

En persona

Entrevista al Dr. Pedro Guillén

Carlos Pose

Biografía



El Dr. Pedro Guillén (Algaida, Archena, 1938) nació en plena Guerra Civil y creció en la posguerra española, un contexto que él mismo reconoce como determinante en la formación de un carácter resistente, esforzado y consciente del valor moral de la adversidad. Hijo mayor de cuatro hermanos, aprendió tempranamente de sus padres —Pedro e Isabel— la ética del tesón, de la responsabilidad y del trabajo bien hecho, una ética que más tarde trasladaría por entero a su práctica médica.

Su vocación surgió en la adolescencia, al contacto con el médico rural de Archena, Pedro Jiménez, cuya figura marcó profundamente su comprensión del oficio: la medicina como servicio directo al enfermo, como cercanía y como saber práctico capaz de suturar heridas, asistir partos, reducir fracturas o vacunar a una comunidad entera. Aquella primera experiencia, unida a la lectura casi devocional del *Manual de Diagnóstico Etiológico* de Gregorio Marañón, fue para él una escuela temprana de observación clínica, prudencia y humanismo.

Estudió Medicina en la Universidad Complutense de Madrid y se licenció en 1964 con Sobresaliente. Desde el inicio se orientó hacia la cirugía y la traumatología, primero como alumno interno en la Cátedra de Martín Lagos y posteriormente en el recién inaugurado Hospital La Paz. Allí comprendió que el cirujano no nace de la técnica sola, sino de la combinación entre una mirada anatómica rigurosa y un profundo respeto por la vida humana. Sus maestros —Orts Llorca y Jiménez Collado— le transmitieron que en investigación “no todo es válido”, que la dignidad de la vida no admite atajos ni concesiones. Se trata de una idea que ha repetido con frecuencia: la ciencia puede avanzar rápidamente, pero nunca por encima de los límites éticos.

Completó su formación con cirujanos de referencia internacional, como Robert Merle d’Aubigné y Raymond Roy-Camille en Francia, y Harold B. Boyd en la Clínica Campbell de Estados Unidos, y también con Robert Jackson de quién aprendió la artroscopia,

experiencias que lo situaron en la primera línea de la traumatología moderna y, más tarde, de la traumatología deportiva.

En 1972 se incorporó al Hospital de MAPFRE (hoy FREMAP) en Majadahonda como jefe de Traumatología; en 1979 fue nombrado director médico y, en 1980, director nacional de los Servicios Médicos de la Mutua. Desde esas responsabilidades impulsó una renovación profunda de la traumatología laboral y la medicina del accidente. En el año 2000 culminó uno de sus sueños profesionales: la creación de la Clínica CEMTRO, un centro concebido para unir excelencia técnica, innovación científica y una concepción humanista de la profesión médica.

A lo largo de su trayectoria, Pedro Guillén ha consolidado una doble imagen que lo define: la del pionero técnico —introduciendo la artroscopia en España y desarrollando la medicina regenerativa— y la del médico que nunca ha perdido el vínculo con la ética del cuidado, aprendida en la medicina rural y confirmada por una vida entera de cirugía, de pacientes y de responsabilidad clínica.

Carlos Pose: *Dr. Guillén, en mi primer contacto con usted me llama la atención algo que no depende solo de su currículum, sino de su manera de hablar, escuchar, interactuar; sin apenas conocerle, uno percibe mucha humanidad en lo que dice y en cómo lo dice, achicando la distancia entre dos extraños que se encuentran por primera vez. Hoy se habla mucho de “humanización de la medicina”, a veces casi como un eslogan para corregir los efectos de una medicina muy tecnificada. Desde su experiencia, ¿qué significa de verdad humanizar la medicina? ¿Es algo que se añade a la competencia técnica o forma parte de las entrañas del acto médico?*

Dr. Pedro Guillén: Me parece una pregunta muy acertada, y hace unos días, en nuestro congreso, ya comenté algo similar como reflexión personal. Diré que quizá no tengo edad para saber del todo lo que quiero, pero sí tengo edad para saber claramente lo que no quiero. Y no quiero una medicina que se deje deslumbrar por la alta tecnología, por la inteligencia artificial, por la física cuántica, por la pantalla, por los algoritmos y por todo lo que está por venir. Bienvenidos sean esos avances, por supuesto, pero no a costa de olvidar al paciente.

Decía Erasmo —y me gusta recordarlo— que el centro de la medicina es el enfermo. Y creo que hoy, más que nunca, la humanización de la medicina es necesaria. La innovación tecnológica, puesta al servicio del enfermo, es uno de los retos más hermosos y bien merece los esfuerzos del médico. Pero no podemos perder de vista que la misión principal del médico es devolver al paciente las capacidades que la enfermedad le ha secuestrado. Me gusta usar esa palabra, “secuestrado”: quien tiene dolor y no puede moverse, quien ha perdido una función, siente que la enfermedad le ha arrebatado algo propio. Nuestra tarea es devolvérselo: quitar el dolor, recuperar la movilidad, restaurar lo que estaba comprometido. Eso es, para mí, humanizar la medicina.

CP: *Pues ya estamos anticipando varios de los temas que tendremos que abordar —la inteligencia artificial, el dolor, la técnica...—. Dr. Guillén, en la mayoría de las imágenes que uno encuentra de usted en internet, sean fotografías clínicas, entrevistas, reportajes o actos institucionales, aparece mayoritariamente con la bata blanca. No parece un*

simple uniforme. ¿Significa esto que usted ha hecho de su profesión un modo de vida en el sentido fuerte del término, como se decía de los antiguos sabios, héroes o incluso santos, para quienes su actividad vocacional no se distinguía de su vida cotidiana? ¿Qué representa para usted la bata blanca? ¿Es una seña de identidad profesional?

PG: Sí, creo que sí. Pero déjeme matizarlo: muchas veces suelo decir que el mejor traje del médico no es la bata, sino la formación. Y eso vale para todos: para el taxista, el electricista, el biólogo... El mejor traje que cualquiera puede llevar en la vida es su formación.

La vida es una fiesta —así lo digo con frecuencia—, y para esa fiesta el mejor traje es la formación. Porque la formación te evita ir por caminos equivocados: te ayuda a saber lo que debes hacer y lo que no debes hacer. Además, te enseña que, cuanto más difícil es un problema, más interesante se vuelve; es curioso, pero es así.

Los principios de la vida están en tus propias manos: en tu esfuerzo, tu afán, tu dedicación, en todo aquello que crees que puedes resolver. Es como cuando llevas un razonamiento entre manos, o cuando vas en un coche y llegas a una montaña: al llegar a la montaña, el camino aparece. ¿Por qué aparece? Porque has dedicado tiempo a formarte. A veces ese camino incluso te hace cambiar de opinión —y eso también es bueno—.

