

LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y OTRAS FALACIAS POSMODERNAS: “HAMBRIENTO FRENESÍ”.

JUAN RODADO
CARLOTA IBÁÑEZ



Carlota y yo además de compartir una amistad de largo tiempo, compartimos despacho y a lo largo de estos años hemos ido intercambiando opiniones, anécdotas y reflexiones sobre nuestra práctica clínica, la idea de ser médico y de ejercer nuestra profesión.

En los últimos tiempo hemos asistido yo diría con horror a una precipitación de entender y ejercer la medicina que si bien puede haber estado presente desde hace tiempo pretérito creemos que ha cristalizado en los últimos años con la primacía de criterios económicos, el desembarco de gerentes y todo un lenguaje empresarial en el ámbito sanitario y también el advenimiento de una ilusión en la inteligencia artificial y el análisis de los datos. Agradecemos al CPM y a los organizadores del congreso esta invitación que nos permite compartir estas reflexiones con vosotros.

Cómo Juan ha explicado anteriormente mi vocación surgió en torno a un ideal representado por un médico de otros tiempos. Una figura familiar a mis ojos poderosa y benéfica que encarnaba toda una serie de virtudes intelectuales y prácticas. Me atrevo a confesar aquí que dicho ideal se esfumó rápidamente una vez ingresada en la facultad y la desorientación consecuente me colocó en un lugar periférico por no decir marginal que hizo que tardara bastante en licenciarme y conseguir el acceso

luego a una buena plaza en el **MIR**. Como compensación a mi retraso tuve después la fortuna de encontrarme con Juan como adjunto y comenzar mi formación en el **CPM**. La formación y la práctica psicoanalítica, por no hablar de la experiencia de análisis, me han ayudado entonces a transitar la medicina y por el mundo con una actitud y una mirada que puede sostener la pregunta, la espera y una especie de rebeldía operativa, lejana ya la marginalidad impotente de mi juventud. Dicha rebeldía se ha ido forjando en lo profesional como respuesta a un sufrimiento muchas veces negado pero siempre presente en forma de malestar psíquico y en ocasiones también físico relacionado con la realización de tareas prescritas en el contexto de mi trabajo como psiquiatra en una institución pública a la que pertenezco y siento mía

En este trabajo hablaremos del cuerpo que tratamos como clínicos, el cambio de paradigma que la tecnociencia trae en el siglo XXI con respecto a este cuerpo y cuyas consecuencias entre otras es el predominio de los **big data** y la **MBE** y para terminar analizando lo que esto puede suponer en la relación con el paciente y el sometimiento que aparece en los clínicos con respecto a esta praxis. Analizaremos las razones por las que a nuestro juicio esta tan poco presente el pensamiento crítico. Comenzaremos pensando en el cuerpo que atendemos como clínicos.

La soledad del cuerpo.

Sostiene **Francisco Pereña [1]** que la soledad y el sinsentido son primarios y connaturales a la precariedad del ser humano. **Freud [2]** establece una correspondencia entre asistencia ajena (*Fremde Hilfe*) y desamparo inicial (la celebre *Hilflosigkeit*). Esa asistencia ajena que Freud liga a la moral y al lenguaje como su fuente, es característica propia del cuerpo humano desde su nacimiento.

El cuerpo humano deja de ser cuerpo de las necesidades y pasa a ser cuerpo de las demandas.

Esa dependencia del otro (sin la que no podría uno sobrevivir biológicamente), ese tejido de demandas, da al conflicto pulsional un carácter moral (uno debe plegarse al otro del que recibe ayuda; Freud sitúa la fuente de los motivos morales en ese plegamiento al otro); esto deja al cuerpo marcado por la soledad, necesitado de apego y con frecuencia expuesto a humillación, la humillación al menos reiterada de una demanda sin respuesta.

Freud asocia esta condición del cuerpo a la “*vivencia de satisfacción*”. Como esta satisfacción esta subordinada a una demanda y por consiguiente a la intervención de un otro, termina por producirse una confusión entre quien alimenta y el alimento mismo. Así se ve como un niño enfadado con la madre, rechaza el alimento, como si con esto dañara al que lo provee (**no quiero lo tuyo**), desplazando lo que en principio sería una demanda de alimento que provienen del hambre, por una demanda proveniente de la madre que quiere que el hijo coma. Los signos del amor y del poder estar enredados desde tiempos tempranos.

