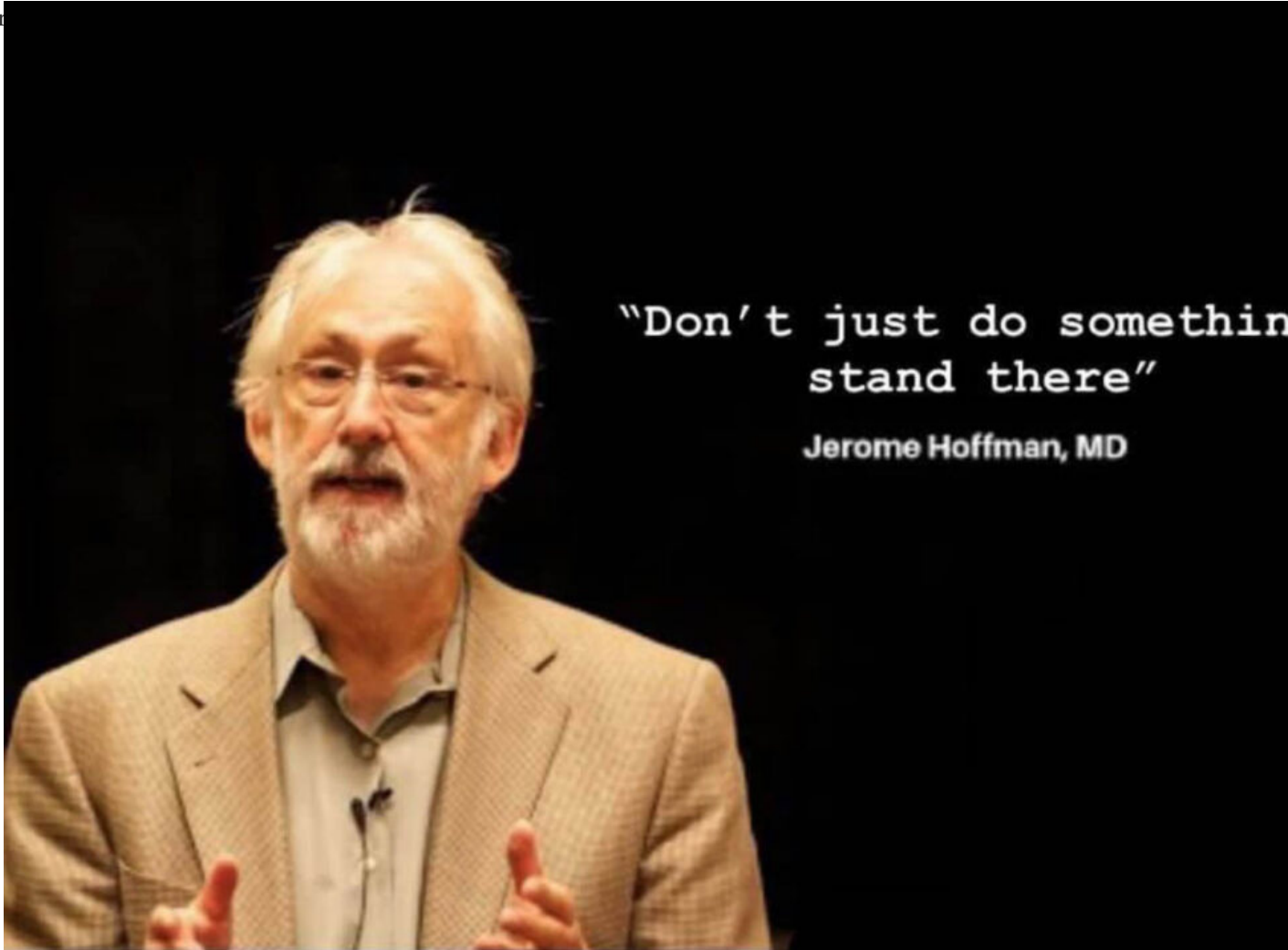


Breves apuntes autobiográficos ficcionados de un médico emérito*

Doctutor



Resumen: La autobiografía es una modalidad de la medicina narrativa que nos ofrece la perspectiva biográfica de su protagonista contada por él o ella mismos. En esta colaboración ofrecemos una breve ?autobiografía ficcionada? en la que un médico y académico americano con experiencia, el Dr Jerome Hoffman, podría compartir, resaltando algunos mensajes de enorme interés para la práctica de una medicina responsable y comprometida.