Por eso digo que sí, que definiendo la bata blanca, pero sobre todo en ese sentido: como símbolo de la formación. El mejor traje del médico no es la bata: es la formación. Para cualquier profesional, la formación es siempre el mejor traje.

CP: *Muy bien. Vamos ahora a los inicios. Usted ha contado que descubrió la medicina muy pronto, siendo apenas un adolescente, al lado de un médico rural cuya práctica era, en cierto sentido, la medicina en estado puro: pocos medios, pero mucha autoridad moral, un saber quizá menos científico, pero muy cercano a la vida real de los pacientes. La medicina que después estudió y ejerció —ya en grandes hospitales, rodeado de especialistas, tecnología, ciencia experimental y nuevos procedimientos— se parece muy poco a aquella primera impresión juvenil. Hoy vivimos, además, en una medicina más científica, más precisa y también, a veces, más sofisticada. ¿Han acabado siendo las cosas como usted imaginaba entonces, o el desarrollo de la medicina ha traído tanto luces como sombras? ¿Qué queda de aquella imagen inicial, y qué ha cambiado radicalmente en su forma de entender la profesión?*

PG: Bueno, en la vida siempre hay luces y sombras, siempre. Pero creo que lo importante es tener la ilusión y la actitud de que cualquier sombra puede convertirse en un estímulo para avanzar. Las dificultades no son más que circunstancias que se presentan y que, cuando uno las supera, le hacen sentirse mejor.

Aquel médico rural del que hablo lo hacía todo, y tenía un sentido común enorme, porque tenía que tenerlo. Atendía un parto, un aborto, una herida, una fractura... era el médico de asistencia pública domiciliaria, lo que entonces se llamaba APD. Aquello era la medicina en estado puro. No tenías una gota de sangre para analizar, ni siquiera una gota de orina. Y, por supuesto, tampoco disponías de medios diagnósticos por imagen. Allí tu conocimiento y tu intuición tenían que salir a flote.

Permítame una anécdota que le hará gracia. Me llamaron para acompañar a don Pedro — así se llamaba el médico, igual que yo— a una urgencia en una casa del pueblo. La mujer decía que su marido estaba muy mal. Yo entré, le tomé la tensión: estaba bien, pero él parecía muy hundido, muy decaído. Y no supe ver lo que pasaba. Entró don Pedro, lo miró, y le dijo: “Gregorio, te tengo dicho que no tienes que ascender el codo”. Es decir, que no debía levantar tanto el codo. Enseguida entendió que estaba borracho. Y la mujer, angustiada, le preguntó: “Don Pedro, ¿qué podría darle yo a mi marido para que aborreciera el vino?”. Y él respondió: “Melocotones, melocotones”. Yo seguía allí con el tensiómetro sin entender casi nada, pero él lo había comprendido todo al instante. Eso era el ojo clínico, la cercanía, el trato humano.

La medicina rural enseñaba algo que hoy está escrito en todos los textos clásicos: la importancia de la mirada, de la mano, de ofrecer una silla, de llamar al enfermo por su nombre. Decirle su nombre es muy importante.

Eso es lo que yo intento transmitir a los jóvenes. Por ejemplo, cuando visito a un paciente, en la historia clínica apunto la habitación en la que está. Y cuando lo veo tiempo después le digo: “Usted estaba en la habitación tal”. Y el paciente se sorprende: “¿De verdad se acuerda, doctor?”. Y no es un alarde de memoria; es un modo sencillo de cercanía. Para el enfermo, ese momento es el más importante del mundo. Y lo que más necesita es sentir que, en ese instante, el médico está plenamente con él, sin distracciones. Porque el enfermo está angustiado por su sufrimiento y necesita, ante todo, ser atendido de verdad.

CP: *El enfermo ahí se siente importante, se siente efectivamente atendido. Es el centro de la relación clínica y, con tantos medios como tenemos hoy—tan valiosos, pero a veces tan absorbentes—, a veces se pierde precisamente esa proximidad.*

Uno de los temas que usted mencionaba al principio es el del dolor y el sufrimiento. Vivimos en una sociedad que ha elevado el bienestar casi a la categoría de ideal absoluto, y que aspira no solo a tratar el dolor, sino a eliminar cualquier forma de sufrimiento. Es evidente que hay dolores que deben mitigarse porque son insoportables. Pero también hay experiencias de dolor—físico, emocional, existencial— que parecen inseparables de la condición humana y que, a veces, incluso nos enseñan algo. El esfuerzo, la rehabilitación, la recuperación lenta, la fragilidad: usted las ha visto de cerca en miles de pacientes. ¿Cuál es su experiencia y su opinión sobre esto? ¿Cree que el sufrimiento tiene un valor formativo o humano que no deberíamos borrar del horizonte, o la medicina debe aspirar a aliviarlo siempre y en todo caso?

PG: La medicina de hoy es muy cambiante, y nos ocurre a menudo que creemos que la tecnología puede explicarlo todo. Pero ni la resonancia magnética ni la inteligencia artificial detectan el dolor. Pueden mostrar la posible fuente del dolor, pueden enseñarnos una imagen que lo sugiera, pero el dolor mismo no está ahí. Después, el médico tiene que armarse de conocimiento para interpretar correctamente lo que está viendo y acercarse de verdad al paciente.

El dolor es un signo importantísimo porque nos informa de que algo está pasando. Los pacientes vienen por dolor, o por falta de movilidad, o por angustia, o por pérdida de fuerza. Son sensaciones esenciales, tan esenciales que quien no las sufre a veces no las

valora. A veces vienen padres, hijos y abuelos juntos, y oyes al hijo decir: “Anda, papá, no será para tanto”. Y es el padre o el abuelo quien responde: “Escúchame: es que no puedo levantarme bien”. Esa pérdida de capacidades es muy seria. El médico tiene que devolvérselas. Esa es nuestra misión.

La medicina debería detectar la enfermedad antes de que aparezca; y cuando ya ha aparecido, curarla de raíz. Eso es lo que el enfermo espera, y por eso llega con tanta angustia. Hoy los pacientes vienen muy informados: han leído, han buscado, han visto. Y, por la angustia, a veces hacen casi “turismo sanitario” buscando respuestas. Y ocurre también que algunos médicos, sin querer, juegan con esa esperanza de curación, una esperanza que es tan grande como la ansiedad que la acompaña.

La clave es entender esa angustia. El paciente viene mirando, escuchando, esperando, porque está angustiado y ansioso. Por eso la cercanía del médico tiene un valor enorme. El paciente se entrega cuando percibe dos cosas: primero, que has entendido lo que te ha contado; y segundo, que estás dispuesto a ayudarlo. Esas dos cosas las capta en seguida.