Ya no se trata en este ejemplo de satisfacer el cuerpo viviente, sino de protestar o someterse a esos otros que nos cuidan y nos gobiernan (la violencia primaria de la que habla **Piera Aulagnier [3]**) y que deciden supuestamente nuestros deseos y demandas.

Cada vez que se abre esta cuestión del desamparo inicial, se precipita lo que luego en la vida del ser humano se interpretara como vínculo sadomasoquista con el otro; pero el punto de origen del mismo, y lo que queremos recalcar hoy, es la soledad corporal.

La soledad del cuerpo, un cuerpo que atendemos en nuestras consultas del hospital, que teorizamos, clasificamos y estudiamos en las facultades. Si el cuerpo viviente tuviera un orden natural de las satisfacciones y esa parece ser la propuesta o la aspiración que a veces se tiene en la enseñanza del mismo en la facultad, no cabría la soledad. Cada animal cuenta con la consistente compañía de su cuerpo. Tanto el acercamiento como el rechazo están regulados por el programa de la supervivencia corporal. En palabras de **Heidegger [4]**:

“El ser humano podría definirse como la criatura que fracasó en su ser animal (Tiersein) y en su permanecer animal (Tierbleiben).”

Pero ante esa soledad, la pertenencia se hace una necesidad urgente del sujeto; y ante ese fracaso biológico el hombre se lanzó a la conquista del mundo empuñando su arsenal cultural. La acumulación de saberes y técnicas forma parte de ese proceso: la evolución cultural.

El cuerpo del hombre postorgánico.

Este es un concepto de una psicoanalista, llamada **Paula Sibylla [5]**. Dicha autora reflexiona sobre los procesos de hibridación organo-tecnológica y las metáforas que los sustentan, en esta época donde la medicina se plantea la inmortalidad como una asíntota a alcanzar.

Se pregunta Sybilla: “¿*Qué tipo de saber es el que*

[1] Pereña F. (2007) Soledad y pertenencia. Ed. Síntesis, Madrid.

[2] Freud S. (1927) El malestar en la cultura. O.C. Tomo XXI, Amorrortu ed., Buenos Aires

[3] Aulagnier P. (2001) La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Ed Amorrortu, Buenos Aires.

[4] Heidegger (1927)[1995] Ser y tiempo. Ed. Trotta, Madrid

[5] Sibylla P. (2006) El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. Ed. Fomndo de cultura económica de España, Buenos Aires.

entiende al cuerpo humano como una configuración orgánica condenada a la obsolescencia y lo convierte en un objeto de la postevolución? (cuando escribía esto, aparece en un artículo de prensa que un ingeniero granadino idea un proyecto de microdispositivos - *chips* - para curar enfermedades con impulsos eléctricos internos).

Una respuesta posible apela a los estudios del sociólogo y epistemólogo portugués Hermínio Martins, quién sostiene que se trata de una tecnociencia de vocación fáustica, cuya meta consiste en superar la condición humana. Por eso, en los saberes hegemónicos contemporáneos figuran ciertas tendencias *neo-gnósticas*, que rechazan el carácter orgánico y material del cuerpo humano y pretenden superarlo, buscando un ideal aséptico, artificial, virtual e inmortal.

La medicina en siglos pasados tenía la idea de un cuerpo-maquina. Así en el libro de **Praxis Medica**, escrito en siglo XVIII por el profesor de anatomía Giorgio Bagliví, que resume los conocimientos de la época, **el cuerpo humano se describe como una gran máquina compuesta por otros pequeños artefactos y regida por leyes mecánicas.**

Ya en pleno siglo XXI, no hay dudas de que el panorama ha cambiado: el orden mecánico que regia el mundo de acuerdo con las leyes físicas newtonianas ha sido desacreditado y tanto el hombre como la vida claman por nuevos fundamentos. El destino de los seres humanos como perfiles de información parece haber cambiado; el locus humano ahora está cifrado en sus genes o en sus circuitos cerebrales (un ejemplo, el anhelo de la psiquiatría biología de poder reconstruir y situar el pathos en los circuitos neuronales medidos con las técnicas de neuroimagen).

Mientras se va esfumando la metáfora del hombre-máquina aparece en su lugar el modelo del hombre información. En los laboratorios donde se realizan las investigaciones y los descubrimientos biotecnológicos, los materiales genéticos se fusionan con los dispositivos informáticos. El análisis de los datos, cruzados sin sentido a priori, los *Big*

Data, se convierten en la nueva herramienta que nos dará información sobre ese hombre.