Brief fictionalized autobiographical notes from a retired physician*

Abstract: Autobiography is a form of narrative medicine that offers us the biographical perspective of its protagonist as told by him or her. In this collaboration we offer a brief ?fictionalized autobiography? in which an experienced American physician and academic, Dr. Jerome Hoffman, could share with us, highlighting some messages of enormous interest for a responsible and committed medical practice.

Me llamo **Jerome Hoffman** y ahora soy un emérito, es decir un jubilado. Estudié medicina y durante mas de 40 años me dediqué a los tres tipos de trabajo que puede hacer un médico, al menos un médico de estilo tradicional, es decir, más bien un clínico al uso y un académico formal. En relación a mi labor asistencial, prácticamente todo este trabajo clínico lo desarrollé en urgencias. Mi docencia, sin embargo, fue mucho más amplia, tanto dentro como fuera de la universidad, y si bien se centró en enseñar aspectos relacionados con mi trabajo clínico, impartí docencia en un ámbito mucho más amplio, tanto en mi país como en otros lugares. Por otra parte, también he investigado, y mi investigación se centró en diversos ámbitos, pero principalmente en lo que se conoce como

investigación de servicios sanitarios.

Cultivar y mantener una actitud escéptica

Creo que a lo largo de mi vida profesional he acompañado mi experiencia laboral y académica con una continua duda sobre la utilidad y la veracidad de los problemas clínicos o docentes que se me presentaban y de cómo estos se resolvían, por esto me he considerado un escéptico y así creo también que he sido considerado por mis compañeros y mi entorno. Sin embargo, aunque admito que soy un escéptico y ahora con la perspectiva que me da la jubilación efectivamente reconozco mi escepticismo, tengo que decir que no soy un cínico. Hay una gran diferencia. Hoy vivimos en una época en la que hay una desconfianza generalizada hacia los "expertos", y también hacia la ciencia. Mis cuestionamientos a la "sabiduría" recibida nunca se han basado en eso; se basan más bien en la desconfianza hacia lo que llamo "mala ciencia" y la "falsa experiencia".

Cuando era un residente en los años 70, se esperaba que hiciéramos lo que nuestros superiores nos decían, sin hacer preguntas. Incluso preguntar: "¿Por qué hacemos esto de esta manera?" estaba mal visto y ciertamente no podíamos cuestionar nada de lo que nos decían. Sin embargo, en esa época, muy poco de la práctica médica se basaba en evidencia científica. Y era obvio para cualquiera que prestara atención, que al menos algo de lo que hacíamos no tenía sentido. Por ejemplo, en mi época de residente en medicina interna, recibíamos rutinariamente mucho dinero por hacer estudios que precisaban análisis de laboratorio y radiografías que todos en nuestro equipo sabían que no eran relevantes para nuestros pacientes, e incluso ignorábamos con frecuencia los resultados "anormales" que se recibían precisamente porque sabíamos que no eran relevantes. Pero lo curioso es que era aún peor si no ignorábamos esas pistas falsas, ya que en su mayoría conducían a una búsqueda inútil que solo podía perjudicar al paciente. De manera similar, unos años después, cuando trabajaba en urgencias, recuerdo que pregunté a todos los que pude sobre la utilidad real de colocar un tubo enorme en el esófago de los numerosos pacientes con sobredosis que veíamos (una práctica estándar en todas partes en ese momento), pero lo único que recibí como respuesta fue "así es como lo hacemos".