No siempre se entregan de entrada, pero no por desconfianza, sino por la angustia propia de la enfermedad. Si tú dedicas tiempo, cercanía y proximidad, puedes ganarte su confianza. Y entonces se produce una simbiosis muy hermosa entre enfermo y médico. En ese momento, la tecnología se queda en segundo plano, y lo que haces es rebuscar en los signos más cercanos, más humanos, para llegar al diagnóstico. Y eso al paciente le encanta: que busques la causa de su dolor. Cuando nota eso, se entrega. Y ahí está lo mejor de la relación clínica.

CP: *Claro. Lo que ocurre, como usted bien dice, es que a veces se confunden dos dimensiones distintas: el dolor y el sufrimiento o la angustia. El dolor es una percepción física; la angustia, en cambio, puede ser un estado emocional, una preocupación sobre lo que el dolor significa. Son dos planos diferentes que hay que gestionar bien.*

PG: Sí, exactamente. Para mí, la angustia es casi el segundo estadio del dolor. Cuando el paciente ve que su problema no se resuelve, o que nadie le da una explicación clara, aparece la angustia. Es una angustia que nace de la falta de concreción o de solución a lo que le pasa.

A veces vienen ya de otro sitio, con muchas dudas, y esa angustia está muy presente. Llega la familia, y uno dice: “Papá, eso no puede ser”. O la mujer dice: “No será nada”. Pero él siente que no le entienden, porque no sabe si es la columna, el riñón, una hernia de disco o un tumor. Y en esa confusión ha leído cosas, ha buscado información —porque hoy vienen muy informados—, pero la información que traen no saben elaborarla bien. Y eso les aumenta la angustia.

Entonces formular ciertas cosas con claridad es decisivo. A veces basta decir: “Mire, usted no tiene esto que teme; no le dé más vueltas”. Y estaban deseando oír precisamente eso. Cuando oyen que no tienen aquello que pensaban —porque siempre imaginan lo peor—, lo demás ya se vuelve más fácil de manejar. Es un alivio enorme.

CP: *Pero usted piensa —cuando trata a un paciente, cuando lo opera y, después, cuando comienza el proceso de rehabilitación— que todo ese recorrido implica asumir el dolor en alguna medida. Y nuestra sociedad actual está poco acostumbrada a afrontar estos procesos. No todo dolor puede extirparse médicamente: la vida es, en parte, sufrimiento, límite, esfuerzo. Usted mismo ha dicho que nació en una época muy complicada y que se educó en la necesidad de resistir, de tener tesón, de soportar condiciones duras que exigen carácter. Eso es formativo. Sin embargo, hoy, ante la mínima sensación de dolor o sufrimiento, se pide directamente un fármaco o una atención que elimine cualquier incomodidad, no solo el dolor insufrible. ¿Percibe usted también esas dos caras de nuestra sociedad?*

PG: Sí, lo percibo claramente. Han cambiado tantas cosas, incluso en la manera de buscar el conocimiento. Le pongo un ejemplo. Yo siempre he sido un enamorado de las librerías y de los libros. He llegado a comprar librerías enteras de grandes profesionales porque contenían auténticos tesoros: todas las revistas de traumatología de Estados Unidos encuadradas desde su fundación hasta tal año, las francesas, las alemanas... Recuerdo que, por el coste, incluso lo consulté con mi mujer. Aquello era, de verdad, un patrimonio.

Y hoy, todo eso lo tiene usted en una pantalla. Ha cambiado muchísimo. Antes se decía, casi en broma, que había quien tenía una pantalla de televisión más grande que su librería. Ahora la paradoja es la contraria: toda una biblioteca cabe en la pantalla que llevamos en la mano. Usted entra en Internet y tiene lo que antes exigía años de búsqueda paciente.

Esto, llevado a la medicina, tiene un efecto: hemos delegado en la tecnología muchos recuerdos, muchas búsquedas, y confiamos demasiado en lo inmediato. Y eso ocurre en todas las ramas del saber.

El otro día, un enfermo me dijo una frase que me hizo mucha gracia, y que refleja bien esta realidad: “Doctor, estoy preocupado: ahora sé más nombres de medicamentos que de restaurantes”. La frase es buena y muy significativa. Indica esa tendencia a buscar un remedio inmediato para cualquier molestia, para cualquier pequeño dolor.

Claro que hay dolores que deben tratarse, que son insoportables. Pero también hay un dolor que forma parte del proceso natural de curación, de la rehabilitación, del esfuerzo necesario para recuperar una función. Ese dolor enseña, educa y fortalece. Si intentamos eliminar absolutamente todo dolor, corremos el riesgo de eliminar también la dimensión formativa de la vida.

Por eso es tan importante que el médico sepa distinguir y explicar: qué dolor es señal de alarma y qué dolor es parte del camino hacia la recuperación. El paciente necesita saber eso. Y ahí, más que nunca, la palabra del médico y la educación del paciente son fundamentales.

CP: *Bueno, pues vamos a ir a su tema siguiendo el artículo que usted me ha recomendado. Usted ha sido uno de los grandes defensores de la idea de que “la célula es un medicamento”. Ese cambio de mirada —pasar de entender la célula como estructura biológica a verla como agente terapéutico— ha transformado la medicina*

regenerativa. ¿En qué consiste realmente ese salto conceptual y qué ha permitido hacer hoy que era impensable hace treinta años?

PG: Mire, es una pregunta muy buena, y además es un tema que me preocupa desde hace años. Nuestra especialidad tiene, por decirlo así, cuatro o cinco pilares fundamentales. El primero es la escayola. Fíjese usted lo que ha supuesto en la historia de la medicina: la escayola cura más que todos los médicos juntos desde 1852. Es extraordinaria.

El segundo pilar es la osteosíntesis: la posibilidad de alinear y fijar los huesos con placas, tornillos o clavos. Eso fue un paso decisivo, y solo pudo hacerse cuando dispusimos de antibióticos, antisépticos, anestésicos y analgésicos que permitieron abrir el foco de fractura sin un riesgo enorme.

El tercer pilar son las prótesis. Piense en lo que han significado para la calidad de vida de millones de personas. Sir John Charnley —al que considero el padre de las prótesis modernas— hizo un trabajo impresionante que cambió la medicina ortopédica para siempre.

El cuarto gran hito es la artroscopia. La posibilidad de visualizar una cavidad por dentro y ver la enfermedad en la pantalla ha sido un salto revolucionario. Poder mirar dentro de una articulación sin tener que abrirla por completo cambia la manera de diagnosticar y tratar.

Y el quinto hito, para mí decisivo en la medicina contemporánea, es la célula como medicamento. ¿Por qué? Porque en la célula radica el bienestar. La célula puede volverse tumoral, puede infectarse, puede sufrir por falta de riego, puede degenerarse. Todo ocurre en esa unidad viviente más pequeña. Cuando una célula “toma otro camino”, como yo digo, la medicina debe reconducirla.

