización excesiva.

grupo placebo; este resultado sugiere que los agonistas del receptor GLP-1 podrían, en el futuro, ofrecer esperanza a las personas en quienes el cambio de estilo de vida no ha tenido éxito... la prediabetes es el último límite del espectro glucémico en el que la diabetes tipo 2 aún puede detenerse (McGowan et al., 2024).

Sin embargo, durante mucho tiempo se ha considerado simplemente un factor de riesgo en lugar de una oportunidad clave para la prevención. El creciente número de personas con prediabetes en todo el mundo, que alimenta directamente la epidemia de diabetes tipo 2, es una crisis de salud pública inminente que hay que abordar (The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2025a). La detección y el tratamiento tempranos de la prediabetes son esenciales para evitar que los sistemas de salud, ya de por sí sobrecargados y con financiación insuficiente, se vean afectados por un aumento repentino de casos de diabetes tipo 2, y para mitigar la carga económica que supone para las sociedades el tratamiento de esta costosa enfermedad y sus complicaciones.

Dadas las diferentes definiciones y criterios diagnósticos de la prediabetes, se necesita urgentemente una prueba de sangre única, universalmente aceptada, sensible y rentable para facilitar la adopción generalizada de la detección de la prediabetes. Hasta entonces, educar a las personas sobre su riesgo de diabetes tipo 2 y dirigirse al tratamiento de quienes presentan mayor riesgo de progresión debería ser una prioridad (The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2025b).

Un caso práctico

Lo anterior puede resultar aburrido, una disquisición académica con escaso impacto en el día a día, pero no es así. Se traslada casi de inmediato a la sociedad y, sobre todo, a la práctica clínica. Copiamos a continuación un correo electrónico que llegó a nuestra bandeja de entrada en abril de 2025:

El otro día acudí a una consulta de nefrología de mi madre en el Hospital General (ella no pudo acudir). Mi madre tiene 92 años y durante años estuvo controlada por un problema de proteínas en la orina en Nefrología, luego dejó de acudir y desde hace tiempo se retomó el control. La cosa es que nada más entrar en la consulta me dicen que los análisis están bastante bien y que bueno que le van a dar el alta hospitalaria (que el control ya será por parte del médico de atención primaria siguiendo las indicaciones del informe emitido).

Pensé que la cosa iba a quedar ahí, pero de repente me dice la médica (muy joven por cierto, entiendo que todos lo hemos sido, pero tecleando el ordenador todo el tiempo, sin dar apenas información, estando a la defensiva en ciertos momentos, bueno muy desagradable...):

“¡Bueno, la voy a dar una pastilla: EDISTRIDE³!

Le digo que me parece una paradoja ya que hacía un momento me ha dicho que la analítica había salido bastante bien (supongo que igual dependiendo de la edad de mi madre u otros parámetros, pero como no explican casi nada). Me dice que bueno, que igual para controlar mejor el tema del índice de proteínas en orina (o eso entendí, aunque ya hace años que nos dicen que está estable y bien) y también para la glucosa. Le digo, “Pero ¿no me habías dicho que estaba bien el azúcar?” Me dice que “¿Qué tipo de glucosa?”. Le digo que me lo explique (ella ya a la defensiva y yo también dada la actitud suya en la consulta, la falta de información y la contradicción con lo expuesto en primer lugar).

Me empieza a hablar en términos médicos: “Que una glucosa la tenía muy bien y que la otra tenía creo índice de 110” y bueno. Le pregunto que qué pasa si no la tomara, y ya aquí muy a la defensiva me dice (no contestando a lo que le he preguntado): “¡PUES QUE NO LA TOME!” y le pregunto ya (yo también alterada ante esa actitud) ... “¿Y qué, la tiene que tomar hasta que fallezca?” Y me dice tajante: “¡SI!”.

Disculpe si me enrollo mucho.

La verdad salí a disgusto, le intenté transmitir la consulta a mi madre (a todo eso le pregunto a la médica que si le tengo que decir a mi madre que está regular o los análisis han salido regular y me dice: “NO, NO, NO.”