Para empeorar las cosas, la medicina era extremadamente jerárquica y nunca se nos pedía, ni siquiera se nos permitía, pensar críticamente. Esa jerarquía se reflejaba en una distancia enorme entre el superior y el residente o el estudiante que te inhibía el ni siquiera plantear una pregunta y que hoy día resulta patética. Después de moverme en círculos de crítica literaria, donde se elogiaba el generar nuevas ideas, me sentí particularmente descontento con esta visión tan diferente de la "enseñanza".

Cinco años después de terminar la carrera de medicina conocí a un profesor/mentor que abordaba la medicina con curiosidad intelectual y tuvo una gran influencia en mí. Un poco después de incorporarme a la facultad, un colega unos años mayor que yo me pidió que diera una breve charla a los médicos de un centro de salud local sobre "métodos de investigación". El único problema era que yo no sabía casi nada sobre el tema así que pasé las siguientes semanas intentando fervientemente formarme sobre ello. Eso supuso que me interesara sobre el tema y así supuso el inicio de muchos años de trabajo en esta área, que finalmente se convirtió en mi especialidad. Sin embargo, a corto plazo, simplemente me hizo darme cuenta de que la mayoría de los "estudios" que leía en las revistas médicas tenían poca relación con la ciencia.

Afortunadamente, la llegada del movimiento de la "medicina basada en la evidencia" (MBE), ayudó a precipitar un cambio en todo esto, aunque creo que es igualmente probable que coincidiera con otras presiones para mejorar el conocimiento médico. En muchos sentidos, las cosas están hoy mucho mejor, aunque lamentablemente, siguen estando lejos de ser buenas. Como acotación al margen, quisiera comentar aquí que no quiero desviarme hacia una discusión sobre la MBE, pero debo decir que, si bien soy un entusiasta partidario de la mayoría de sus principios básicos, soy muy crítico con la forma en que algunos de sus más abiertos seguidores han tratado de transformar la MBE en una especie de religión.

Esto me llevó también a tratar de investigar aspectos que desafiaran la práctica común. Gran parte de lo que se publica en las revistas médicas analiza un proceso diagnóstico o terapéutico propuesto en términos del beneficio que podría aportar... con una pequeña concesión a posteriori (y en letra pequeña) a los posibles daños. Pero incluso si, por ejemplo, al realizar una tomografía computarizada a una persona con bajo riesgo "solo para estar seguros" se detecta algo oculto y peligroso y (digamos) se salva a una persona de cada mil, no es un buen negocio si en el proceso se dañan gravemente a otras tres personas (por dar un número). Realicé muchos estudios sobre las pruebas, en los que preguntábamos sobre los beneficios y los daños de las pruebas y los

comparábamos. Esto a menudo me llevó a cuestionar lo que era una práctica generalizada.

Sin embargo, creo que esto no fue lo que me dio la fama de escéptico. Como mencioné antes, pasé mucho tiempo estudiando y luego enseñando sobre cómo se hace (o debería hacerse) ciencia. Durante muchos años, a principios de los 80, fui coanfitrión, cada mes, de lo que ahora llamaríamos un blog/podcast, en el que un par de nosotros revisábamos la literatura médica más reciente y de más calidad. Este programa se volvió bastante popular y con el tiempo tuvo muchos asistentes, y creo que era principalmente porque manteníamos el diálogo humorístico, supongo, pero también, quiero creer que los asistentes pensaban que estaban aprendiendo algo. Desafortunadamente, cuanto más aprendía sobre las formas en que la investigación puede estar sesgada y, por lo tanto, llegar a conclusiones erróneas, más a menudo hablaba no solo sobre lo que el estudio pretendía probar, sino también sobre por qué en realidad no deberíamos creérnoslo. Con el tiempo, también me invitaron a muchas conferencias y programas de capacitación para hablar sobre esos fallos en la literatura médica. El artículo de revista médica más citado se titula '¿Por qué más de la mitad de lo que se publica es incorrecto?', y una vez que comprendes lo fácil que es hacer estudios diseñados para llegar a una conclusión concreta, independientemente de si esa conclusión es la correcta o no, resulta igualmente fácil entender por qué el título de ese artículo es preciso. Y hay abundante evidencia de que los sesgos de la investigación y los resultados distorsionados son particularmente frecuentes cuando la investigación la realiza una empresa que intenta venderte algo.