Le pongo un ejemplo muy claro: la diabetes. A principios del siglo pasado, la diabetes significaba que el joven moría con rapidez: complicaciones circulatorias, heridas que no cicatrizaban... Hoy, gracias a un medicamento que sustituye lo que la célula pancreática no produce la insulina, esa persona vive con normalidad, incluso puede ser deportista de élite. Pero todavía falta un paso: reconducir a esa célula que se niega a producir el medicamento. Ese es el futuro: devolver a la célula su función.

En traumatología pasa lo mismo. Nosotros estamos trabajando mucho en la artrosis. ¿Qué es la artrosis? La degeneración del cartílago. Si usted pierde el cartílago, tiene dolor, rigidez, cojera y mala calidad de vida, hasta llegar a la prótesis. Pues bien, hay que reconducir esa célula degenerada. Por eso hablamos de la célula como medicamento: la célula como oportunidad terapéutica, que es el título del libro que escribimos en 2013.

Y esto vale para muchas enfermedades. En el cáncer, por ejemplo, la célula toma un camino que no debe y hay que reconducirlo.

Y piense usted en el Alzheimer: es una célula que ha perdido su función. ¿Cuándo se reconducirá? No lo sé. No sé si yo lo veré. Pero estoy seguro de que ustedes, los jóvenes,

lo verán caer como fruta madura. Y dirán: “¿Cómo no se dieron cuenta antes, si era tan sencillo?”.

Es lo mismo que ocurrió con la polio. En la época de nuestros abuelos la polio era devastadora. Roosevelt, el presidente que firma la rendición al final de la Segunda Guerra Mundial, era poliomielítico desde los 39 años. Solo existen dos fotografías suyas que muestran realmente su discapacidad. Siempre ocultó las muletas o la silla de ruedas. Hoy la polio está erradicada gracias a la vacuna de Jonas Salk, al esfuerzo científico y a la higiene pública.

Y lo mismo ha pasado con muchas enfermedades “de la miseria”: los centros antituberculosos de los años cuarenta, por ejemplo, o lo que hoy es una residencia de ancianos en el Alto de los Leones.

¿Por qué ahora vivimos más? Por la medicación, la calidad de vida, el bienestar social, el agua potable.

Por eso digo que la célula es el nuevo gran hito. La medicina del futuro, para mí, consistirá en reconducir la célula dañada a su función original, sea cual sea la causa —degenerativa, inflamatoria o tumoral—. Y eso, créame, es un cambio absolutamente decisivo.

CP: *En su trabajo pionero con condrocitos autólogos, usted ha demostrado que un tejido tan delicado y tan poco vascularizado como el cartílago puede repararse utilizando sus propias células. ¿Cuál diría que ha sido su aportación más decisiva en este campo, la técnica, la comprensión biológica del cartílago, o el cambio de paradigma que supone confiar en la capacidad regenerativa del propio organismo?*

PG: Le diré que todo empezó mucho antes de llegar al cartílago. Yo siempre he sido —permítame la expresión— un pordiosero del tiempo, alguien que dedica horas y horas a investigar. Mi tesis doctoral la hice en huevos de pollo. Abría el huevo, extraía el embrión y trasplantaba las células que iban a formar el ala a la cavidad abdominal de otro embrión. Y ocurría algo sorprendente: en el abdomen de ese segundo animal comenzaba a formarse un ala. No era un ala perfecta, porque el entorno influye, pero sí un apéndice con plumas, huesos y músculos. Aquello me enseñó algo decisivo: que la célula tiene memoria, que lleva en sí un mensaje que conserva, aunque cambie de lugar.

Con el tiempo comprendí que esa idea de la memoria no era solo biológica. Einstein decía que los sistemas tienen memoria. Y en la naturaleza lo vemos constantemente: un árbol, por ejemplo, responde de manera distinta en octubre y en abril, aunque la temperatura sea la misma. En octubre tira la hoja y en abril brota. Esa diferencia no está en el presente, sino en la historia inmediata del árbol, en la memoria de la estación que acaba de vivir. En biología ocurre igual, y eso explica que un medicamento que sirve para un adulto no sirva para un niño, o que los niños gestados en épocas de guerra tengan características biológicas diferentes. Somos hijos de nuestros genes, sí, pero también de la epigenética del camino. Yo suelo decir, un poco en broma, pero con algo de verdad, que no soy solo hijo del gen que me me dieron mis padres, sino del que he ido modulando con el paso del tiempo.

Todo esto prepara la comprensión de que la célula guarda en sí la historia de la vida del organismo. Lo vimos con la clonación de la oveja Dolly: nació con la edad biológica de la célula que le dio origen, porque la placa de Petri no pudo borrar esa edad. En cambio, el claustro materno sí borra la edad. Todo eso nos dice que la célula guarda la memoria completa del organismo, su posibilidad de crecer, diferenciarse y regenerar.

Cuando llegué al cartílago entendí que esa memoria celular podía ser decisiva. El cartílago es un tejido que se degenera con facilidad y que, cuando se pierde, causa dolor, rigidez, cojera y pérdida de calidad de vida. Lo importante fue descubrir que las células del propio paciente, utilizadas correctamente, pueden reconducirse hacia la función que habían perdido. Que, a pesar del daño, la célula conserva el mensaje de lo que debe ser y puede volver a cumplirlo.

Esa ha sido, quizá, mi aportación más decisiva: comprender que la célula no es solo estructura, sino mensaje; que en ella reside la posibilidad de regenerar; que la medicina del futuro no consistirá tanto en sustituir tejidos como en reconducir a la célula hacia su normalidad. Esa es la clave. La célula conserva el mensaje que necesitamos para vivir y también para enfermar; y la tarea de la medicina —hoy y mañana— es devolverla a su función. Ese es el sentido profundo de hablar de la célula como medicamento.

CP: *Todo lo que usted está diciendo tiene enormes implicaciones para esa línea de investigación que busca no solo prolongar la vida, sino también rejuvenecerla. Cuando se conozcan mejor los procesos de modificación celular y cómo funciona la célula, quizá tengamos herramientas no solo para alargar la vida más allá de los límites actuales, sino incluso para revertir parcialmente el envejecimiento. ¿Cree usted que estamos entrando en un campo de estudio lleno de posibilidades, límites y riesgos?*

PG: Sí, sin duda. Y le diré más: ese campo ya ha empezado. El Premio Nobel de 2012, el japonés Shinya Yamanaka —cirujano ortopédico, amigo mío, y en cuyo honor he puesto su nombre a nuestra sala de reuniones— hizo precisamente lo que usted está diciendo: tomó una célula adulta y la devolvió al estado embrionario. Eso es extraordinario.

Lo que significa, en resumen, es que podemos retrasar el reloj biológico de una célula adulta. ¿A los cuarenta años? Sí, señor. Y esto ya se ha hecho en animales con resultados muy llamativos.