En la analítica se indica en GLUCOSA-111- MG/DL (70-110). He leído que claro si esta glucosa está entre 100-125 se considera prediabetes, y para evitar que se llegué a tener diabetes 2, ya se medica. Como si se tuviera vamos... (claro a una ya le transmiten miedo, sí es cierto que mi madre como le cuesta ya bastante caminar y hace poco ejercicio, pues dices, pues habrá que tomar la pastilla, pero con mucha, mucha inseguridad, y con cierto cuestionamiento sobre todo por mi padre e incluso por mi madre).

He leído un artículo ya del 2015 "Diabetes y el negocio de medicalizar la salud" en el que se le cita a usted entre otros: “No estamos prestando la atención que merecen y necesitan los pacientes que tienen gravedad, y sin embargo estamos disparando la oferta de tratamientos a pacientes que no lo son. Lo estamos haciendo mal por arriba y por abajo”, denuncia Gervas. Y esto por no hablar de los efectos secundarios de los fármacos (Álvarez, 2015)”.

Claro leo que para evitar que un porcentaje mínimo de personas que tienen esos índices desarrollen diabetes 2 se les da un tratamiento farmacológico a TODOS y se tratan como

³ Se trata de dapagliflozina, del mismo grupo de medicamentos de la semiglutida, del estudio STEP 10 citado anteriormente.

enfermos. Entonces como todo en la vida es tomar una decisión y muchas veces se toma a favor del medicamento simplemente porque el médico lo dice, pero éste tampoco nos ha explicado, ni nos da confianza para expresar nuestras preocupaciones, dudas (esto nunca, cualquier duda que transmitimos nos contestan a la defensiva como si fuera un ataque).

Y si se opta por no tomar el fármaco pues vivimos con miedo porque ya nos han transmitido el miedo de que si no te toma va a pasar algo muy malo.

Mi madre toma ya muchos medicamentos: ALISKIRENO 300 MG, BALZAK 20 MG, ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 10 MG, DIGOXINA, ALDOCUMAR... No sé si incluso podría enviarle la analítica borrando los datos confidenciales.

Es que a veces estamos perdidos, la consulta fue breve, tensa, incomoda... en fin sales de ahí, diciendo cómo voy a preguntar algo, si o no me contestan o me contestan malo o me hablan en términos médicos para que no me entere.

Le hemos pedido permiso para reproducirlo aquí porque parece un caso a propósito para enseñar lo que no hay que hacer en la consulta, ni en lo humano ni en lo científico. A una mujer muy anciana y polimedicada se le añade un medicamento sin que se justifique su necesidad, aparte de “etiquetarla” (diagnosticarla) con una preenfermedad, la prediabetes. En todo caso refleja perfectamente la penetración de las industrias farmacéuticas. De hecho, los médicos se convierten muchas veces en “empleados” de las mismas, recibiendo sustanciosas sumas como “transferencias de valor” con las que se abonan gastos de “formación e investigación”, desde viajes a informes, asistencia a charlas y congresos, pasando por la realización de ensayos clínicos y elaboración de normas y guías clínicas. Incidentalmente, conviene hacer notar que, en el caso de otros funcionarios de la Administración, tales pagos serían considerados como cohecho, un delito penado hasta con cárcel.

Las “transferencias de valor” no se hacen al azar sino en relación con la codicia de los accionistas de las industrias farmacéuticas, que se centran en determinados productos, los más rentables. Para introducirlos, los pagos se concentran en médicos y en sociedades “científicas”, que tienen capacidad de influir en el proceso. Se pone el dinero, “la bolsa”, por encima de la vida, literalmente (Martín, 2023).

La prescripción social, un paso más en la prevención y promoción de la salud

Al acervo preventivo de medicamentos (incluyendo vacunas para todo y todos), y recomendaciones varias, muchas veces con una fuerte carga moral y policial, se suma en la actualidad la “prescripción social” en la consulta. Hay dos términos clave (Semfyc, 2024):

1. Prescripción social (PrS): se entiende por PrS el proceso mediante el cual los profesionales

recomiendan a la persona que acude a consulta servicios, recursos o actividades disponibles en su comunidad y que podrían ser beneficiosos para mejorar su salud y bienestar.