También es importante reconocer que estos factores que impulsan la 'mala ciencia' y conducen a una mala práctica no se deben únicamente a empresas que tienen un motivo adicional. Podríamos dedicar mucho tiempo a hablar de los sesgos de las principales revistas médicas, que obtienen una gran parte de su presupuesto de la industria, y de los programas académicos de lo que a menudo se denomina 'Universidad S.A.' debido a los enormes ingresos que obtienen de la investigación privada, e incluso de las agencias gubernamentales que a menudo se caracterizan apropiadamente como sirvientes de la industria. Esto mismo en nuestros días es, por cierto, algo que se extiende ya a cualquier ámbito de la información mediática.

El problema del sobrediagnóstico en medicina

Otro aspecto que me ha interesado mucho y al que he dedicado en mi vida profesional trabajos escritos y charlas es el del sobrediagnóstico. Debo decir primero que creo que el término 'sobrediagnóstico' es un poco desafortunado, ya que la mayoría de las personas piensan que se refiere a falsos positivos, es decir, cuando una prueba sugiere una enfermedad que en realidad no existe. Pero lo que se llama sobrediagnóstico en realidad se refiere a una prueba que es verdaderamente positiva, es decir, diagnostica una enfermedad que sí existe. El problema, sin embargo, es que hoy en día, cuando diagnosticamos algo que en el pasado siempre habíamos considerado peligroso, en realidad puede que no suponga un riesgo tan grande, si es que supone alguno. Esto se debe en parte a que muchas tecnologías modernas pueden encontrar 'cada vez más o cada vez menos', y en parte a que recientemente nos hemos obsesionado con 'detectar una enfermedad de forma temprana', mediante pruebas de detección, y una 'enfermedad' detectada mediante una prueba de detección es muy diferente a esa misma enfermedad cuando se diagnostica en un paciente que ya presenta síntomas.

Cuando realizamos una prueba de detección, analizamos una población general en la que la enfermedad no es común y entre un grupo de personas que no parecen correr ningún riesgo particular. Por lo tanto, si analizamos un grupo de 10.000 personas en el que solo una tiene la enfermedad, es posible que solo podamos ayudar a esa persona, mientras que esa prueba de detección podría conducir a una cascada de eventos que podrían perjudicar a las 10.000 personas. E incluso si se trata de una prueba inusualmente precisa, con muy pocos falsos positivos y falsos negativos, existe el problema del sobrediagnóstico.

El cribado del cáncer de próstata es probablemente el ejemplo perfecto de este concepto. Cuando se realiza una autopsia a un hombre de 80 años que ha muerto por algo que no tiene nada que ver con su próstata, hay un 80 por ciento de posibilidades de encontrar células cancerosas en su próstata. La probabilidad sube hasta un 90 por ciento en hombres de 90 años. Es decir, todos estos hombres murieron con cáncer de próstata, en lugar de a causa de él. Nunca supieron que lo tenían y no sufrieron consecuencias por ello. Pero si el 'cáncer' se hubiera identificado mientras estaban vivos? sin duda se habrían sometido a muchas más pruebas y 'tratamientos', por los que muchos de ellos seguramente habrían sufrido daños significativos.

Reconozco sin embargo, que es difícil para un paciente ignorar algo que ha sido etiquetado como cáncer. Pero sí, desde el punto de

vista de los beneficios y los daños, encontrar una "enfermedad" tan "verdadera" pero casi siempre inofensiva casi con certeza, haría más daño que bien. Por eso algunos de nosotros creemos que el truco es evitar buscar verdaderos positivos que, en realidad, son en primer lugar un sobrediagnóstico.

Es importante señalar aquí que esto es completamente diferente en el caso del cáncer de próstata clínico, el que se descubre mediante pruebas de diagnóstico, en lugar de mediante pruebas de detección. El cáncer de próstata clínico es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, y cuando se detecta en un paciente con síntomas preocupantes, nunca se lo debe ignorar.