Si me pregunta si se ha hecho en humanos, le diré que oficialmente no. Pero tampoco me atrevería a decirle que no exista nada, porque no sé lo que puede haber ocurrido en lugares donde los límites éticos son más sutiles o frágiles, como puede ocurrir en algunos entornos de investigación. No digo que exista el ser humano clonado —no afirmo eso— pero tampoco puedo asegurar con absoluta certeza lo que sucede en ámbitos donde el control no es tan estricto.

De lo que sí estoy convencido es de que la clonación terapéutica y la clonación reproductiva del ser humano están ahí, en el horizonte, y que quizá sean las decisiones más trascendentales a las que la humanidad se ha enfrentado desde su origen. Modificar un embrión humano es algo enormemente serio; ahí está en juego no solo la persona, sino la especie.

Por eso creo que los gobernantes deberían centrarse mucho más en regular con claridad qué puede hacerse y qué no puede hacerse con la célula embrionaria humana. Porque si un día se daña una célula de ese tipo —si se cruza una frontera sin retorno—, las consecuencias pueden ser muy duras.

En cualquier caso, y sin entrar más en ese tema, puedo decirle que el rejuvenecimiento de tejidos va a llegar. Llega, llega. No sé en qué plazo, pero llega. Y ese será otro de los grandes hitos de la medicina del futuro.

CP: *Cuando hablamos de terapias celulares se genera a veces una expectativa casi ilimitada. Desde su experiencia, ¿en qué casos la célula como medicamento es realmente eficaz, y en cuáles aún no lo es? ¿Cuáles son hoy los límites reales de esta técnica y qué desafíos clínicos quedan por resolver para que las terapias celulares sean una alternativa consolidada en traumatología?*

PG: Efectivamente, las terapias celulares despiertan muchas expectativas, y yo mismo he vivido un cambio de rumbo en mi trabajo, centrándome de lleno en este campo. Lo primero —y quizá lo más importante— es que hemos demostrado que con una sola célula es posible producir un tejido. Eso lo logramos ya en 1996: generar cartílago a partir de un único condrocito. Fue un logro enorme porque significaba sostener un tejido completo a partir de su unidad mínima. Ahí se ve con claridad la importancia que tiene la célula. Un logro: fabricar el tejido cartilaginoso a partir de una célula, el condrocito. El mérito: explorar las posibilidades terapéuticas de la célula como medicamento, piedra angular de la Medicina Regenerativa.

A partir de ese punto, el progreso ha sido continuo. Siempre digo que el progreso es el motor de la ciencia. La ciencia avanza por logros sucesivos y, gracias a ellos, se convierte en el motor del desarrollo. Un pueblo que no investiga se empobrece, y el primer signo de la pobreza es la enfermedad. Cuando un país no investiga, acaba dependiendo del conocimiento de los demás.

Lo vimos con la pandemia: ¿quién hizo realmente las vacunas? Estados Unidos, Rusia y China. Nadie más. Los demás, como digo a veces en broma, fuimos comparsas. Todos hablaban, pero los que pusieron la vacuna sobre la mesa fueron ellos. Y un amigo americano me comentó algo que me impresionó: la vacuna pudo desarrollarse tan pronto porque las máquinas que realizaron los cálculos tenían una potencia tal que resolvieron en una tarde lo que hace veinte años habría llevado diez años de trabajo. La investigadora que lideró ese proceso ha recibido el Premio Nobel y también el Premio Jiménez Díaz, Katalin Karikó, y explicó precisamente eso: que la velocidad se debió a la capacidad de computación.

Esto nos da una idea de lo que está por venir. La célula como medicamento es eficaz cuando se comprende bien el tejido del que procede y se la reconduce a su función; y aún no lo es cuando desconocemos los mecanismos íntimos que llevan a la célula a perder su función original. Ahí están los límites: en el conocimiento mismo. Pero el camino está trazado. Lo que hemos logrado ya es extraordinario, y lo que falta por lograr depende de seguir investigando. Porque, de nuevo, un pueblo que no investiga se queda atrás.

CP: *Una cuestión que tiene que ver con todo esto es cómo explicar adecuadamente estas terapias a los pacientes. La llamada “información” o “consentimiento informado” adquiere aquí una enorme importancia, porque la célula como medicamento es todavía una terapia compleja, difícil de entender incluso para profesionales, y en algunos casos con aspectos que aún no están plenamente probados. ¿Cómo manejar esa información? ¿Cómo garantizar que el paciente decide de modo libre, realista y éticamente válido, sin generarle falsas expectativas y, al mismo tiempo, sin ocultarle posibilidades? En definitiva: ¿qué información considera usted imprescindible transmitir para que el consentimiento sea verdaderamente informado?*

PG: Hoy en día el enfermo viene bastante informado, pero no todos los pacientes son iguales. Hay dos tipos muy claros: el que te dice “doctor, explíqueme usted lo justo y cúreme; no me dé más detalles, que me mareo si me exploran o me hablan de estas cosas”, y el que, por el contrario, quiere contarte toda su historia, la de sus padres, la de sus abuelos, y termina en una narración que uno tiene que cortar delicadamente para poder avanzar. El ser humano es así, muy variado, y hay que saber adaptarse.

Pero aun viniendo informados, el consentimiento informado es hoy una obligación. Y en terapias nuevas como estas, más todavía. Yo suelo decirles con claridad: “Mire, esto es una experiencia, esto es lo que vamos a hacer, estos son los beneficios que esperamos y estos son los riesgos”. No soy muy amigo de largas explicaciones técnicas, porque vengo de una cultura en la que el médico era creíble y la gente confiaba en él. Hoy eso ha cambiado: hay quien piensa que el abogado engaña, que el médico engaña, que nadie dice la verdad... Es un clima muy distinto, casi diría que muy americano.

Un amigo mío bromeaba diciendo que el Imperio Romano cayó por degeneración, que otras culturas cayeron por razones diversas, y que la cultura americana se destruirá por la responsabilidad civil. Y tenía algo de razón: allí te caes en la calle y demandas al alcalde. Eso crea un clima donde la confianza se debilita y donde todo tiene que quedar registrado y explicado al milímetro.

Por eso, cuando explico una terapia nueva, muchas veces pido a las enfermeras o a los ayudantes que lo repitan con sus propias palabras: “Díselo otra vez, para que esté seguro de que lo ha entendido”. Porque la gente lo quiere —estas terapias generan mucha esperanza—, pero también te preguntan cosas muy concretas: “¿No me producirá un tumor, doctor? ¿Esto no me provocará tal o cual problema?”. Hay dudas legítimas y hay que atenderlas todas.

El consentimiento informado, hoy, es el abecé de la medicina moderna. Y en terapias celulares, más que nunca.