La computadora, la red, la información almacenada, la herramienta estadística van colonizando cada vez más el espacio médico, ese que una vez fue íntimo con el paciente y garante del encuentro de dos subjetividades.

La medicina basada en la evidencia.

La MBE como **corriente o movimiento**, tiene su origen en los años 80 del siglo XX en la **Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster de Ontario, Canadá**, donde un **grupo de clínicos y epidemiólogos reunidos y liderados por Sackett, proponen una forma de acercamiento a la toma de decisiones que supone un cambio de paradigma en la práctica de la medicina.**

El término de MBE, se define como un proceso cuyo objetivo es el de obtener y aplicar la mejor evidencia científica en el ejercicio de la práctica médica cotidiana.

Para eso se **requiere la utilización juiciosa y explícita de las mejores «evidencias»** disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario de los pacientes.

Tras su creación y de forma simultánea grupos investigadores de **universidades cercanas, de Quebec y Massachusset**, comienzan aplicando dicha **Medicina en sus respectivos centros**, hecho que permitió una rápida **globalización** de ese nuevo paradigma médico, que a día de hoy es predominante.

En palabras textuales de Mulrow [6] *“La MBE no solo es un simple concepto sino que constituye una estrategia de trabajo, cuyo objetivo fundamental es*

[6] Murlow (1994) “Rationale for systematic reviews”. BMJ.

el perfeccionamiento de esta actividad". Y a fe que lo ha logrado si uno atiende a las frecuentes citas y apelación a su uso que nuestros gerentes, directores y demás gestores del sistema sanitario expresan.

Inmersos como hemos dicho en un mundo donde la computación, los datos, el análisis de los mismos, se ha convertido en la nueva deidad a seguir, **la MEB se sitúa en el top de la práctica médica.**

En un artículo muy interesante Berrios [7] profesor emérito de epistemología de la psiquiatría en la Universidad de Cambridge, muestra su inquietud por la expansión de la MEB, y desmonta las falacias que se esconden detrás de su postura hegemónica.

Para Berrios, tras analizar cuestiones como que es la verdad científica, la ambigüedad semántica de la palabra "evidencia" tal como es usada en la MBE y el cambio en las corrientes de la filosofía de la ciencia que sembraron las condiciones óptimas para el surgimiento de la misma, nos dice que lo más dañino de esta práctica es que en palabras suyas: se origina en una perversión epistemológica más profunda, resultante de la reificación de la actividad prescriptiva y del tratamiento de las personas que padecen un trastorno mental. Esta reificación, a su vez, está relacionada con las necesidades de una economía *neo-capitalista* de abrirse a nuevos mercados y de crear nuevas necesidades de consumo.

Para Berrios "**reificación**" significa cosificar, **convertir las relaciones humanas en cosas u objetos inanimados**, despojándolas de todo dinamismo, valor personal e importancia. Con esta maniobra **las relaciones humanas por sí mismas ya no pueden explicar el cambio terapéutico**, por consiguiente, **cualquier cambio** que sea medido por "*estudios de resultado*" **ha de ser atribuido al ingrediente "activo", esto es, al fármaco** en cuestión.

El actual sistema sanitario, invadido por el lenguaje y las propuestas de la economía liberal (ya no se

habla de pacientes, sino de clientes o usuarios, el acto médico ahora es un proceso y hay que monitorizar los procesos, ver los fallos, hacer propuestas de mejora, los médicos somos expendedores de salud...) se despliega como un gran hermano que vigila a sus trabajadores (a los médicos de atención primaria se les monitorizan las prescripciones, el número de recetas, las peticiones de pruebas complementarias...; **En un hospital privado cercano a la ciudad que vivimos cada psiquiatra cuenta de entrada con un presupuesto para gastar en pruebas complementarias, y todo lo que no gaste de él, puede cobrarlo en sus honorarios como complemento de productividad**). Todo ello en aras de una buena utilización de los recursos, de una economía de mercado al servicio del cuidado de la salud.

La salud además pasa a ser un bien de consumo, algo que, dentro de esta ley del mercado puede ser ofertada y comprada. Junto a ello, adviene una moda, que ya lleva desarrollada en EEUU (el país liberal por antonomasia) tiempo, y es la de la medicina defensiva. Puesto que el ejercicio de la medicina permanecerá para siempre como un arte imperfecto, una industria defensiva ha nacido para "proteger" a los médicos de la venta de bienes defectuosos y esto ha incrementado el ya alto presupuesto sanitario. La MBE crece con fuerzas en este contexto ya que vende "evidencia" a los abogados, tanto de los vendedores como de los compradores de salud.