El sobrediagnóstico y su capacidad de causar daños también es, sin duda, aplicable no sólo a muchos tipos de cáncer, sino también a muchas otras enfermedades. Por ejemplo, es probable que todos tengamos pequeños coágulos de sangre en las arterias pulmonares. De hecho, una de las funciones fisiológicas de las arterias pulmonares es eliminar los pequeños coágulos antes de que puedan pasar a la circulación sistémica y causar un problema terrible como un derrame cerebral. Por lo tanto, los pequeños coágulos son normales y, por lo general, no suponen un gran problema. Pero ahora que disponemos de pruebas muy sensibles, como las tomografías computarizadas del tórax, que pueden detectar estos pequeños coágulos, hemos aumentado drásticamente el número de diagnósticos de "embolia pulmonar" (EP) que realizamos. Desafortunadamente, confundimos estos diagnósticos (que a menudo se realizan en pacientes que presentan, como mucho, síntomas mínimos) con los diagnósticos de EP que, en el pasado, sólo buscábamos y, por lo tanto, solo realizábamos en pacientes que estaban clínicamente muy enfermos. No es sorprendente entonces que excelentes estudios demuestren que el sobrediagnóstico de EP no ha disminuido en absoluto el número de muertes, pero sí ha aumentado el daño debido a un "tratamiento" enormemente mayor.

Pienso que una mejor tecnología es, en el mejor de los casos, un arma de doble filo. La gente dice: "Bueno, habrá que esperar a que tengamos mejor tecnología: eso lo aclarará todo. Podremos distinguir lo que es bueno de lo que es malo?". Pero, creo que en realidad es lo contrario. Si tuviéramos un microscopio electrónico de tomografía computarizada, sin duda "diagnosticaríamos" que todo el mundo está a punto de morir de un sinnúmero de "enfermedades" diferentes, lo que en realidad debería entenderse como sobrediagnósticos.

La influencia de la industria farmacéutica en el médico

Otro aspecto sobre el que un médico no puede dejar de reflexionar relacionado con el problema del sobrediagnóstico es el papel que desempeñan los fabricantes de medicamentos. Hay un libro magnífico de Ray Moynihan que aborda en detalle lo que él llama perspicazmente "la creación de enfermedades". Pero todo lo que hay que hacer es ver algunos de los miles de anuncios farmacéuticos en la televisión para saber de qué se trata. Por supuesto, las compañías farmacéuticas no sólo influyen en los pacientes; también gastan una fortuna en hacer lobby. Pero lo que más me ha interesado ha sido la forma en que influyen en los médicos. A principios de los años 1980, me uní a un grupo llamado "No Free Lunch", que abordaba la influencia de los llamados "regalos" de la industria farmacéutica, como los almuerzos "gratuitos", que los representantes de los medicamentos solían ofrecer a los médicos en aquella época.

Cuando di mi primera charla sobre este tema para residentes y estudiantes, señalé que, una vez que uno acepta algo de alguien, inevitablemente eso conduce a sesgos cognitivos que influirán en su comportamiento. Pero los residentes, con quienes por lo demás tenía una excelente relación, obviamente estaban bastante descontentos no sólo con lo que yo decía, sino también conmigo. Esto podía entenderlo, porque en aquella época, los residentes trabajaban demasiado y no recibían mucho dinero. Eso sigue siendo así hoy, pero por aquel entonces era mucho peor. Ellos me desafiaron y me dijeron: "¿Por qué nos dices esto a nosotros? Nuestros profesores reciben mucho más de la industria farmacéutica y lo necesitan mucho menos que nosotros?". Lo acepté, por supuesto, y les dije que, si tuviera la oportunidad, sin duda les diría lo mismo a sus profesores. Esto pude hacerlo posteriormente. Aquellos residentes se sintieron atacados, pero 20 años después, y ahora 40 años después, son los estudiantes y los residentes los mayores defensores de la idea de que "no hay almuerzo gratis".

Con esto de los regalos ocurre que la mayoría de nosotros podemos convencernos de que somos inmunes a las cosas que sin embargo vemos que sí influyen en los demás.