CP: *Sí, en nuestra cultura médica mediterránea entran cuestiones que a veces se entienden mal. En la tradición médica española había una gran confianza en el médico, y no era necesario justificar cada pequeño paso. Hoy, sin embargo, hay una cierta ambigüedad entre lo que es investigación y lo que es intervención clínica, sobre todo en campos tan nuevos como la medicina regenerativa. A veces la frontera se vuelve borrosa. ¿Cuál debe ser el criterio fundamental para decidir cuándo una terapia celular está suficientemente madura para aplicarse a un paciente? ¿Debemos ser más prudentes o*

audaces? ¿Dónde colocar el límite entre la innovación responsable y el riesgo excesivo? Son preguntas que cabe hacer.

Y conectado con esto, estamos asistiendo a una integración creciente de la inteligencia artificial en la práctica médica: desde el diagnóstico por imagen y la predicción de riesgos hasta la planificación quirúrgica o la gestión de datos. Este cambio no es solo tecnológico, sino también antropológico, porque modifica la relación entre el médico, la técnica y el paciente. ¿Cómo percibe usted esta transformación? ¿Cree que la IA puede ayudar a liberar tiempo para el trato humano o existe el riesgo de que modifique demasiado, o incluso estropee, la relación clínica? ¿Qué parte del juicio médico es insustituible por un algoritmo y qué parte sí puede delegarse? En definitiva, ¿cómo imagina la convivencia entre un cirujano formado en el arte tradicional y herramientas que prometen precisión y eficiencia?

PG: Yo suelo decir en broma que no existe la “inteligencia artificial”: lo que existen son aparatos inteligentes, que no es lo mismo. Ese aparato que hizo los cálculos necesarios para desarrollar la vacuna en tiempo récord, eso es lo que llamamos inteligencia artificial: una máquina capaz de realizar cien mil operaciones en dos segundos cuando un ser humano necesitaría dos meses. Pero sigue siendo un aparato. Inteligencia, propiamente dicha, solo hay una: la humana.

La máquina no duda, no se alegra, no se angustia; no toma decisiones morales. Procesa datos. Muy deprisa, sí, pero datos. En ese sentido, prefiero hablar de aparato inteligente, no de inteligencia artificial. Y, sin embargo, hay que reconocer que ha resuelto muchas cosas. Hoy, por ejemplo, uno llega a urgencias con dolor en la pierna, le hacen una radiografía, y la propia máquina —sin intervención humana— detecta la fractura y la marca en un cuadradito. Eso es útil, es una ayuda magnífica. Lo mismo ocurre con una glucosa alta, o con decenas de parámetros: la máquina detecta patrones que le hemos enseñado a reconocer.

Ahora bien, el peligro es olvidar la cercanía con el enfermo. Yo, por ejemplo, dedico tiempo a explorar al paciente: escucho, palpo, compruebo, relaciono. Sé que después le pedirán una resonancia para ver si hay una hernia de disco o un problema de columna. Pero yo necesito explorar para “cargarme de razones”. Imagínese ahora un juicio: si usted me demanda y otro médico —sin tocarle la espalda siquiera— le ha mandado una resonancia, el juez quizá diga: “Doctor Guillén, usted no utilizó los medios disponibles; el otro sí”. Y mi hora de exploración, que para mí vale muchísimo más que una resonancia, puede parecer secundaria frente a un simple clic que pide una prueba. Ese es un debate serio: la tecnología puede desplazar la clínica, y eso puede volverse en contra del propio acto médico.

Respecto a la innovación responsable, creo que hay que avanzar con decisión, pero sin perder criterio. El robot quirúrgico, por ejemplo, ha mejorado la precisión y ha reducido las complicaciones: si antes había un 20% de problemas, ahora quizá un 10%. Es un logro enorme. Pero nunca se ganará todo, porque el ser humano sigue estando ahí, con sus límites y su variabilidad.

Y permítame una anécdota que me sorprendió hace unos días. Un amigo americano me contó que algunas grandes cadenas de comida rápida en Estados Unidos ya adaptan el tamaño del plato al tratamiento que llevas: si estás tomando un fármaco para adelgazar y pides cualquier menú, te sirven automáticamente un plato de un tamaño un tercio menor. Es decir, la tecnología ya sabe más de tu vida que el camarero. Todavía no todas las cadenas lo hacen, pero ya hay algunas que sí. Esto da una idea de hasta qué punto la tecnología, bien o mal utilizada, va entrando en nuestra vida diaria.

En resumen, la innovación —incluida la inteligencia artificial— es una ayuda valiosa, pero nunca puede sustituir la exploración, el juicio clínico ni la cercanía con el enfermo. Ahí está el límite: la técnica suma, pero no reemplaza el acto médico.

CP: *Las posibilidades, sin duda, son enormes, pero al final los aparatos no tienen responsabilidad; la responsabilidad es humana, y por tanto debemos utilizarlos siempre con prudencia. Permítame ahora una pregunta que tiene algo de personal y algo de profesional. Usted ha vivido muchos cambios en la medicina, y esos cambios no solo han afectado a la técnica o a la organización de los servicios, sino también a un elemento decisivo: la toma de decisiones.*

Muchos autores, desde hace mucho tiempo, y Diego Gracia suele explicarlo en sus clases, distinguen entre variaciones normales y anormales del juicio moral; se sabe que muchas de esas variaciones dependen de la formación, de la cultura y también de la edad. Desde su propia trayectoria, ¿cree que la edad modifica la forma de valorar una situación clínica? ¿Decidiría hoy lo mismo que hace diez, veinte o treinta años, o la experiencia cambia la manera de ver los riesgos? ¿Piensa que las personas de más edad necesitan una ayuda especial para decidir, o que, en realidad, todos necesitamos apoyo para tomar buenas decisiones independientemente de la edad? Lo pregunto también porque vivimos en una sociedad donde el ageísmo —la desconfianza hacia los mayores— es un problema creciente. ¿Cuál es, desde su experiencia, la mirada correcta hacia la edad en el ámbito clínico?

PG: Mire, en la Real Academia se habló hace poco del “edadismo”, y la verdad es que no todos entendieron bien qué significa. Pero el edadismo —bien comprendido— se ha aplicado siempre en la historia de la humanidad, y no necesariamente con mala intención. El ejemplo clásico es el del médico que atraviesa un campo de batalla: mira al herido con un disparo en el corazón y sabe que no puede salvarlo; mira al que tiene una pierna rota y sabe que sí puede. Selecciona en función de la posibilidad real de curación. No es un juicio moral, es un juicio clínico.

Durante la pandemia ocurrió algo parecido. Si usted tiene dos respiradores y hay un muchacho de quince años y un señor de noventa y cinco, el respirador irá al joven. No porque la medicina desprecie al mayor, sino porque la capacidad de recuperación no es la misma. Y además, porque no existían cien mil respiradores: vivimos una situación para la que el mundo no estaba preparado. Muchas personas murieron, sí, pero no porque los médicos quisieran discriminar, sino porque los medios eran insuficientes.

Esto ocurre también en la práctica clínica ordinaria. Si veo un niño con una fractura de codo y un adulto de noventa y cinco con la misma fractura, no puedo conducirme igual.