Y en el medio de este hambriento frenesí, donde todos quieren hacer una "**diferencia monetaria**

[7] Berrios (2017) Acerca de la medicina basada en la evidencia. www.laotrapsiquiatria.com 2017/10

honesto”, la vieja relación médico-paciente y el viejo paciente sufriente desaparecen para siempre.

Y lo peor de todo es que a los clínicos, y los médicos en particular se nos pide una adscripción disciplinaria a este tipo de medicina, con sus teorías y protocolos de actuación, para desconsideración del sujeto como tal; del que tenemos enfrente como paciente y del que habita en nosotros mismos.

El sometimiento.

*¿Pero dónde está el pensamiento crítico?
¿Por qué comulgamos con esta propuesta?*

Pensamos que hay **tres razones para contestar a esta pregunta.**

La **primera** sería la **preponderancia de la lógica formal en el pensamiento y en el quehacer médico.** Expliquemos esto:

En 1925 el filósofo **George Moore [8]**, dio a conocer una paradoja a la que Wittgenstein llamó “**paradoja de Moore**”. Esta paradoja **usando oraciones indirectas con verbos como creo, supongo, prefiero... puede aseverar algo y al mismo tiempo ponerlo en duda.**

Lo curioso del asunto es que **el mismo Moore consideró su paradoja una absurdidad** (Moore era un **empirista**) y fue Wittgenstein el que la puso en valor al destacar que:

No hay absurdidad ninguna en suponer que ambas proposiciones de la paradoja sean ciertas. Lo absurdo sería “aseverar” que lo sean.

Julio Moreno [9] psicoanalista argentino resalta este hecho, es decir, **no es lo mismo suponer que afirmar.** Para él, el acercamiento del niño con los enigmas de la vida y las relaciones con sus padres tie-

ne mucho que ver con esta paradoja, y advierte la sorprendente propiedad del pensamiento humano que tiene la posibilidad de creer y no creer al mismo tiempo en algo.

Nosotros creemos que tanto en el pensamiento crítico como en la evolución del conocimiento humano y de la mente del niño se trata de sostener incógnitas para lo cual es apropiado “suponer” ya que deja abierta la posibilidad de no creer. Mientras que el aseverar daría lugar a una posición cerrada. Estaríamos en lo que **Walter Benjamin [10]** llama la “**dialéctica en suspenso**”, es decir un tiempo de vacile que no exige definiciones.

El **discurso científico sostiene que sólo es creíble aquello que es verificable**, aquello que sólo las causas justifiquen su existencia y no parece haber nada que quede fuera del principio de razón suficiente. La prevalencia de este discurso en las instituciones y quehacer médico actual **fomenta la preponderancia de una lógica formal que no permite el pensamiento paradójico y por tanto estrecha y cercena el pensamiento crítico**, pues no permite creer y dudar de esa misma creencia al mismo tiempo.

La **segunda razón**, es “**la necesidad de pertenencia frente a la soledad radical del cuerpo**”.

Porque hay una necesidad de pertenencia, que proviene de que se parte como hemos señalado antes de un exilio de la naturaleza, que esa desnaturalización, esa pérdida, ese destierro impulsa una búsqueda de apropiación y pertenencia.

Señala Sybilla que “*en la sociedad contemporánea, marcada por cambios rápidos y constantes, imperan ciertas técnicas de poder cada vez menos evidentes, pero más sutiles y eficaces. Mecanismos de antaño ganan sofisticación, algunos se intensifican y otros cambian radicalmente*”.

A medida que pierde fuerza la vieja lógica mecánica (cerrada y analógica) de las sociedades dis-

[8] Moore G.E. (1903) Principia Ethica. Cambridge University Press, Londres.

[9] Moreno J. (2015) El psicoanálisis interrogado. De las causas al devenir. Ed. Lugar, Buenos Aires.

[10] Benjamin W. (2007) Sobre el concepto de historia. En Conceptos de filosofía de la historia. Ed Terramar, Madrid.

ciplinarías, **emergen nuevas modalidades digitales [abiertas, fluidas, continuas y flexibles]** que se dispersan aceleradamente por toda la sociedad. Por eso, la **nueva configuración social se presenta** como totalitaria en un nuevo sentido: nada parece quedar fuera de control.

Se esboza el surgimiento de un nuevo régimen de poder y saber, asociado al capitalismo de **cuño postindustrial**; y paradójicamente esto se **amalgama con la necesidad de pertenencia del ser humano**, pero ya no es una pertenencia construida en un vínculo presente, sino digital, virtual.. (plasmada en whats app, chats, direcciones webs, mails...).