De vez en cuando me han acusado de ser "el más santo de todos" cuando hablo de esto. Pero la verdad es exactamente lo contrario: si me sintiera santo, afirmarí­a que, a pesar de la evidencia de que los "regalos" grandes o pequeños crean obligaciones entre las personas que los reciben, podrí­a resistirme y mantenerme puro. En verdad, sé que no soy diferente al resto de los médicos, así que la única manera de evitar ser influenciado es en primer lugar resistir la tentación.

Hay una gran historia en este sentido que involucra al ex director general de servicios de salud, el Dr. C. Everett Koop. Este era un pediatra con mucha experiencia que tenía el mérito de, en tiempos de la administración Reagan, haberse enfrentado a la industria tabacalera a pesar de los deseos de sus jefes y de ayudar a destruir su dominio sobre Washington. Después de su etapa como director general de servicios de salud, creó un sitio web muy popular en el que se promocionaba como el médico de confianza de los Estados Unidos. En una ocasión, ese sitio web nombró a los que él llamó los 40 mejores sistemas de atención sanitaria de Estados Unidos... pero olvidó mencionar que cada uno de los 40 le había pagado 40.000 dólares. Cuando le preguntaron si aceptar más de un millón de dólares lo perjudicaría, se sintió ofendido; esa cantidad de dinero podrí­a influir en otros, pero no en él. "Soy C Everett Koop. Soy un ícono", dijo de manera bastante memorable.

Se podrí­a pensar que un gran "regalo" puede cambiar el comportamiento, pero no así un regalo del tipo de un bolígrafo. Sin embargo, los pequeños obsequios pueden ser tan potentes o incluso más que los grandes, debido a algo llamado la disonancia cognitiva. Si uno se toma unas vacaciones elegantes o recibe mucho dinero como pago por hacer feliz a una empresa promocionando su producto, puede sentir que "ellos no me están utilizando a mí, soy yo el que los estoy utilizando a ellos". Pero nadie quiere pensar que se le puede comprar con un bolígrafo o un almuerzo. Por eso, cuando su obsequio (y la amistad del representante farmacéutico que invariablemente acompaña a ese obsequio) lo convence de recetar el medicamento o de tratar de convencer a sus colegas de que lo utilicen, primero tiene que convencerse a sí mismo, inconscientemente, de que realmente lo que le propone el visitador es la mejor opción médica.

Y algo como la amistad es realmente la clave de por qué aceptar algo "incluso un bolígrafo" nos lleva a cambiar nuestra conducta. Hubo un tiempo en el que leía de vez en cuando una revista de una empresa farmacéutica escrita para sus empleados y a menudo veía artículos que decían a los empleados que "su trabajo es hacer que el médico piense que usted es su mejor amigo". Pero al mismo tiempo, les recordaban a los empleados que no debían ver al médico como a su propio amigo.

Me solí­a reír cuando hablaba de esto ante una gran audiencia de médicos y les preguntaba: "¿Cuántos de ustedes conocen a un representante de medicamentos feo? ¿O a un representante de medicamentos desagradable?". El New York Times informó una vez que las compañías farmacéuticas estaban buscando a animadoras como futuras empleadas; sospecho que no era por su experiencia científica.

Voy a poner un ejemplo sobre como evité caer en esto. Cuando estaba empezando, no teníamos forma de tratar la taquicardia supraventricular paroxística (TSVP). Pero luego se demostró que el verapamilo funcionaba muy bien para la TSVP, con un riesgo mínimo y a un precio razonable. No mucho después, empezamos a oír hablar de otro fármaco que se estaba comercializando agresivamente para la TSVP, pero era mucho más caro y causaba sistemáticamente dolor torácico intenso. Y luego apareció un estudio que comparaba los dos fármacos y que demostraba que el verapamilo también tenía muchas más probabilidades de funcionar. Así que cuando me invitaron a dar una charla sobre la última y mejor evidencia en la literatura médica en una de las reuniones médicas regionales, incluí este artículo, después de lo cual opiné que no podrí­a entender por qué alguien usaría la alternativa menos efectiva, mucho más desagradable y más cara. Como muchos de los médicos de mi generación recordarán, era habitual en aquella época, que hubiese representantes de empresas farmacéuticas exhibiendo sus productos en la sede del congreso o donde fuese la reunión. Después de la charla, un joven muy apuesto y bien vestido se me acercó y empezó a hablarme con entusiasmo de lo mucho que había disfrutado de la charla. No hace falta decir que me sentí muy halagado. Luego me dio su tarjeta y me dijo que trabajaba para la empresa que fabricaba el verapamilo, y me preguntó si me gustarí­a formar parte de su grupo de conferenciantes.