El niño tiene una capacidad reparadora extraordinaria; el mayor no. Una fractura de cadera en jóvenes no mata a nadie; en mayores de noventa, mueren un 15–20% en el primer mes, y en el primer año pueden morir hasta el 60%. No por la fractura en sí, sino por todas las enfermedades intercurrentes: problemas de memoria, de control de esfínteres, de tensión arterial, de glucosa... lo que llamamos comorbilidad. Y usted no puede tratar igual a un tejido que no responderá igual.

Por eso yo tengo un lema —que quizá resuma bien cómo veo este tema—: “morir joven lo más tarde posible”. Porque el tiempo, inevitablemente, va sumando: la mente, el corazón, la próstata, el hueso, la vista... todo va perdiendo capacidad de respuesta. Y cada una de esas pérdidas influye en la toma de decisiones. La edad, claro que modifica la forma de valorar el riesgo; pero no porque uno sea menos capaz, sino porque sabe, por experiencia, cómo responde realmente el organismo.

Y en cuanto a la ayuda para decidir, sí: las personas mayores pueden necesitar un apoyo especial, pero en el fondo todos necesitamos apoyo para decidir bien, seamos jóvenes o viejos. La diferencia está en la biología, no en la dignidad. Y eso hay que explicarlo con claridad para no confundir el juicio clínico con la discriminación.

CP: *Pues ya que me ha hablado de la Academia, hace poco tuve ocasión de entrevistar al presidente de la Real Academia Nacional de Medicina (RANME), D. Eduardo Díaz-Rubio, y me llamó la atención su visión de la medicina y sobre todo de la Academia. Usted también ha sido elegido académico en esa institución. ¿Cómo vivió ese ingreso y qué significado tiene para usted formar parte de una corporación tan prestigiosa?*

PG: Mire, eso es algo que uno cree que nunca va a alcanzar. Yo, cuando iba a la Academia y veía a aquellos académicos, me parecían casi de otra categoría, como si fueran “otros hombres”, por decirlo así. Los veía allí sentados y pensaba que aquello era inalcanzable para mí.

Pero la vida es curiosa: uno va trabajando, va haciendo cosas, y un día te das cuenta de que, sin proponértelo, reúnes las condiciones que los demás consideran necesarias. Y te eligen. Es un momento muy especial.

Lo sorprendente es que, cuando ya estás dentro, descubres que somos todos iguales. Aquellos hombres que parecían perfectos, casi intocables, también se levantan dos veces durante una conferencia para ir al baño porque la próstata no les perdona, igual que a cualquiera. Y entonces entiendes algo muy humano: que lo que te impresionaba no era una superioridad real, sino la trayectoria, el esfuerzo y la dedicación que había detrás.

Ser elegido académico significa, sobre todo, que tus compañeros consideran que tú eres la persona adecuada para representar una disciplina. Y eso conmueve. Porque uno nunca sabe realmente cómo lo ven los demás. Y de pronto llega ese reconocimiento y te dices: “¿Qué ha pasado? ¿Cómo he llegado hasta aquí?”.

Y quizá lo más bonito es precisamente eso; que un día te das cuenta de que estás ahí; que aquello que parecía tan lejano ha llegado. Y sientes, más que orgullo, una gratitud profunda.

CP: *Y más allá del honor personal, ¿qué cree usted que debe aportar un académico a la sociedad: conocimiento especializado, ejemplo profesional, un cierto tipo de magisterio público? ¿Cómo concibe usted la responsabilidad moral y social que conlleva el ocupar un sillón en la RANME?*

PG: Me alegra que me haga esa pregunta, porque es algo en lo que pienso mucho y que no siempre se dice. Mire, yo creo que la Academia tiene un deber pendiente con la sociedad. Cuando se creó, era una institución al servicio del rey y de los ministros; era su lugar natural de consulta. Pero hoy los presidentes, los gobiernos, las instituciones tienen miles de asesores —miles, y todos pagados por usted y por mí—. Y, sin embargo, no recurren a quien deberían recurrir: a los propios académicos.

Piense usted, por ejemplo, en el académico responsable de ética o en el experto en tumores. Ha sido elegido por sus propios compañeros por su competencia, por su trayectoria, por su preparación. ¿Por qué el gobernante no acude a él cuando necesita un juicio experto? ¿Por qué necesita doscientos asesores que quizá saben menos que quien ocupa ese sillón? Muy sencillo: porque a veces no se quiere la verdad, sino el asesor que diga lo que uno quiere oír. Eso ocurre aquí, ocurre en Estados Unidos, ocurre en Portugal: es un mal bastante extendido.

Como sé que los gobiernos no nos van a llamar —ni los de arriba ni los de un poco más abajo—, pienso que la Academia debe tomar la iniciativa. ¿Cómo? Informando directamente a la sociedad. Cuando aparezca una plaga, una pandemia, un problema grave de salud pública, la Academia debería salir inmediatamente y decir: “La sección correspondiente ha estudiado el asunto y propone esto o aquello; recomienda vacunar o no vacunar; aconseja este tratamiento o este otro”. Eso es lo que deberíamos hacer: informar al pueblo con claridad y rigor.

Porque si el ministro no te consulta, si el presidente no te utiliza para lo que estás ahí, entonces la Academia debe dirigirse a los ciudadanos y decir: “Esta es la opinión de quienes saben”. Sin nombres propios, si no se quieren dar, pero con autoridad institucional. Y hacerlo cada vez que surja una cuestión importante. Que la sociedad vea que hay un órgano independiente, competente y seleccionado por mérito, que dice públicamente cuál es la mejor opción desde el punto de vista de la medicina.

Si eso ocurriera con frecuencia, llegará un momento en que el propio gobierno tendría que volver la vista a la Academia. Porque vería que ahí está la verdad médica, expresada con responsabilidad. Y eso, para mí, sería una gran labor: devolver a la Academia su papel natural de orientadora pública en los asuntos que afectan a la salud de todos.

CP: *Ya vamos terminando. Quisiera preguntarle ahora por la educación profesional. En un tiempo en que proliferan las técnicas, los protocolos y la tecnología, ¿qué valores considera usted realmente esenciales para formar a un buen profesional de la salud? ¿Cómo entiende la responsabilidad, la vocación y la ejemplaridad en el ejercicio clínico? Y, en este contexto, ¿qué queda hoy del espíritu del juramento hipocrático, de esa antigua convicción de que la medicina no es solo un saber, sino también una forma de ser y de comportarse?*

PG: Para mí, la formación es el mejor traje que puede llevar un médico. Y le voy a poner un ejemplo que se comenta mucho hoy en Estados Unidos. Allí hay universidades que no son, en teoría, las más prestigiosas, pero están obteniendo mejores resultados en sus estudiantes. ¿Por qué? Porque forman directamente en lo que el médico va a necesitar. Les enseñan justo lo que deben saber, lo esencial para ejercer bien su profesión.