Y la **tercera razón es La estructura de las organizaciones sanitarias** “*invadidas de un modelo empresarial. y capitalista*”.

Muchas veces nos hemos preguntado cómo los profesionales del ámbito sanitario hemos aceptado una propuesta gerencial propia de la cultura empresarial y como nuestro psiquismo ha sido puesto en resonancia con ella. Nos preguntamos también cuál es el precio a pagar conscientes de que la sobrecarga de trabajo pone en peligro las condiciones subjetivas que propician la imaginación y la creatividad y por el tipo de resortes afectivos y cognitivos se activan.

Christophe Dejours [11] que es un psiquiatra y psicoanalista profesor del Conservatorio Nacional de Artes y Oficios y director del Laboratorio de Psicología del Trabajo en Francia, autor de *Trabajo y sufrimiento*, en un artículo sobre hiperactividad profesional **se pregunta sobre el masoquismo y la compulsividad. Intenta desarrollar este concepto de hiperactividad profesional definiéndolo sobre la base de la observación externa por la simple comparación del tiempo consagrado al trabajo respecto a una comunidad de referencia.** Se refiere solamente a la cantidad y duración del trabajo, no a la calidad que no puede evaluarse por observación directa. Podría diagnosticarse también Hiperactividad profesional cuando el propio

trabajador es el que considera que tiene una carga excesiva que no logra disminuir, que le es impuesta o que se impone a sí mismo a su pesar.

En contraste con esto estaría la compulsión y la dependencia psíquica a la actividad y la incapacidad de concederse gozar tiempo de descanso relacionada con la teoría de la adicción (McDougall [12])(1978).

A nuestro modo de ver **no es casualidad que el desarrollo de esta práctica de la MBE coincida con la organización gerencial del trabajo en las instituciones de salud. Desde 1980 ambas caminan de la mano** marcado una manera de hacer y relacionarnos con nosotros mismos y con el sufrimiento de nuestros pacientes. En esta fecha se produce una transformación cualitativa, una evolución de las relaciones sociales frente al sufrimiento, la infelicidad o la injusticia.

Christophe Dejours en Trabajo y Sufrimiento nos explica cómo **esta evolución que se caracteriza por la atenuación de las reacciones de indignación y movilización colectiva se relaciona con la duda, la reserva y la indiferencia.**

En este clima comienzan a implementarse los nuevos métodos de gestión y dirección de las instituciones sanitarias promoviéndose dinámicas que provocan el sufrimiento de los profesionales que temen no poder satisfacer las exigencias, ni estar a la altura de las obligaciones de la organización del trabajo. Obligaciones de tiempos, ritmos, formación, información, aprendizaje, nivel de conocimientos, experiencia, rapidez en la adquisición de habilidades intelectuales o prácticas.

Básicamente hay un temor a la incompetencia.

La formación médica se inicia en la actualidad tras un proceso de selección en el que los estudiantes tienen que dar muestras de una motivación sin fallas. La propensión al esfuerzo y a la dis-

[11] Dejours C. (2009) Trabajo y sufrimiento. Ed. Modus Laborandis, Madrid.

[12] McDougall J. (1978) Alegato por una cierta anormalidad. Paidós, Buenos Aires.

ciplina son indispensables para ser seleccionados. **Durante la formación MIR los jóvenes deseosos de mostrar su empeño en esta especie de élite aceptan todo tipo** de tareas sin escurrir el bulto a nada. **Esto da lugar a situaciones de sometimiento** muy penosas que se **perpetúan durante generaciones** y que se complican por un déficit crónico de personal. Nadie se escandaliza de las condiciones que se imponen a las nuevas “hornadas” de residentes y que supuestamente forman parte de su entrenamiento.

Nadie se escandaliza tampoco de que estos profesionales posteriormente, con una trayectoria formativa y laboral tan exigente no consoliden su puesto de trabajo a edades en algunos casos más cercanas a la jubilación que al inicio de sus carreras. Quedan a merced de esta nueva organización del trabajo en la que los tiempos muertos han desaparecido, el “índice de compromiso” es más extenuante que en el pasado y no hay forma de soslayar individual o colectivamente las exigencias de la organización.

La preocupación principal desde el punto de vista subjetivo es la resistencia, la capacidad de aguantar sin claudicar y sin dejarse vencer por el desgaste.