En cuanto me lo preguntó, se me encendió una luz roja en la cabeza. Hasta ese momento, había pensado que serí­a genial formar parte de un grupo de conferenciantes, viajar gratis a lugares agradables e incluso que me pagaran. Pero al estar al lado de ese joven tan amable, no pude evitar pensar: ¿qué pasa si creo que su próximo medicamento no es bueno? ¿Serí­a capaz de decirlo? Así que,

decidí finalmente declinar la oferta. Ese fue el momento en que me di cuenta de que, si quería ser honesto y honorable, y estar en deuda solo con lo que realmente creo, no podía aceptar nada de la industria. Retrospectivamente he de reconocer que estoy muy agradecido que me lo dejaran tan claro en ese momento.

Papel e Influencia del sistema sanitario en la salud

Si me han leído hasta aquí habrán podido comprobar que soy estadounidense y que este ha sido el país donde habitualmente he trabajado. Sin embargo, he pasado largas estancias en otros países en Europa (en Inglaterra, en Francia), pero también en Tokio y en Santiago de Chile, por lo que conozco la estructura sanitaria de estos países. Como investigador en servicios de salud y aunque no quisiera generalizar demasiado basándome en mi propia experiencia anecdótica, me gustaría llamar la atención sobre el nivel sanitario de los países y los factores que lo influyen. En este sentido quiero señalar que los resultados en materia de salud que se logran en los EE. UU. son bastante pésimos, a pesar de que nosotros gastamos al menos el doble en atención médica que cualquier otro país y a pesar de que nuestro sistema de educación médica, nuestros recursos y nuestra capacidad técnica para hacer cosas de muy alta calidad son ciertamente difíciles de superar. En la última versión de las Olimpiadas de la salud (que analizaban los resultados, incluida la mortalidad general, la mortalidad infantil y materna, el acceso a la atención y el costo de la atención, etc.), el Commonwealth Fund clasificó a los EE. UU. en el puesto 37, lo cual fue bastante sorprendente. Hasta que, claro está, revisaron su clasificación... ¡y bajamos al puesto 71!

En relación a esto y para ser justos, los médicos deberíamos reconocer que parte de esto no se debe a la atención médica, sino más bien a lo que se denominan determinantes sociales de la salud: desigualdad, racismo, pobreza, inseguridad alimentaria y de vivienda, drogas, violencia con armas de fuego, etc. Esos determinantes sociales de la salud predicen los resultados de salud mucho mejor que la atención médica. Por supuesto, el hecho de que a los norteamericanos nos vaya tan mal en términos de esos determinantes sociales no debería hacernos sentir mejor. Sin embargo, estos problemas se ven exacerbados por nuestra fallida atención sanitaria, que en realidad debería llamarse 'mercado de atención sanitaria', y no sistema de atención sanitaria. Hoy en día, dedico mucho tiempo a tratar de educar a la gente sobre por qué nos iría mucho mejor si creáramos un sistema nacional de salud con un pagador único, como el que existe en casi todos los demás países ricos.

No pretendo decir que un sistema de pagador único solucionaría todos estos problemas, aunque sería de gran ayuda. Si realmente queremos solucionar las cosas, primero tendremos que alejarnos de un modelo de atención sanitaria orientado al lucro y tratar la atención sanitaria como un derecho humano, en lugar de como una mercancía. Y aún mejor, tendríamos que ir más allá y abordar cuestiones como la enorme desigualdad de ingresos y riqueza en mi país, que también es enorme en comparación con la mayoría de los demás países ricos. Sobre estos temas tan importantes hay mucho que hablar y debatir.