2. Recomendación de activos para la salud (RAS): en España, en algunas comunidades autónomas, la PrS se conoce como recomendación de activos para la salud (RAS). Algunos ejemplos de activos para la salud podrían ser: una asociación (juvenil, vecinal, de personas mayores, cultural, deportiva, etc.), una plaza o un parque que sirve de espacio de encuentro, un centro cívico y las actividades que se organizan en él, etc. En definitiva, recursos y actividades que son identificados por parte de la población como saludables, que tiene la capacidad de mejorar las circunstancias de individuos o grupos y de potenciar sus habilidades y capacidades individuales y colectivas.

Son "recomendaciones" y consejos "sanos", de activos y/o sociales, pero no dejan de ser "prescripciones" y órdenes pues prescribir es "preceptuar, ordenar o recetar algo, especialmente un remedio". De nuevo, pues, los profesionales de sanidad en su papel de policías de la "biopolítica", están ordenando las vidas de sanos y enfermos. Esta actividad de la prescripción social es más promoción de la salud que prevención. Con las actividades preventivas pretendemos evitar algún problema sanitario en el futuro. Con las actividades de promoción de la salud se busca el incremento de la salud. Por ejemplo, en salud sexual es actividad preventiva el recomendar el uso del preservativo cuando hay penetración. Es actividad de promoción de la salud el promover, por ejemplo, la tolerancia a la diversidad sexual.

Como siempre, el impacto en salud de la prescripción social y recomendación de activos es más bien pobre, pero refuerza la medicalización de la vida y abre nuevos campos laborales. Es, por ejemplo, lo que se llama recomendación de activos facilitada. Es el modelo por el que está apostando el Reino Unido, e implica la contratación de un facilitador (*link worker* o *social prescriber*) que hace de nexo de unión entre los centros de salud y las entidades o recursos comunitarios. El facilitador suele trabajar desde el centro de salud y se encarga de informar al paciente sobre los recursos y servicios disponibles. Puede, también, ofrecer apoyo y acompañarlo a las actividades, emprender un rol más proactivo en la organización de actividades comunitarias y/o dinamizar las redes de colaboración y acción intersectorial (Rodríguez et al., 2023).

Otro ejemplo, también del Reino Unido, es el siguiente: la Academia Nacional de Prescripción Social ha anunciado que más de 1.800 consultas de medicina general se han sumado a la iniciativa de la práctica del Parkrun, afirmando que ha demostrado ser muy eficaz en la promoción de la atención preventiva, en particular para los pacientes que se enfrentan a barreras para la actividad física. Y así, los médicos de cabecera británicos están prescribiendo Parkrun a sus pacientes. Parkrun es un fenómeno excepcional. Ya en 2015, unas 50.000 personas participaban semanalmente practicando

Parkrun. Básicamente, se trata de una carrera organizada, cronometrada y gratuita de 5 km, trote, caminata o sobre ruedas, los sábados por la mañana, en parques, playas o senderos de todo el mundo, pero sobre todo del Reino Unido, donde se originó. Es gratis, al aire libre, centrado en la comunidad y fácil de participar: todas cosas buenas. Parkrun cuenta con personal remunerado, pero el trabajo de preparación, cronometraje y procesamiento de resultados corre a cargo de equipos locales de voluntarios. En la actualidad participan unas 200.000 personas cada semana. “Bueno, bonito y barato”, pero, ¿prescribir?