Mientras tanto, otras universidades muy importantes —con grandes catedráticos— siguen un modelo en el que el profesor se sube al atril y pasa seis meses explicando, por ejemplo, el metabolismo de los ácidos grasos con un nivel de profundidad extraordinario. El alumno escucha aquello y piensa: “¿Y esto, para qué? Si voy a ser traumatólogo, o dermatólogo, o anestesista, ¿por qué tengo que saber esto tan al detalle?”. El sistema americano es muy práctico en ese sentido: van al grano.

Y cuando uno ve que universidades menos prestigiosas obtienen mejores resultados, la pregunta es inevitable: ¿por qué? Quizá porque el sistema de formación no siempre está bien orientado. Si la prueba que permite acceder a la especialidad —el MIR, en nuestro caso— exige determinados conocimientos, la Universidad tiene que enseñar eso. Si no, estamos obligando al estudiante a completar fuera lo que no ha recibido dentro.

Por eso digo que el problema no es del alumno, sino del sistema. Si usted hace un MIR basado en contenidos prácticos, no puede pretender que el alumno dedique seis meses a escuchar la disertación magistral de un catedrático sobre un tema que jamás volverá a utilizar. Y si ese mismo catedrático piensa que el MIR está mal planteado, pues muy bien: que lo cambie. Pero mientras exista, habrá que enseñar lo que el sistema exige para formar a un buen profesional.

Y ahí es donde vuelve a aparecer el espíritu hipocrático: la medicina no es solo saber mucho, sino saber lo que hace falta para cuidar bien. Responsabilidad, vocación, ejemplaridad... todo eso empieza con una buena formación, con enseñar al médico lo que realmente va a necesitar para servir al enfermo. La técnica es importante, pero la actitud también. Y esa actitud se aprende desde el principio.

CP: *A lo largo de tantos años de práctica clínica, usted habrá tratado a miles de pacientes y acompañado situaciones muy diversas. Hay quienes dicen que el verdadero maestro del médico es, al final, el propio paciente. ¿Comparte usted esta idea? ¿Ha habido encuentros clínicos que hayan marcado un antes y un después en su manera de entender la medicina, o incluso de entender la vida?*

PG: Sí, claro que lo comparto. El paciente puede enseñarte muchísimo, siempre que sepa contarte bien sus síntomas. Todos los órganos tienen su lenguaje, todos. Yo, de hecho, he escrito un librito que se llama *Genufonía: el lenguaje de la rodilla*, que es precisamente eso: el lenguaje de la rodilla. Si el enfermo te explica bien lo que le ocurre, puedes llegar al noventa por ciento del diagnóstico solo con lo que él te ha contado. Es extraordinario.

Pero es verdad que hay pacientes que saben narrar muy bien y otros que hay que reconducir un poco, porque se pierden o se van por las ramas. Y fíjese cómo ha cambiado hoy la relación clínica: antes venía a un esquiador con una lesión y tenías que imaginar cómo había sido la caída; ahora te enseña en el teléfono el vídeo exacto del momento:

“Mire, doctor, así caí”. O el que se ha hecho daño comiendo algo, o el que ha tenido un episodio de vómitos; todo lo llevan registrado: la hora, el gesto, el movimiento, el golpe. Incluso en deporte pasa lo mismo: te muestran la grabación del salto, la torsión, el giro. Antes tú preguntabas: “¿Cómo se cayó? ¿Cómo saltó? ¿Qué hora era?”. Ahora te dicen: “Mire, aquí lo tiene”. Eso ha cambiado muchísimo.

Y todo eso te enseña también a escuchar mejor, porque el enfermo trae su historia cada vez más completa. Ellos pueden enseñarte mucho si sabes preguntar y si estás dispuesto a oír. Y, por supuesto, tienes que estar al día para interpretar bien todo lo que te traen. Abrazar esa información es bueno, porque completa el cuadro clínico y te permite afinar más el diagnóstico.

CP: *Se habla con frecuencia de la cirugía como técnica, como destreza o como procedimiento; pero hay quienes defienden que la cirugía también es una forma de sabiduría práctica, una manera de ver y de juzgar. Después de tantas décadas en el quirófano, ¿qué relación percibe usted entre la mano, la cabeza y el corazón? ¿Qué parte de la cirugía es técnica, qué parte es juicio y qué parte es, si se me permite la expresión, carácter?*

PG: Mire, en la Grecia culta y también en la Roma clásica, el “practicón” —el cirujano— era el sanitario peor considerado. Se le veía como un ignorante, casi un tonto; el prestigio estaba en el médico de medicina interna, en el que sabía y no simplemente “hacía”. El cirujano era un desacreditado.

Pero la ciencia ha evolucionado, y hoy sabemos que todo eso era un error: para ser cirujano hay que aprender la enfermedad y hay que aprender la técnica. Son dos saberes inseparables. Ni el puro teórico sirve sin técnica, ni el técnico sirve sin conocimiento profundo.

Y le digo algo más, que me parece importante: mucho cuidado con la *auctoritas*. Los griegos —a los que admiramos tanto— son responsables de haber mantenido durante diecisiete siglos una medicina basada en cuatro humores: la flema, la bilis amarilla, la bilis negra... Una teoría completamente falsa que sobrevivió diecisiete siglos solo por la autoridad de quienes la proclamaban. Fíjese hasta dónde puede llegar el peso de la *auctoritas* cuando nadie se atreve a romper el *statu quo*.

Por eso yo creo que el avance en cirugía requiere siempre espíritu crítico y valentía intelectual: no dejarse dominar por la tradición cuando la evidencia va por otro lado. Hubo un momento en que alguien dijo: “Esto que describen los antiguos no coincide con lo que veo en el cadáver”. Y aun así la autoridad pesaba tanto que algunos llegaron a decir que el cadáver estaba equivocado. Así de grande puede ser la fuerza de la costumbre.

Hoy, por fortuna, sabemos que mientras exista la enfermedad existirá el médico, y que el cirujano sigue siendo —permítame la expresión— un pequeño sabio: alguien que conoce la patología y, además, sabe intervenir sobre ella. Y la cirugía nunca dejará de ser humana, por más robots que tengamos. He oído decir que la cirugía dejará de ser humana porque el robot hará todo. ¿Cómo va a ser eso?

El robot es una herramienta extraordinaria, sí, pero siempre será la mano, la cabeza y el corazón del cirujano los que lo lleven. La técnica puede progresar muchísimo, pero la decisión, el juicio y la intuición no son delegables.

Al final, la cirugía es lo que usted dice: técnica, juicio y carácter. Las tres cosas juntas. Y mientras las tres sean necesarias, la cirugía seguirá siendo un acto profundamente humano.

CP: *Muchas gracias, Dr. Guillén, por dedicar estas casi dos horas de conversación a la revista EIDON.*