Tres mensajes para llevar

Me gustaría acabar esta especie de breve biografía profesional ofreciendo algunos mensajes a los médicos jóvenes y los estudiantes. Por otra parte es lo que se espera de un jubilado profesor emérito.

En primer lugar, la atención sanitaria en los EEUU está terriblemente descuidada: se persiguen ganancias, no salud. Ser médico fue una profesión maravillosa para mí, pero, en mi país, hoy muchos la abandonan por lo que yo llamo daño moral: se sienten incapaces de hacer lo que creen que es mejor para sus pacientes porque se sienten obligados a actuar como cifras cuyo trabajo es, sobre todo, marcar las casillas que maximizarán la facturación, de la forma más eficiente posible, sin 'perder' demasiado tiempo con un paciente.

Siempre he considerado que mi trabajo como docente no era enseñar hechos, sino enseñar a los estudiantes a pensar críticamente. Así que mi segundo mensaje es que no deberíamos creer algo sólo porque una autoridad erudita diga que es verdad. Incluso cuando se trate de una agencia gubernamental, una universidad, una famosa revista médica o un 'grupo de defensa de los pacientes', todos los cuales pueden actuar en realidad como sirvientes de la industria. No quiero decir con esto que el gobierno o la regulación sean 'malos', sino más bien que un gobierno secuestrado y organismos reguladores secuestrados son malos. Lo que la sociedad espera de nosotros en nuestro trabajo también es que tengamos una actitud escéptica, a la vez que trabajar para arreglar lo que está mal.

Por último, me gustaría destacar la responsabilidad que conlleva formar parte de una profesión. Los sociólogos nos dicen que existe un 'contrato no escrito' entre una sociedad y sus profesiones, en el que los profesionales reciben una buena remuneración, buenos ingresos y prestigio y (lo más importante) autonomía, a cambio de lo cual nos comprometemos a utilizar nuestro conocimiento especial 'que nuestra sociedad necesita pero que no puede conseguir por sí sola' de una manera que ponga en primer lugar las necesidades públicas. En medicina, eso significa, por supuesto, que debemos poner las necesidades del paciente por delante no sólo de las nuestras, sino también de las de la compañía de seguros, el hospital, los servicios y los gestores sanitarios o quien quiera que sea el que nos esté pagando.

Breve semblanza del Dr. Jerome R. Hoffman

Jerome Hoffman tiene 43 años de experiencia en el campo de la medicina de urgencias. Obtuvo su licenciatura en la Universidad de Princeton, con un master en la Universidad de Columbia y su doctorado en la Facultad de Medicina de la UC San Diego. Después de completar una pasantía en Medicina Interna en el Centro Médico de Veteranos de West en Los Angeles y sus dos residencias en el Centro Médico LAC+USC y el Centro Médico Ronald Reagan de la UCLA, completó una beca de investigación en Toxicología Médica en el Centro Médico de la Universidad de California en Los Ángeles. Ha sido Director de la Beca de Investigación en Medicina de Urgencias en el Centro Médico LAC+USC y Profesor en la Facultad de Medicina Keck de la Universidad del Sur de California. Actualmente, es Profesor Emérito de Medicina de Urgencias en la Facultad de Medicina David Geffen de la UCLA

(*). Esta autobiografía ha sido elaborada a partir de la entrevista que Martha Rosenberg, una periodista sanitaria americana y autora de algunos libros críticos como *Big Food, Big Pharma, Big Lies and Born With a Junk Food Deficiency.*, mantuvo con el Dr Hoffman y publicada en

<https://kevinmd.com/2024/12/the-untold-truths-behind-overdiagnosis-and-why-it-matters-to-your-health.html>

Se trata por tanto de una 'autobiografía ficcionada', aunque los contenidos de las afirmaciones del Dr Hofman que aquí aparecen son fieles a las respuestas que dio a la periodista en esa entrevista, sin que Doctutor haya añadido o inventado nada.