Prescribir encierra poder y mando, genera la sensación de que existe alguien con autoridad para prescribir, y otros que deben seguir sus órdenes. Parkrun, en su origen, era algo que recomendar o a lo que invitar a los interesados; implicaba el “boca a boca”, la recomendación personal y una lenta difusión. El hecho de que sean necesarios voluntarios para que funcione significa que es una empresa que no pertenece a nadie y es de todos. El ambiente de alegría es siempre edificante. Convertir el Parkrun en una receta hace que se parezca menos al placer y la diversión que al trabajo y el cumplimiento. Este enfoque no apoya la autonomía del paciente ni la integración de recursos sociales para una comunidad. En lugar de ello, se enfrenta a un control de acceso y -literalmente- medicaliza un paseo por el parque (McCartney, 2025).

Conclusión

La salud es un producto social y conviene mantener alejados a los médicos de su promoción, y de la evitación de la enfermedad. Está profundamente enfermo quien acepte la “tiranía de la salud” que promueve una Medicina sin ciencia ni ética, ni límites. Salud es poder disfrutar de la vida. Salud es ser capaz de afrontar los problemas e inconvenientes de cada día. Salud es tener capacidad de gozar del dinero y del amor (según la sabiduría popular). Salud no es equivalente ni a felicidad, ni a bienestar, ni a alegría, ni a equilibrio mental, pero la salud es fuente de todo ello. La salud es un recurso para vivir, no un fin en la vida. Más Medicina no suele lograr más salud. Tampoco lo logra el exceso de prevención.

Bibliografía

- Álvarez, A. (11 de febrero de 2015). Diabetes y el negocio de medicalizar la salud. *Diagonal*. <https://100bellezas.blogspot.com/2015/02/diabetes-y-el-negocio-de-medicalizar-la.html>
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Understanding the opioid overdose epidemic*. <https://www.cdc.gov/overdose-prevention/about/understanding-the-opioid-overdose-epidemic.html>
- Ellen, F., Oude, J., Stronks, K., Hagenaars, L., Kamphuis, C., Mackenbach, J., Beenackers, M., Freijer, K., Coenen, P., Poelman, M., Oude Hengel, K. y van Lenthe, F. (2025). Understanding the dynamics driving obesity in socioeconomically deprived urban neighbourhoods: An expert-

- based systems map. *BMC Medicine*, 23(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03798-x>
- Escolar, A. (2009). Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿La dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 427-432. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.01.010>
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica.
- Gérvas, J. (17 de febrero de 2019). Torres de arrogancia sobre cimientos de ignorancia. *Salud, Dinero y Atención Primaria*. <https://saludinerop.blogspot.com/2019/02/torres-de-arrogancia-sobre-cimientos-de.html>
- Gérvas, J., Starfield, B. y Heath, I. (2008). Is clinical prevention better than cure? *The Lancet*, 372(9654), 1997-1999. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61843-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61843-7)
- Gérvas, J. y Pérez-Fernández, M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl 3), 66-71. <https://doi.org/10.1157/13101092gacetasanitaria.org>
- Gérvas, J. y Pérez-Fernández, M. (2009). Los daños provocados por la prevención y las actividades preventivas. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1(4), 6. <https://equipocesca.org/los-danos-provocados-por-la-prevencion-y-las-actividades-preventivas/>
- Gérvas, J. y Pérez-Fernández, M. (2013). *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)*. Los libros del lince.
- Gérvas, J. y Pérez-Fernández, M. (2022). *El proceso médico que expropia la salud*. Ediciones Fantasma.
- Gérvas, J. y Pérez-Fernández, M. (2024). Medicina. Torres de arrogancia sobre cimientos de ignorancia. *Almogaren*, 74, 179-192. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9933532.pdf>
- González, J. (2019). Síndrome de “hubris” en neurocirugía. *Revista Neurología*, 68(8), 346-53. <https://doi.org/10.33588/rn.6808.2018355>
- Gray, J. A. M., Patnick, J. y Blanks, R. G. (2008). Maximising benefit and minimising harm of screening. *BMJ*, 336(7642), 480-483. <https://doi.org/10.1136/bmj.39470.643218.94>
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-XPubMed](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-XPubMed)
- Heath, I. (2013). Overdiagnosis: When good intentions meet vested interests. *BMJ*, 347, f6361. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6361>
- Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J. y Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC). *Four Country Survey. Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158-166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>
- Irigoyen, J. (2020, agosto 11). *Las cegueras epidemiológicas y el síndrome del general Massu*. <http://www.juanirigoyen.es/2020/08/en-cuantoal-poder-disciplinario-se.html>