Así que por un lado está el temor a la incompetencia, por el otro el hecho de que nos vemos forzados a trabajar mal debido a esta demanda y a este ritmo infernal.

Hay otro factor importante a tener en cuenta, **en la actualidad el sujeto que sufre por la relación que tiene con su trabajo se ve en la obligación de impedirse la expresión pública de dicho sufrimiento.** Corre así el riesgo de situarse afectivamente en una indisposición e intolerancia frente a la emoción que activa el sufrimiento ajeno.

Los efectos de la “reificación” producto de la MBE son devastadores, porque si las relaciones humanas ya no intervienen como posibilidad de marcar una diferencia el encuentro del paciente con el médico se convierte en un ritual mortecino y obsesivo para ambos. **La soledad ya no es entonces solo de los cuerpos sino de dos sujetos para los que el sufrimiento debe ser negado.** El resultado es una **compulsión a la repetición desesperada que abarrotta dispensarios públicos y privados.** Una demanda voraz e insaciable por un lado y el agotamiento y la falta de sentido por otro.

Esto es lo que padecemos unos y otros en nuestras consultas. Por un lado como señalaba Juan está el **cuerpo marcado por la soledad y necesidad de apego,** con una demanda de amor a la que no puede dar respuesta la omnipotente MBE que quiere que el “hijo coma”.

El sometimiento se ejerce en dos tiempos, primero el que afecta al profesional que se ve obligado a funcionar con guías y protocolos dejando en suspenso su capacidad de pensar y que no puede apropiarse de una narrativa ni responsabilizarse de ella. **El segundo tiempo es el del paciente que tiene que plegarse a los dictados de prescripciones que nunca satisfacen sus deseos de reconocimiento ni la necesidad de ser acompañado en su padecer.**

Carl Eduard Rudebeck [13] que es uno de los pensadores más relevantes sobre valores y fundamentos del trabajo **en un artículo** titulado “*Cómo se desarrolló la práctica de la medicina general y por qué se desautoriza en el sistema de salud contemporáneo*” **nos habla de un modelo de atención médica basado en la relación .** Propone que el trabajo de un buen generalista se basa en la construcción de relaciones esenciales para prestar un trabajo adecuado. **Este enfoque trasciende el campo de la medicina general para aplicarse en el ámbito de la medicina especializada.**

Dicha relación no sería un mero acuerdo formal sino que supone el establecimiento de “una obli-

[13] Rudebeck C.E. (2002) Imagination and empathy in the consultation. British Journal of General Practice 2002; 52 (479): 450 - 453.

gación de reconocimiento mutuo, lealtad, confianza y estima”.

Hablaríamos entonces de una Medicina basada en la Relación que contrata con esta otra basada en protocolos e indicadores. Este autor es crítico con los responsables en materia sanitaria y con su cuadro de mandos “*perfectamente engrasados*”, señala también la **responsabilidad de los profesionales a los que nos propone “crear islas de independencia” donde desarrollar y proteger dicho modelo.**

Esta es también nuestra propuesta **un modelo de organización que tenga en cuenta la propia vulnerabilidad del sistema y de las personas.** Que fomente una organización de la tarea más acorde con las necesidades subjetivas de usuarios y profesionales y donde se den espacios de discusión y encuentro interdisciplinar para la reflexión y la autocrítica.

La idea es pensar si aún estamos a tiempo de revertir esta manera de trabajo sin sentido y que puede acabar en el agotamiento de profesionales y recursos. Hacer consciente este malestar que de una manera u otra nos acompaña. **Y reflexionar hasta qué punto la falta de pensamiento crítico nos somete a una demanda voraz y peligrosa.** Pensar cómo puede frenarse este consumo, este hambriento frenesí.

Cuando Sabiduría y Experiencia caen bajo sospecha y nuestro quehacer principal se convierte en rendir y verificar datos. Y la pregunta final: ¿De qué manera podemos en este campo articular una resistencia que nos permita poniendo cuerpo y subjetividad en primer plano frenar esta deriva y devolver a la actividad médica una dimensión humana?

¿Como se pone cuerpo y subjetividad en primer plano?

Cuidando el espacio compartido y en la medida de lo posible un ritmo sosegado. Luchando contra la sensación de deuda siempre presente en nuestras contabilidades. Compartiendo y haciendo equipo,

fomentando una “*mente ampliada*”. Dando lugar a la espontaneidad y a los afectos compartidos. **Frenando, no creciendo.**

CARLOTA IBAÑEZ
JUAN RODADO