- Jonge, G. A., Engelberts, A. C., Koomen-Liefting, A. J. y Kostense, P. J. (1989). Cot death and prone sleeping position in The Netherlands. *BMJ*, 298(6675), 722. <https://doi.org/10.1136/bmj.298.6675.722>
- Kaplan, R. M. y Milstein, A. (2019). Contributions of health care to longevity: A review of 4 estimation methods. *Annals of Family Medicine*, 17(3), 267–272. <https://doi.org/10.1370/afm.2394>
- Llanos, I. C., Maselli, M. del C. y Valdez, S. (2024). Guía práctica sobre la prueba oral de tolerancia a la glucosa. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 58(2), 80-85. <https://doi.org/10.47196/diab.v58i2.803>
- Martín, A. M. (11 de diciembre de 2023). Los pagos a profesionales y organizaciones sanitarias: El mercado de pulgas de las multinacionales farmacéuticas. *Asociación Acceso Justo al Medicamento*. <https://accesojustomedicamento.org/los-pagos-a-profesionales-y-organizaciones-sanitarias-el-mercado-de-pulgas-de-las-multinacionales-farmaceuticas/>
- Martin, S. A., Johansson, M., Heath, I., Lehman, R. y Korownyk, C. (2025). Sacrificing patient care for prevention: Distortion of the role of general practice. *BMJ*, 388, e080811. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080811>
- Martínez, L. (2022). El tormento como instrumento jurídico del Santo Oficio. *Revista de la Inquisición. Intolerancia y derechos humanos*, (26), 159-176. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/articulo.php?id=ANU-I-2022-10015900176
- McCartney, M. (2025). Prescribing parkrun: Medicalising a walk in the park. *BMJ*, 389, r670. <https://doi.org/10.1136/bmj.r670>
- McGowan, B. M., Bruun, J. M., Capehorn, M., Pedersen, S. D., Pietiläinen, K. H., Muniraju, H. A. K., Quiroga, M., Varbo, A. y Lau, D. C. W. (2024). STEP 10 Study Group. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide 2.4 mg versus placebo in people with obesity and prediabetes (STEP 10): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre phase 3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 12(9), 631-642. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(24\)00182-7](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(24)00182-7)
- García, F. M. (1998). Factores de riesgo: Una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Atención Primaria*, 22(9), 585–595. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-una-nada-inocente-14974>
- Rodríguez, L., Benedé, C. B., Cubillo, J. y Calderón, S. (2023). Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 16(3), 286-292. <https://doi.org/10.55783/rcmf.160308>
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427-432. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>
- Sackett, D. L. (2002). The arrogance of preventive medicine / La arrogancia de la medicina preventiva. *Canadian Medical Association Journal*, 167(4), 363-364. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/167/4/363.full.pdf> / <https://rafabravo.blog/2019/08/08/la->

arrogancia-de-la-medicina-preventiva/

- Semfyc - Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (10 de enero de 2024). Prescripción social, “un círculo de calidad”, tema destacado en ‘Revista Clínica de Medicina de Familia’. *Semfyc*. <https://www.semfyc.es/actualidad/prescripcion-social-en-revista-clinica-de-medicina-de-familia>
- The Lancet Diabetes & Endocrinology. (2025a). Prediabetes: Much more than a risk factor. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(3), 165. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00034-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00034-8)
- The Lancet Diabetes & Endocrinology. (2025b). Redefining obesity: Advancing care for better lives. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(2), 75. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00004-XPubMed](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00004-XPubMed)
- Wright, J. C. y Weinstein, M. C. (1998). Gains in life expectancy from medical interventions—Standardizing data on outcomes. *New England Journal of Medicine*, 339(6), 380-386. <https://doi.org/10.1056/NEJM199808063390606>